

**2^{do} CONCURSO
DE INVESTIGACIÓN
SOBRE DISCRIMINACIÓN
EN LA CIUDAD DE MÉXICO**

Reflexiones desde el deseo:
estrategias para enfrentar la discriminación y
las dependencias a sustancias psicoactivas en
mujeres trans trabajadoras sexuales



Michelle Judd de la Luz y Giovanna Francesca D'Ambrosio

 copred.cdmx.gob.mx



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED

PARA ENFRENTAR LA DISCRIMINACIÓN Y LAS DEPENDENCIAS A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES

Michelle Judd de la Luz
Giovanna Francesca D'Ambrosio





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED

Clara Marina Brugada Molina
Jefa de Gobierno de la Ciudad de México

César Cravioto Romero
Secretario de Gobierno de la Ciudad de México

Pablo Yanes Rizo
Secretario de Bienestar e Igualdad Social de la Ciudad de México

Geraldina González de la Vega Hernández
Presidenta del Consejo para Prevenir y Eliminar la
Discriminación de la Ciudad de México



COPRED

©2026 CONSEJO PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO (COPRED)

General Prim 10, col. Centro (área 2),
Alcaldía Cuauhtémoc,
06010, Ciudad de México
www.copred.gob.mx

Autoras

Michelle Judd de la Luz
Giovanna Francesca D'Ambrosio

Coordinación editorial

Adriana Elisa Ortega Arriaga
Jorge Morales Novas

Revisión y corrección de estilo

Alejandra Estrada Esparza
Adriana Elisa Ortega Arriaga

Portada y diseño

Ángel Jesús Velasco Quevedo

Diseño web

Lucero Alejandra Vega Olivares

Ilustración de la portada

Ángeles Xana Aguirre Gómez

Formación del documento accesible

Alejandra Estrada Esparza

Primera edición

Abril 2026

ISBN electrónico

978-970-96747-8-1

Se sugiere citar este documento como:

Judd de la Luz, Michelle y D'Ambrosio Giovanna Francesca. (2026). Reflexiones desde el deseo: estrategias para enfrentar la discriminación y las dependencias a sustancias psicoactivas en mujeres trans trabajadoras sexuales. México: Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México, COPRED.

Este documento cuenta con los criterios básicos de accesibilidad.

El contenido de esta investigación es responsabilidad de las personas autoras y no refleja el punto de vista del COPRED. Se autoriza la reproducción total o parcial del material incluido en esta obra con la condición de citar el nombre de las personas autoras y la fuente de la publicación para respetar los derechos de autor.

El presente documento es parte de las investigaciones ganadoras del 2° Concurso de Investigación sobre Discriminación en la Ciudad de México en 2024. Ejemplar gratuito.

Prohibida su venta.

ÍNDICE

Agradecimientos	1
Introducción	2
Metodología y estructura del documento	5
¿Quiénes somos y por qué nos interpela este tema?	6
Las mujeres que conforman la presente investigación	8
Capítulo I. Exclusión estructural y barreras en el acceso a la salud de mujeres trans trabajadoras sexuales.....	13
1.1. Planteamiento del problema: El problema del abandono de las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y las prácticas discriminatorias que vulneran sus derechos a la salud en instituciones públicas y privadas	13
1.2. La criminalización y la clandestinidad: barreras en el acceso al tratamiento para la atención del consumo de sustancias	21
1.3. Políticas públicas y su impacto en la vida de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual	27
Capítulo II. Metodología y compromiso ético-epistémico.....	33
2.1. Fundamentos teórico-metodológicos.....	33
2.1.1. Investigación basada en el deseo: una propuesta ético-epistémica	33
2.1.2. Conocimiento situado y lugar de enunciación	34
2.1.3. Desafíos éticos en la investigación con mujeres trans trabajadoras sexuales con dependencia a sustancias psicoactivas	38
2.2. Método y estrategias de recolección de datos	41
2.2.1. “Las pláticas de chavas”: una metodología colaborativa	41
2.2.2. Consideraciones éticas: contención psicológica y acompañamiento comunitario	42
2.3. Estrategias para el análisis de los datos cualitativos	44
2.3.1. Ejes temáticos del análisis y uso de ATLAS.ti	46
2.3.2. Limitaciones y alcances del estudio.....	47
2.3.3. Reflexiones sobre la escritura de testimonios de las interlocutoras de esta investigación	48
Capítulo III. Factores contextuales y la discriminación vivida antes de acudir a centros de rehabilitación	50
3.1. El continuum de violencias de la trans-misógina y el consumo de sustancias psicoactivas	50

3.2. El desempeño de la identidad transfemenina en trabajos transexualizados y otros espacios en donde el consumo (crónico) de sustancias está normalizado	62
3.3 Recomendaciones en materia de política pública y programas comunitarias en el marco de la reducción de daños	67
3.3.1 Talleres e información sobre la reducción de daños en espacios transexualizados.....	67
3.3.2. Espacios de convivencia sobria para personas trans y capacitaciones laborales	70
3.3.3. Grupos de pares para mujeres trans que se enfocan en temas del consumo de sustancias y otras actividades de riesgo de VIH.....	71
Capítulo IV. Violencias dentro de los centros de rehabilitación y las respuestas ante las mismas.....	75
4.1. La discriminación estructural en los espacios de atención para el tratamiento de adicciones: origen y causas.....	77
4.1.1. Los sistemas de salud realmente existentes en México y el caso de la Ciudad de México	82
4.1.2. Las experiencias de rehabilitación de mujeres trans en centros de atención a las dependencias de sustancias no regulados	86
4.2. Experiencias de resistencia dentro de los centros de rehabilitación: el deseo manifestándose	90
4.3. Hacia un modelo de rehabilitación incluyente.....	94
4.4 Hacia una reforma de la NOM-028-SSA2-2009	96
Capítulo V. Conclusión.....	98
5.1. Hallazgos principales: discriminación y deseos	98
Discriminaciones sistemáticas y violencias estructurales:	98
Deseos y acciones frente a las circunstancias:	99
5.2. Recomendaciones	100
5.3. Hallazgos adicionales e inesperados.....	101
5.4. Implicaciones teóricas y metodológicas	103
5.5 Limitaciones del estudio.....	104
Semblanza de las personas autoras	106
Fuentes consultadas.....	107

Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo de quienes creyeron en este proyecto y contribuyeron a su realización. Agradecemos al Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED) por su colaboración y acompañamiento, así como el apoyo económico recibido tras haber resultado ganadoras del Segundo Concurso de Investigación sobre Discriminación en la Ciudad de México, del cual se deriva esta investigación.

Extendemos un agradecimiento especial a Rocío Suárez, por su lectura minuciosa de este documento, sus valiosas recomendaciones y por facilitarnos el espacio donde pudimos llevar a cabo nuestro grupo focal. De igual manera, agradecemos profundamente a la Dra. Jessica Gutiérrez Gómez por brindar acompañamiento psicoemocional durante nuestra sesión, así como por cada uno de sus comentarios y sugerencias a lo largo del proceso. Agradecemos también las contribuciones monetarias de Mónica Judd y Hortencia de la Luz, que permitieron la adquisición de insumos y alimentos para la realización de nuestro grupo focal.

A nuestras redes personales de apoyo, gracias por su escucha y cuidado durante estos meses de trabajo atravesados por difíciles circunstancias. Finalmente, nuestro más profundo agradecimiento y reconocimiento es para las mujeres que compartieron sus historias con nosotras. A nuestro ramillete de flores: Amapola, Bromelia, Dalia, Floripondio, Margarita, Orquídea, Rosa y Violeta, todo nuestro cariño y admiración.

Finalmente, este trabajo lo dedicamos a la memoria de nuestra querida Amada Michel (1979-2025), quien nos enseñó la importancia del humor en la adversidad y que fue un pilar de lucha y resistencia para la comunidad. Ojalá este trabajo nos acerque al mundo que tanto soñaste. Descansa en poder.

Introducción

En México existimos¹ al menos 97.2 millones de personas mayores de 15 años que nos identificamos como parte del colectivo LGBTI+.² Dentro de esta cifra, aproximadamente 908.6 mil tenemos una identidad de género trans³ (INEGI, 2021). Sin embargo, la mayoría de las políticas públicas en el país no consideran nuestras necesidades específicas al momento de diseñarlas, implementarlas y evaluarlas. Si bien la Ciudad de México fue declarada como una Ciudad Amigable con la población de diversidades sexogenéricas desde 2015 (Administración Pública del Distrito Federal, 2015) y existen algunas políticas públicas orientadas a esta comunidad, aún queda un largo camino por recorrer para garantizar el pleno ejercicio de todos nuestros derechos humanos.

Aunado a este hecho, es imperante señalar que las poblaciones trans han sido sectores históricamente estigmatizados y olvidados no sólo por la sociedad, sino también a nivel institucional. En especial, un gremio que ha sido patologizado y olvidado es el de las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y que tienen alguna dependencia a sustancias psicoactivas.⁴ Si bien, existen avances institucionales en algunas entidades del país, la

¹ A lo largo de este documento nos situamos en la primera persona del singular como posicionamiento político y desde nuestro lugar de enunciación. Creemos que este ejercicio nos permite, tanto responsabilizarnos sobre lo escrito en este, pero que también nos visibiliza como investigadorxs disidentxs que tienen un espacio para conformar investigaciones epistemológicamente periféricas.

² En el presente trabajo utilizamos la nomenclatura “LGBTI+”, “disidencias” y “diversidad sexogenérica” de manera intercambiable. El primer término es un acrónimo que se refiere a la comunidad de personas que se asumen como lesbianas, gays, bisexuales, trans (transgénero, transexual, travesti, no-binario, etc.) y otras identidades no-cisgenéricas y heterosexuales. Cisgénero hace referencia a las personas cuya identidad de género está en concordancia con el sexo que se les fue asignado al nacer. Disidencias y diversidades sexogenéricas hace referencia a las personas que no nos conformamos con la cisheteronorma.

³ De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021, se considera identidad de género Trans+ a la “vivencia interna e individual de género, misma que no corresponde necesariamente con el sexo asignado al nacer” (INEGI, 2021).

⁴ En este texto optamos por utilizar el término “dependencia a sustancias psicoactivas” en lugar de otros como “trastorno por consumo de sustancias” o “adicción”, ya que consideremos que particularmente éste último, reproduce estigmas hacia la población. Asimismo, evitamos términos medicalizantes, pues la finalidad de este texto no es reforzar enfoques patologizantes, sino más bien comprender el consumo

información oficial sobre el consumo de sustancias en personas trans continúa siendo escasa, fragmentaria y, en muchos casos, inexistente. Aunque algunos estudios puntuales sobre la relación del uso de sustancias psicoactivas y la población LGBTI+ como el realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y la Clínica Especializada Condesa en la Ciudad de México en 2015 (INSP, 2015), la Encuesta sobre uso de drogas en la población LGBTI+ realizado por Espolea A.C. en 2015 (Baruch, 2015), la Encuesta sobre uso de drogas en población LGBTI+ del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en 2020 (IAPA, 2020)— han documentado porcentajes significativos de consumo de sustancias como cannabis, cocaína y anfetaminas entre mujeres trans y un amplio uso de drogas en la comunidad, no existen estadísticas nacionales oficiales que nos permitan dimensionar con precisión la magnitud del fenómeno.

Esta ausencia de datos responde, en parte, a la exclusión estructural e institucional que enfrentamos las personas trans. También, a las múltiples barreras derivadas del estigma, la violencia y la discriminación, que obstaculizan tanto el acceso a servicios como la participación en encuestas e investigaciones. Así, nuestras experiencias quedan marginadas de los registros institucionales, dificultando la elaboración de políticas públicas sensibles a las complejidades de nuestras vidas.

En este sentido, es crucial reconocer que, aunque compartimos ciertas experiencias como colectivo, las necesidades y problemáticas dentro de él no son homogéneas. En particular, las mujeres trans trabajadoras sexuales constituimos un grupo sumamente diverso, cuyas vivencias requieren análisis específicos que permitan generar respuestas adecuadas a nuestras realidades. Dentro de estas experiencias, una de las problemáticas más urgentes es la discriminación que enfrentamos en los servicios de atención por la dependencia de consumo de sustancias psicoactivas, una situación agravada por la

desde una perspectiva que contemple las experiencias, significados y contextos de quienes lo viven. Sin embargo, respetamos la forma en que nuestras interlocutoras se nombran a sí mismas o designan sus experiencias. En estos casos, hemos mantenido sus términos originales, reconociendo que los significados del consumo y la rehabilitación son construcciones situadas, atravesadas por trayectorias de vida, relaciones de poder y marcos de interpretación individuales y colectivos.

intersección de múltiples factores contextuales, como los socioeconómicos, raciales, étnicos y de género.

La presente investigación, surge de la necesidad de visibilizar y analizar críticamente las experiencias de las mujeres trans trabajadoras sexuales que han atravesado procesos de consumo de sustancias y rehabilitación en un contexto de discriminación estructural y exclusión social. A través de una investigación basada en el deseo, las autoras buscamos romper con los marcos hegemónicos de comprensión de la dependencia a las sustancias y la rehabilitación, proponiendo una mirada interseccional y situada que recupere las voces y experiencias de las propias protagonistas. Esto debido a que el consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones trans ha sido ampliamente patologizado en los ambientes médicos y los discursos criminológicos, lo que ha llevado a su deshumanización y exclusión de los sistemas de salud pública.

Al mismo tiempo, las estrategias de rehabilitación reguladas y supervisadas por el Estado son limitadas y han sido diseñadas desde una perspectiva cisnormativa, sin considerar las necesidades específicas de las mujeres trans, lo que ha resultado en una falta de espacios seguros y adecuados para su atención. Por otro lado, la oferta real que existe en nuestro país para la atención de dependencia a sustancias está relegada a la sociedad civil y grupos de personas que abren y operan centros, clínicas, granjas o anexos⁵ de acuerdo con sus propias ideas e intereses, lo que ocasiona en muchas ocasiones, violaciones a los derechos humanos de las personas usuarias. En este sentido, este texto no sólo documenta las formas de discriminación que enfrentan estas mujeres en los centros de salud y rehabilitación —tanto regulados como no regulados—

⁵ Los “anexos” —así como otros espacios como las “granjas” o “clínicas de rehabilitación”— son espacios de encierro, generalmente clandestinos y al margen de marcos legales o institucionales formales, donde se gestionan procesos de “rehabilitación” o tratamiento de las adicciones, muchas veces mediante prácticas coercitivas, punitivas y violentas. Aunque suelen presentarse como lugares de ayuda o contención y que han ganado legitimación social, en la práctica muchos de estos lugares operan bajo lógicas autoritarias y moralizantes, frecuentemente sin supervisión profesional o sanitaria. Los anexos no pueden entenderse únicamente como espacios terapéuticos, sino como expresiones de sistemas más amplios de exclusión social, violencia estructural y gubernamentalidad informal (Judd, 2026).

sino que también busca evidenciar las estrategias de resistencia y agencia que han desarrollado para enfrentar estas realidades y así poder ofrecer recomendaciones para futuras políticas públicas y para hacer recomendaciones para los centros de rehabilitación y atención a la dependencia de sustancias ya existentes.

Metodología y estructura del documento

La metodología de esta investigación se fundamenta en la investigación basada en el deseo propuesta por Eve Tuck (2009) y la justicia epistémica de Miranda Fricker (2017). Para los fines de esta investigación, llevamos a cabo un grupo focal con mujeres trans trabajadoras sexuales, lo que nos permitió trabajar con sus narrativas alrededor de su consumo de sustancias, su trayectoria de rehabilitación y las violencias estructurales que atraviesan en estos procesos. Este enfoque nos permitió ir más allá de una mirada centrada en el daño y resaltar las estrategias de sobrevivencia, placer y resistencia que emergen en sus relatos. Para poder presentar esta investigación decidimos dividirla en cuatro capítulos.

El primer capítulo analiza las barreras estructurales en el acceso a la salud que enfrentan las mujeres trans trabajadoras sexuales, haciendo énfasis en la discriminación sistemática que limita su acceso a servicios de atención médica y rehabilitación. Examinamos cómo las políticas públicas en México han fallado en garantizar sus derechos, perpetuando así condiciones de vulnerabilidad y exclusión.

El segundo capítulo aborda la metodología y el compromiso ético-epistémico de la investigación. Exploramos las herramientas teóricas y metodológicas empleadas, destacando la importancia de la justicia epistémica y el reconocimiento de los saberes situados de las mujeres trans. Discutimos los retos éticos de la investigación con poblaciones en situación de vulnerabilidad y las estrategias implementadas para garantizar un espacio seguro y respetuoso para las participantes.

El tercer capítulo se centra en los factores contextuales y las experiencias de discriminación vividas antes de acudir a centros de rehabilitación. Analizamos el concepto de continuum de violencias trans-misóginas y su relación con el consumo de sustancias. Además, presentamos los "trabajos transexualizados" como espacios en los que las mujeres trans construyen comunidad, pero que también están marcados por la normalización del consumo de sustancias.

Finalmente, el cuarto capítulo examina las violencias que enfrentan las mujeres trans en los centros de rehabilitación y las formas en que resisten y transforman estos espacios. Analizamos cómo los anexos⁶ y otros centros de rehabilitación han sido diseñados bajo lógicas punitivas y cisnormativas que no consideran las necesidades específicas de esta población. No obstante, también rescatamos las estrategias de resistencia y agencia que han desarrollado las mujeres trans dentro de estos espacios, así como las propuestas para un modelo de rehabilitación más incluyente y con perspectiva de género.

¿Quiénes somos y por qué nos interpela este tema?

Esta investigación surge de la intersección entre nuestras trayectorias, preguntas y compromisos académicos, personales, éticos y políticos. Somos Michelle Judd de la Luz y Giovanna Francesca D'Ambrosio, dos investigadoras jóvenes, profesoras de asignatura, colegas, amigas y cómplices, que hemos construido un puente entre nuestras líneas de investigación para generar un análisis más amplio y crítico sobre las experiencias de mujeres trans trabajadoras sexuales en los procesos de consumo y atención.

Michelle Judd de la Luz es una mujer cis neurodivergente, que hace sociología médica y de género. Realizó sus estudios de licenciatura y maestría por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Desde hace más de diez años, ha realizado etnografías en anexos y otros espacios de reclusión, explorando las experiencias de mujeres en estos

⁶ En esta investigación, utilizamos la categoría "anexo" porque es el término que emplean las interlocutoras de este estudio para referirse a este tipo de instituciones. No obstante, en la literatura y el conocimiento popular, los anexos también son conocidos como "clínicas", "grupos 24 horas" o "clínicas de rehabilitación".

espacios. Su trabajo académico se ha centrado en construir una sociología periférica, una propuesta que busca descentralizar las investigaciones para generar nuevas onto-epistemologías y éticas que cuestionen las formas tradicionales de producción de conocimiento. A través de su análisis, propone marcos teóricos que amplían la comprensión de las instituciones de encierro, integrando perspectivas de sociología médica, estudios de género y epistemologías críticas. Como profesora universitaria, Michelle ha impartido clases en la UNAM y en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), donde ha trabajado en programas de educación en cárceles. Su experiencia docente y su trabajo de campo han fortalecido su compromiso con una investigación que no sólo documenta las violencias, sino que también propone herramientas para resistirlas y transformarlas.

Giovanna Francesca D'Ambrosio es una mujer trans y ex trabajadora sexual. Aunque su trabajo de investigación ha estado más vinculado con la violencia interpersonal —abuso sexual y violencia transfeminicida—, ha sido testigo de las experiencias de seres queridxs con dependencias a sustancias, incluyendo familia sanguínea, familia elegida y amistades. Su formación académica en sociología y estudios americanos en la Universidad de California, Berkeley, y su trabajo en el Public Health Institute en Oakland, California, cimentaron su interés en la investigación de salud pública con poblaciones trans. Desde ahí, comprendió la capacidad transformativa de los trabajos entre pares, tanto para sus participantes como para sus facilitadores. Ha participado en proyectos comunitarios de personas trabajadoras sexuales y sobrevivientes de abuso sexual, así como en investigaciones sobre la discriminación y violencia que atraviesan las personas trans en los ámbitos de la salud y la justicia.

Nuestro encuentro en este proyecto se da en un territorio común: las instituciones totales, la salud y las narrativas de resistencia de quienes las habitan. Giovanna, desde el trabajo con mujeres trans trabajadoras sexuales y el acceso a la salud, y Michelle, desde la exploración de los procesos de rehabilitación en centros de encierro. Encontramos en esta investigación la oportunidad de articular nuestras investigaciones y construir un análisis conjunto. Más que una simple colaboración, este documento es el resultado de

un diálogo profundo entre nuestras experiencias, saberes y preguntas. No sólo compartimos un interés académico, sino también una apuesta política y ética por hacer investigación que resalte el deseo de nuestras interlocutoras, que ponga su agencia y sabiduría al centro, y que busque generar conocimiento que sirva para la incidencia social. En este sentido, nuestro trabajo no se limita a documentar el problema, sino que pretende abrir caminos hacia soluciones construidas desde las propias voces de quienes han vivido estas experiencias.

Las mujeres que conforman la presente investigación

Este documento no documenta historias individuales de manera aislada, sino visibiliza las experiencias colectivas de un grupo de mujeres trans trabajadoras sexuales consumidoras de sustancias. No pretendemos reducir sus trayectorias a meras anécdotas personales ni revictimizarlas bajo una lógica que sólo enuncie la violencia que han atravesado. Por el contrario, nuestra intención es construir un diagnóstico colectivo que permita comprender la intersección entre la discriminación estructural, la exclusión del sistema de salud y las formas de agencia que estas mujeres han desplegado dentro de sus contextos.

Para ello, el 12 de octubre de 2024, reunimos a un grupo diverso de mujeres trans que han ejercido el trabajo sexual y con experiencias de consumo de sustancias en un espacio de diálogo donde pudieron compartir sus trayectorias de vida. En esta conversación, exploramos la forma en que el trabajo sexual, el consumo de sustancias y la atención a las dependencias de sustancias han atravesado sus vidas, no sólo desde la perspectiva de la exclusión y la violencia, sino también desde sus estrategias de resistencia, su capacidad de agencia y sus formas de construir comunidad. A modo de introducción, y con la finalidad de que también podamos situar sus conocimientos y sus experiencias en este trabajo, les presentamos a nuestras interlocutoras.

Amapola es una mujer trans migrante que ha ejercido el trabajo sexual en distintos puntos del país. Su experiencia con el consumo de sustancias está profundamente vinculado a las condiciones de precariedad y vulnerabilidad en las que ha vivido, incluyendo periodos en situación de calle. Durante años, el cristal le permitió sobrellevar el frío, confrontar el miedo y la inestabilidad de la vida en la calle, pero también se convirtió en una barrera para salir de esa misma situación. Actualmente, Amapola se ha involucrado en espacios de reducción de daños y ha construido estrategias para mantenerse sobria mientras sigue buscando alternativas laborales fuera del trabajo sexual.

Bromelia comenzó su transición en la adolescencia y, aunque tuvo una experiencia escolar relativamente estable, encontró en el alcohol una herramienta para facilitar su proceso de transición y pertenencia en espacios de convivencia, especialmente para personas trans. Durante varios años, combinó el trabajo sexual con el consumo de distintas sustancias hasta que, a los 30 años, desarrolló una dependencia más fuerte a la piedra (crack). Su ingreso a los grupos de ayuda mutua representó un punto de inflexión en su vida, permitiéndole construir nuevas redes de apoyo. Su testimonio refleja la importancia del sentido de comunidad en la rehabilitación y la necesidad de contar con espacios donde las mujeres trans puedan compartir experiencias sin ser juzgadas o patologizadas.

Dalia es una mujer trans que creció en un contexto familiar profundamente religioso, lo que de acuerdo con ella, hizo que su proceso de aceptación como mujer trans estuviera atravesado por sentimientos de culpa y autonegación. Durante años, intentó reprimir su identidad, lo que la llevó a desarrollar una relación conflictiva con el alcohol y otras sustancias, pero también con su espiritualidad. Su testimonio resalta cómo la internalización del estigma y exponerse a sustancias altamente adictivas en espacios de convivencia entre mujeres trans pueden jugar un papel fundamental en el desarrollo de dependencias a sustancias psicoactivas. Actualmente, Dalia ha encontrado en la comunidad trans y en la militancia un espacio para resignificar su experiencia y transformar su relación con el consumo, su identidad y su espiritualidad.

Floripondio es una mujer trans de 65 años que creció en los barrios de la CDMX dentro de entornos de pobreza y vulnerabilidad. Ha transitado por múltiples anexos y centros de rehabilitación, enfrentándose a la constante discriminación por su identidad de género. En su juventud, se integró a comunidades de trabajadoras sexuales y consumidores de sustancias en la Ciudad de México, donde desarrolló una identidad fuerte y resiliente. Ha estado en diversos anexos y grupos de AA, donde ha confrontado la violencia y la falta de espacios seguros para mujeres trans. Como respuesta ante ello, Floripondio constituyó espacios no sólo para que ella pudiera tener un lugar digno dentro de su grupo, sino que cimentó las bases para que la identidad de género de mujeres trans, así como su dignidad, fueran respetadas dentro de su agrupación.

Margarita inició su consumo de alcohol a una edad temprana, encontrando en él un escape ante la imposibilidad de aceptar su identidad de género. A pesar de contar con el apoyo de su familia en su transición, la disforia de género y el rechazo social la llevaron a desarrollar una relación de dependencia con distintas sustancias. Su testimonio resalta la importancia del acceso a servicios de salud trans-incluyente y a tratamientos hormonales en la reducción del consumo problemático de sustancias. Actualmente, Margarita ha encontrado en los grupos de pares un espacio seguro para compartir su historia y apoyar a otras mujeres trans en sus procesos.

Orquídea ha vivido en la intersección de múltiples experiencias de exclusión: el trabajo sexual, la cárcel, el consumo problemático de sustancias y el acceso limitado a servicios de salud trans-incluyentes. Desde muy joven, tuvo que enfrentar la transfobia en su familia y en los espacios médicos, lo que la llevó a encontrar refugio en comunidades de mujeres trans que ejercían el trabajo sexual. Durante su proceso de rehabilitación, se enfrentó a la violencia institucional y a la negación de su identidad en centros de rehabilitación. Sin embargo, ha logrado encontrar formas de reapropiarse de su historia y reconstruir su vida. Actualmente acompaña a otras mujeres trans en sus procesos de recuperación.

Rosa vivió gran parte de su vida bajo las normas de la cisheteronorma hasta que transicionó. Su historia refleja la intersección entre la identidad de género, el consumo de sustancias y la búsqueda de libertad. Tras años de una vida “estructurada”, encontró en el alcohol y las drogas una vía para explorar su verdadero ser. Hoy, su lucha es por el reconocimiento y la protección de otras mujeres trans en contextos de vulnerabilidad y es una activista por los derechos de las trabajadoras sexuales.

Violeta es una mujer trans con discapacidad que ejerció el trabajo sexual durante 12 años. Ella encontró en el alcohol una herramienta que le permitió vivir con su discapacidad y le ayudaba a sobrellevar el cansancio de las duras jornadas de trabajo en las calles. Sus experiencias en los centros de rehabilitación dan cuenta de los mandatos patriarcales cis que persisten en este tipo de establecimientos, así como sus parámetros moralizantes. Su testimonio es una muestra del deseo que tienen muchas personas con dependencia a sustancias psicoactivas para mantener su sobriedad, pero también de la importancia del amor, la dignidad, el reconocimiento y el cuidado que deben ser elementos fundamentales y centrales para pensar en políticas públicas en materia de atención para la dependencia de sustancias.

Cada una de estas mujeres, desde su propia experiencia, nos permitió construir un análisis colectivo sobre la relación entre el consumo de sustancias, el trabajo sexual y la discriminación en los espacios de salud y atención a la dependencia de sustancias. En sus relatos encontramos no sólo evidencia de la exclusión sistemática que enfrentan, sino también de sus estrategias de resistencia: desde la construcción de redes de apoyo entre compañeras hasta la exigencia colectiva de mejores condiciones en los espacios de rehabilitación. Esta investigación parte de sus voces y de sus historias porque creemos que son ellas quienes mejor pueden narrar sus propias vidas. Más allá de los diagnósticos institucionales, más allá de las cifras oficiales, más allá de los discursos médicos, patologizantes y criminológicos que han intentado encasillar sus existencias, estas mujeres han construido saberes propios sobre sus cuerpos, sus procesos y sus necesidades. Nuestro trabajo no es hablar por ellas, sino amplificar sus voces, reconocer

su capacidad analítica y acompañarlas en la construcción de otras formas de contar sus historias. Este documento es, en última instancia, una invitación a (re)pensar la atención para la dependencia de sustancias desde un enfoque interseccional y transfeminista, que reconozca las diversas formas en que las mujeres trans habitan, resisten y transforman estos espacios.

Capítulo I. Exclusión estructural y barreras en el acceso a la salud de mujeres trans trabajadoras sexuales

1.1. Planteamiento del problema: El problema del abandono de las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual y las prácticas discriminatorias que vulneran sus derechos a la salud en instituciones públicas y privadas

Nuestra investigación toma como sujeto de estudio las experiencias de discriminación, y las resistencias ante ella, que viven nuestras interlocutoras en instituciones médicas de índole pública y privada para la atención del consumo de sustancias. Retomamos la noción de Patricio Solís (2017) que plantea la discriminación como:

Conjunto de prácticas, informales o institucionalizadas, que niegan el trato igualitario o producen resultados desiguales para ciertos grupos sociales y que tienen como consecuencias la privación o el menoscabo en el acceso a los derechos y la reproducción de la desigualdad social (p. 27).

De este modo, encontramos la posibilidad de distinguir analíticamente entre los actos de violencia y microviolencias que viven nuestras informantes: los actos, gestos, expresiones y políticas discriminatorias son los que tienen el fin de negarles el acceso pleno a su derecho, en este caso, de protección a la salud.

Precisamos que nuestras informantes son mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, consumidoras de sustancias y que han pasado por algún proceso de rehabilitación.⁷ Por ejemplo, que han vivido un internamiento en un anexo o en otro tipo de establecimientos.

⁷ El concepto de "rehabilitación" en el contexto de los consumos problemáticos de sustancias ha sido criticado por su enfoque normativo y abstencionista, el cual tiende a patologizar el consumo y a imponer modelos rígidos de recuperación (Keane, 2002). Desde una perspectiva feminista y de reducción de daños, se ha señalado que esta visión ignora las desigualdades estructurales y las violencias de género que atraviesan a las personas usuarias (Burgos García, 2020). En este sentido, se propone repensar la rehabilitación desde el placer, la agencia y la autonomía, entendiendo el consumo como una experiencia situada en contextos sociales específicos (ATTIC Network, 2023). No obstante, en esta investigación haremos uso de este concepto por dos razones. La primera porque desde la política pública y los programas gubernamentales se hace uso de este concepto para hablar sobre tratamientos para los consumos problemáticos de sustancias. Y la segunda, porque como se verá en el texto, las mujeres interlocutoras de esta investigación utilizan este término. Uso que respetamos epistémicamente.

Consideramos que esta población, con sus necesidades y vivencias particulares, no ha sido contemplada de manera adecuada en la literatura que aborda la discriminación que enfrentamos las diversidades sexogenéricas en los ámbitos médicos. Nos parece una situación de alta importancia dado que el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) ha identificado que los ámbitos médicos son de los lugares en donde la comunidad LGBTI+ enfrenta más discriminación en México (2011).

Varios estudios a nivel mundial han catalogado tanto la discriminación que viven las mujeres trans en el acceso a servicios de atención médica como las vulneraciones particulares que terminan siendo agravantes en su estado físico y mental. Ante las experiencias de discriminación médica, la literatura ha destacado varias circunstancias de las experiencias que atraviesa esta población. En general, la población LGBTI+ solemos contar con menos soporte social o con redes sociales de apoyo más frágiles cuando enfrentamos problemas de salud que la población en general. Vivimos más desafíos en acceder a servicios de atención médica y seguridad social (citado en Granados-Cosme, 2022). Varios estudios afirman que el respaldo de la familia sanguínea juega un papel fundamental en el bienestar de las personas trans (Hoyos-Hernández, et al., 2023). De hecho, coinciden en que “la familia es el área con mayor influencia en el sentimiento de felicidad y bienestar, posterior a ésta se considera el trabajo, el ocio y los amigos” (citado en Hoyos-Hernández, et al., 2023: 8). Las mujeres trans en México viven un alto índice de rechazo familiar (Blanco, 2019), lo cual implica que muchas viven esta realidad.

De manera general, el alto nivel de exposición a la violencia —ya sea verbal, emocional o física— que viven las mujeres trans en México constituye el problema de salud que más enfrenta esta comunidad (Granados Cosme, et. al., 2017). Desde Estados Unidos de América, se ha profundizado en otros estudios para identificar las problemáticas de salud que corresponden particularmente a la población de mujeres trans que se dedican al trabajo sexual. Una revisión de la literatura epidemiológica en Estados Unidos reveló que las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual son más propensas a experimentar abusos de sustancias, abusos sexuales, abusos físicos y participar en actividades que

aumentan su riesgo a la transmisión del VIH (como tener sexo anal receptivo sin condón) en comparación con otras mujeres trans que no lo ejercen (Operario, et. al., 2008). Existen otros estudios estadounidenses que recalcan riesgos y problemas de salud en mujeres trans, en relación con su ejercicio del trabajo sexual y con su pajera sexoafectiva. El abuso físico, el aislamiento social y el estigma social asociado con el trabajo sexual exacerban la vulnerabilidad de las mujeres trans hacia indicadores de mala salud mental y al riesgo de contraer VIH (Operario et al., 2003; Herbst et al., 2008). Un estudio sobre mujeres racializadas en San Francisco, California, encontró que las dos variables con mayor capacidad predictiva en cuanto al riesgo de tener sexo anal receptivo sin protección —una actividad que implica mayor riesgo a la transmisión de VIH— fueron la identidad trans y el uso de sustancias durante el sexo (Sugano et. al., 2006). El uso de drogas psicoactivas ilícitas —una categoría que no incluye la marihuana en este estudio— se vio asociado fuertemente con factores de estrés como la exposición a actos de transfobia y dificultades económicas (Reisner et al., 2014).

Con este contexto, la literatura ha indagado más en la frecuencia y prevalencia de la discriminación médica que viven las comunidades LGBTI+ en general y, en ciertas ocasiones, las mujeres trans en particular. Sólo una porción bastante menor de estos estudios logran identificar y analizar experiencias concretas de discriminación. Aún así, la gran mayoría de estos solamente se enfocan en manifestaciones interpersonales de la discriminación —es decir, el trato del personal médico hacia la población— en lugar de otras barreras estructurales de la salud como, por ejemplo, la falta de acceso a un trabajo asalariado, la cual marca la experiencia de muchas personas trans, inclusive de las que cuentan con licenciatura o un nivel superior de escolaridad, entre otras.⁸ Por consiguiente, tampoco este grupo cuenta con seguridad social, lo que las priva del acceso a servicios de médicos (citado en Granados-Cosme, 2022; Comisión Ejecutiva de

⁸ La Encuesta sobre Diversidad y Talento LGBTI+ en México encuestó a un grupo de personas trans —excluyendo las personas no-binarias de esta población— quienes en su mayoría (el 41%) cuentan con estudios superiores. A pesar de su nivel de escolaridad, enfrentaron más desafíos o menos oportunidades para conseguir un puesto de trabajo remunerado que los demás grupos de personas LGBTI+ encuestadas (Alianza por la Diversidad e Inclusión Laboral ADIL, 2018).

Atención a Víctimas y Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual CEAV, 2018).

En la parte interpersonal, muchas personas LGBTI+ a nivel mundial han reportado discriminación en la forma de omisiones en la atención de salud, incomodidad por parte del personal médico, miradas juzgantes, burlas, la negación de la atención, esperas más largas para recibir atención, consultas abreviadas, la negación de la posibilidad de donar sangre, que el personal evite tocarles, que no respeten la confidencialidad de la información del paciente y que no sepan cómo llamarles (citado en Granados-Cosme, 2022; Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH, 2015). Un estudio de 436 médicos en Malasia encontró que este gremio era doblemente propenso a discriminar a personas trans que a personas cisgénero de la diversidad sexual por una asociación todavía más agravada con el miedo y la vergüenza (Vijay, et al. 2018). En México —y específicamente en la Ciudad de México— esto no es una excepción. Un claro ejemplo sobre la discriminación que enfrentan las mujeres trans para la atención de su salud lo pudimos ver durante la pandemia causada por el COVID-19. En esta época, el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México (COPRED) recibió una serie de denuncias de personas trans que fueron rechazadas en hospitales o que sufrieron de violencia médica con el argumento que sus malestares no eran “prioritarios” debido a su identidad de género. Asimismo, el COPRED emitió un informe sobre los impactos diferenciados por COVID-19 en donde señaló que las personas que realizan trabajo sexual vivieron una mayor exposición a la pandemia y desafortunadamente, una mayor discriminación a la hora de atenderlas (COPRED, 2020).

Estos casos reflejan que, en el caso específico de las mujeres trans —a diferencia de la población LGBTI+ en general—, se les ha negado sistemáticamente el reconocimiento de su identidad de género, el acceso a servicios de salud, y se han enfrentado al retraso en la entrega de tratamientos antirretrovirales para el VIH. Además, han sido objeto de prácticas de ridiculización, coacción y acoso por parte del personal médico. Cabe rescatar que el estigma contra el VIH, sean mujeres trans o no, por parte del personal

médico ha resultado en la negación de atención médica en general para las personas que cuentan con el diagnóstico (citado en Granados-Cosme, 2022).

En cuanto al motivo detrás de este trato, se ha identificado varios factores que corresponden al estigma que se asocia con las mujeres trans.⁹ En un primer registro, aunque a nivel institucional las identidades trans ya no son patologizadas como tal,¹⁰ todavía persisten discursos que marcan a las identidades trans como enfermedades contagiables e interpelan a las personas trans como pecadoras y en ciertos casos, poseídas por el demonio (Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH, 2015; Hoyos-Hernández et al., 2023). En un segundo registro —aunque a veces las siguientes nociones también están asociadas con discursos de odio religiosos o pseudo-científicos— la identidad trans femenina está asociada con la promiscuidad y el VIH y, por lo tanto, el personal médico asume que este es el motivo de la consulta. Se ha observado en múltiples ocasiones que los discursos de odio o estigmatizantes resultan ser las únicas fuentes de conocimiento que tiene el personal médico sobre las mujeres trans. Por ende, existe una gran falta de conocimiento y sensibilización sobre sus necesidades (citado en Granados-Cosme, 2022; Hernández-Valles y Arredondo-López, 2020; CNMH 2015). En resumen, como se encontró en el “Diagnóstico Nacional Sobre la Discriminación hacia personas LGBTI+ en México,” la experiencia de muchas personas trans en relación con el personal médico estriba en que “pocas veces o ninguna vez cuentan con esa formación

⁹ Cabe recalcar que dentro de la población trans, aunque la problemática de los hombres trans se basa en su invisibilización y la ignorancia que esto genera, la hipervizibilización de las mujeres trans, por cuestiones de estigma, es el motivo principal de la discriminación que enfrentan en instituciones médicas (Mejía y Benavides, 2008). Aún así, algo que comparten estas dos poblaciones en cuanto al estigma que enfrentan es el hecho de que desafían tanto a las normas médicas como las normas sociales de un cuerpo sexuado (Pons y Garosi, 2016).

¹⁰ En México, las identidades trans han dejado de ser patologizadas a nivel institucional. Este avance se refleja en la adopción de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud, que en 2019 reclasificó la incongruencia de género, trasladándola de la categoría de trastornos mentales a la de condiciones relacionadas con la salud sexual (Presentes, 2018). Además, la Ciudad de México ha implementado políticas públicas que promueven la despatologización, como la inauguración de la Unidad de Salud Integral para Personas Trans, que ofrece servicios de salud sin considerar la identidad trans como una enfermedad (Secretaría de Salud de la CDMX, 2024).

[en sus identidad y las problemáticas de salud que les afectan], empatía o sensibilidad” (Gómez Herrera, 2023, p. 315).

La discriminación, de manera general, tiene un impacto evidentemente negativo en el bienestar de las personas trans (Hoyos-Hernández et al., 2023). Por ejemplo, está asociado con altos índices de depresión, ansiedad y conductas suicidas (citado en Granados-Cosme, 2022). Los altos índices de ansiedad y depresión dentro de la comunidad trans están vinculados también con altos índices del uso y abuso de sustancias psicoactivas (Hoyos-Hernández et al., 2023).

Asimismo, la literatura destaca que los efectos de esta situación en ámbitos médicos institucionales también se manifiestan en la formación de respuestas adaptativas que las comunidades trans han ido desarrollando por generaciones ante una discriminación ubicua. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (INDEC, 2012) reportó que casi el 49% de las personas trans encuestadas dejaron de acudir al médico por la discriminación que vivieron por razones de género. El Diagnóstico Nacional Sobre la Discriminación hacia personas LGBTI+ en México reporta una cifra más pequeña: con sólo el 13% de las personas trans encuestadas en nuestro país afirmando que han hecho lo mismo (CEAV, 2018). A diferencia de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género ENDISEG (INEGI, 2021), que no aclara cuántas de sus participantes trans ejercen el trabajo sexual, un cuarto de la población transfemenina encuestada se dedican a él. Sin embargo, cabe destacar que la muestra del diagnóstico todavía no es representativa de la población trans. Además, la proliferación de servicios de consultorios adyacentes a farmacias (CAF) y el hecho de que el uso de los servicios de salud en la población LGBTI+ está vinculado exclusivamente con el tratamiento de padecimientos en lugar de la prevención y el mantenimiento de la calidad de vida (Gómez Herrera, 2023) puede ayudar a explicar por qué esta cifra no está tan alta como la del INDEC.

Cuando las personas trans sí acceden a instituciones médicas de índole pública o privada, muchas pretenden disimular que son trans para evitar la discriminación (CEAV,

2018). También se ha reportado que postergan consultar a los servicios médicos en caso de tener un problema de salud, retrasan seguimientos y tratamientos de condiciones diagnosticadas y evitan brindar información suficiente para su historia clínica. Además en algunos estudios es más común en la población trans, que en la población cisgenero de la diversidad sexual, que las personas acudan a instituciones médicas con una actitud defensiva y remitan a la automedicación, sin la supervisión de un médico (citado en Granados-Cosme, 2022). La falta de acceso a servicios de salud públicos de buena calidad y a servicios con precios accesibles son factores que empujan a las personas trans a recurrir a tratamientos clandestinos y de baja calidad. Los casos más documentados con estos hechos tienen que ver con la salud transicional. Muchas mujeres trans auto-administran su terapia hormonal de afirmación de género, inyectan rellenos en tejido blando y hacen otros tipos de modificaciones sin la supervisión médica y con la experiencia y los materiales adecuados. El mayor riesgo que tiene la población trans femenina incluye enfermedades como el cáncer de mama, infecciones recurrentes, edemas crónicos, daños al hígado, daños a los riñones, la necrosis de tejidos y otros padecimientos que están relacionados con la automedicación y las modificaciones corporales clandestinas, lo cual ha resultado en la muerte de varias mujeres trans (Granados Cosme, et. al, 2017; Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal CDHFDH, 2008). Una investigación encontró que el 24.6% de las mujeres trans encuestadas “han utilizado alguna vez sustancias de relleno, tales como silicona, aceites vegetales, polímeros, entre otras” (citado en Alfonsín et. al., 2020: 11).

A groso modo, en la literatura revisada por las personas autoras anteriormente citadas, se ha destacado una serie de lagunas. Como ya mencionamos, hay una menor cantidad de estudios que aportan conocimiento sobre experiencias concretas de discriminación, y todavía menos en cuanto la población trans femenina que ejerce el trabajo sexual. Aunque hay un reconocimiento de la falta de estudios con perspectiva interseccional que examina las condiciones de las disidencias sexogénéricas que también son racializadas, que pertenecen a una comunidad indígena y rural o forman parte de las clases populares

en términos socioeconómicos,¹¹ no hay mención del uso ni abuso de sustancias psicoactivas. Este sesgo también se ve reflejado en la unidad de análisis que comparten la gran mayoría de los estudios: no se logra un análisis de la discriminación o la falta de acceso a la salud que va más allá de los estigmas sociales del personal médico que atiende o niega la atención a las personas trans (Granados-Cosme, 2022). La excepción más común a esta última tendencia es la documentación de la falta de provisión de servicios de salud transicional, ya sean terapias hormonales o cirugías de afirmación de género (Hoyos-Hernández et al., 2023; Alfonsín et. al., 2020). Consideramos que sólo poner en el centro de las discusiones sobre la discriminación médica los temas relacionados con la salud transicional y la salud sexual –específicamente la detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH– reproduce la invisibilidad de otros problemas que afectan a la comunidad trans.

Durante el sexenio de Claudia Sheinbaum Pardo,¹² las políticas públicas de la CDMX en materia de salud comenzaron a responder a la misma preocupación de la visión limitada de la salud trans. Anteriormente, la Clínica Especializada Condesa era la única instancia pública en México en ofrecer servicios de salud transicional o de afirmación de género a la población trans, así como servicios de detección y tratamiento de VIH (Granados Cosme, et al., 2017: 634). Por generaciones, las mujeres trans han exigido que el Estado hiciera más para abordar la deuda histórica que tiene éste con la comunidad trans al exponerla a situaciones que empeoraron su salud y negaron su derecho constitucional de protección a la salud. Es decir, lucharon por servicios de salud públicos que atiendan a sus problemáticas de salud más allá de las ETS, el VIH y el tratamiento de reemplazo

¹¹ El sesgo de clase también se ve reflejado en los resultados del ENDISEG, el cual intencionalmente no fue mencionado en este apartado por la falta de representatividad de su muestra. En concreto, Gómez Herrera (2023) destaca cómo la muestra de personas trans encuestadas en su mayoría cuenta con una formación profesional con ingresos bajos, pero todavía están arriba de la línea de pobreza establecida por el CONEVAL. De este grupo, casi la mitad de los hombres trans encuestados (196 de 497) y de las mujeres trans encuestadas (259 de 409) respondieron al cuestionario sobre el acceso a la salud. El hecho de que sólo un tercio de los hombres trans y un cuarto de las mujeres trans reportaron vivir discriminación en instituciones médicas no es nada representativa.

¹² Presidenta de México desde 2024. Jefa de Gobierno de la Ciudad de México entre el 2016 y el 2023.

hormonal (TRH). Como acción afirmativa bajo el Plan General de Gobierno de la CDMX para 2019-2024, en 2021 el gobierno de Claudia Sheinbaum abrió la Unidad de Salud Integral para Personas Trans (USIPT) para brindar otros servicios de salud especializados para la población trans (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2024).

En aras de pensar la salud trans en términos más expansivos, en el siguiente apartado, exploraremos la problemática del consumo de sustancias psicoactivas como un fenómeno que presenta la oportunidad de abrir el panorama de análisis en cuanto a la discriminación médica que viven muchas personas trans.

1.2. La criminalización y la clandestinidad: barreras en el acceso al tratamiento para la atención del consumo de sustancias

Uno de los grandes problemas en términos de políticas públicas integrales en materia de adicciones es el enfoque individualista que se les ha dado simbólicamente a las personas consumidoras de sustancias. Esto implica concebir a las personas que consumen sustancias como plenamente responsables de su consumo; una idea que, al combinarse con la política prohibicionista y militarista vigente en nuestro país, contribuye a su estigmatización y limita las posibilidades de atención que pueden recibir. Esta tradición se adopta desde los modelos médicos que consideran la adicción como una enfermedad crónica y degenerativa que tiene consecuencias irreversibles no sólo a nivel neuronal sino también sobre la conducta (Kershenovich, 2010). La adopción, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1954, del criterio que define la adicción —especialmente el alcoholismo— como una enfermedad crónica del cerebro, permitió reconocer la necesidad de destinar financiamiento específico para su atención. Sin embargo, esta conceptualización también introdujo una noción ambigua: a diferencia de otras enfermedades, la adicción seguiría implicando un componente de elección individual por parte de la persona enferma (Hoffman, 2024). Esto condujo a la idea de que los financiamientos, ayudas y atenciones se condicionaran —en muchos casos— de maneras arbitrarias y bajo esquemas axiológicos morales.

Consideramos que en el contexto mexicano, la hegemonía de los discursos punitivos que giran en torno a las adicciones contribuyen a la falta de reconocimiento como un problema de salud pública. La guerra contra el narcotráfico en el sexenio de Felipe Calderón —pero con antecedentes de una larga historia de militarización y prohibicionismo en materia de drogas en México—, reveló grandes problemas estructurales no sólo en el ámbito político y de seguridad en el país, sino que también trajo consigo una gran ola de desigualdad social y estigmatización hacia las personas que consumen drogas (Ordorika Ímaz, et.al., 2018). Este conflicto dejó al menos 350,000 personas muertas, 72,000 desaparecidas (Pardo Veiras y Arredondo, 2021) y un número desconocido de otras personas que no son consideradas en las estadísticas, como a las personas consumidoras de sustancias a las que les han sido violados sus derechos humanos y negado el acceso a un tratamiento por consumo de sustancias, el cual garantice todos sus derechos. Esta política punitiva propició una militarización de un problema que más bien es de carácter humano y de salud; no de índole criminal, provocando grandes costos sociales y humanos.

Entre los costos sociales más invisibilizados que ha dejado esta militarización sobre las drogas, está el relacionado con el impacto de este periodo prohibicionista militarizado con la diversidad sexogenérica. Este es un fenómeno poco abordado en la literatura, pero también con una gran laguna en el diseño de políticas públicas para la atención de la población LGBTI+ que consume sustancias. En México, como en otros países de América Latina, las mujeres trans han sido desproporcionadamente imputadas por las políticas públicas que criminalizan las drogas. En México, la población trans femenina está sobrerrepresentada en las cárceles; la mayoría están privadas de la libertad por algún delito contra la salud —es decir, vinculado con las drogas— aunque varias sean inocentes (citado en Alfonsín et. al., 2020).

Los estudios sobre adicciones que se han hecho sobre las disidencias sexogenéricas han mostrado que ante los ambientes hostiles que muchas de las personas de la comunidad enfrentan a lo largo de sus trayectorias de vida, se ven obligadas a confrontarse con situaciones específicas que afectan su salud mental, lo que trae

consigo mayores índices de ansiedad, depresión, riesgo de suicidio y consumo de drogas (Katz-Wise, et. al., 2021; Díez López y Ruiz de Azúa García, 2022). Las personas de la comunidad LGBTI+ han sido estigmatizadas, discriminadas y violentadas de sus derechos humanos de manera sistemática, estructural e institucional por ser disruptivas con el modelo hegemónico cisheteropatriarcal, aunado a que a las personas de la diversidad que consumen drogas se encuentran en un mayor grado de vulnerabilidad, por lo que una atención integral y con una perspectiva interseccional entre género, raza y clase es completamente urgente para disminuir y eliminar las brechas de desigualdad (Rodríguez Romero y Aragón, 2024).

Existe poca literatura que aborda el tema del uso y abuso de sustancias dentro del sector de mujeres trans que realizan el trabajo sexual. Un estudio sobre mujeres que laboran en el comercio sexual en la colonia de la Merced en la CDMX y otro sobre un grupo en Madrid, España, destacan cómo el comercio sexual brinda acceso a sustancias psicoactivas, siendo este la introducción para muchas mujeres. Su consumo, además, ayuda en muchas instancias a atender a varios clientes en un lapso de tiempo, a aumentar su ingreso (con clientes que pagan más por servicios sexuales con drogas), quitarse el frío trabajando en la vía pública en las noches, lidiar con los nervios y el temor de meterse con un nuevo cliente y disociarse de las adversidades que le atraviesa (como la explotación laboral, la violencia, el rechazo social y la indiferencia institucional) para seguir adelante (Rodríguez et.al., 2003; Falcón Meneses, 2010). El uso frecuente de sustancias está asociado a la dependencia y la pérdida de control en cuanto a la negociación con clientes sobre los servicios sexuales que les ofrecen (Falcón Meneses, 2010). Estas mujeres han encontrado un vínculo entre el uso de sustancias psicoactivas, los pleitos y la violencia física con sus clientes y parejas sentimentales (Rodríguez, et.al., 2003).

Este problema adquiere otra dimensión de complejidad, ya que históricamente la atención y el tratamiento para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, han sido un tema abandonado por el Estado y relegado a la sociedad organizada y los grupos de ayuda mutua, quienes en muchas ocasiones, han violentado a las personas

usuarias y agravan más su condición (Rosovski, 2009; Judd, 2019; Zamudio et al., 2015). Como se mencionó anteriormente, la guerra contra el narcotráfico hizo que el Estado tomara una postura ideológica sobre la legalidad/ilegalidad de las drogas desde una postura prohibicionista, lo que trajo consigo una fuerte ola de desigualdad social y estigmatización al consumo debido a la criminalización que se manejó hacia los estratos sociales más marginales (Ordorika Ímaz, et.al., 2018). En el Informe Mundial sobre Drogas en 2012 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) se documentó que las políticas de este sexenio no lograron reducir ni el consumo ni el narcotráfico, pero sí la violencia (UNODC, 2012).

Una de las características de los grupos de ayuda mutua reside en la idea que cualquier individuo de cualquier estrato socioeconómico o desde cualquier condición social, puede ser admitido en sus organizaciones. Lo anterior vino a dar una solución (aunque en muchos casos de manera clandestina e ilegal) a las demandas de varias personas que desde hacía décadas buscaban un tratamiento para la atención de los consumos de sustancias problemáticas, en especial a las demandas de las personas con bajos recursos y pertenecientes a sectores marginales.

Dentro de los grupos de ayuda mutua que se encuentran operando en México encontramos los anexos.¹³ Su presencia se empezó a registrar desde la década del setenta del siglo pasado cuando un grupo de personas de escasos recursos con trastornos adictivos tuvo la necesidad de encontrar establecimientos con más juntas de las que un grupo tradicional de Alcohólicos Anónimos podría ofrecerles (Rosovsky, 2009). Estos sitios han tenido una notable expansión y aceptación por parte de la

¹³ Para fines introductorios del presente texto, se entiende como anexos a los establecimientos que operan —en su mayoría— de manera irregular y clandestina para la atención de personas consumidoras de sustancias. Si bien, muchos de estos establecimientos no están regulados por la Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (Conadic) ni cumplen con lo establecido en materia sanitaria, residencial y asistencial para el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 en instalaciones con modalidad residencial, estos lugares están ampliamente legitimados por diferentes sectores en todo el país. Una definición más extensa se presentará en el marco teórico-conceptual del presente trabajo.

sociedad mexicana, ya que una de sus características principales es que la familia y otros vínculos pueden internar a su familiar/amistad dentro de un anexo sin una orden judicial.¹⁴ Legalmente, esta acción es un secuestro, pero dentro de algunos sectores en México existe un discurso de legitimación y tolerancia social hacia éstos (Judd, 2019; 2026).

La clandestinidad, la violencia en sus múltiples manifestaciones tanto en las esferas privadas y públicas de la vida de los usuarios, la ilegalidad, el hacinamiento, el adoctrinamiento y la falta constante de respeto a los Derechos Humanos son características que permiten identificar a estos sitios. A pesar de que muchas familias y vínculos conozcan el tipo de condiciones que se viven dentro de los anexos, la idea de que este tipo de tratamientos sea efectivo para las personas usuarias es ampliamente legitimada entre distintos sectores de la población mexicana desde hace algunas décadas. La mayoría de estos sitios operan sin un aviso de funcionamiento y permiso correspondiente que en México debe ser expedido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y avalado por la ahora Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) antes Comisión Nacional contra las Drogas (CONADIC) de acuerdo con lo estipulado con la NOM-028-SSA2-2009 (Secretaría de Salud, 2009).¹⁵

Los anexos, además, son establecimientos de fácil acceso económico en relación con los establecimientos regulados por las instancias arriba mencionadas. En México, el costo promedio de un tratamiento regulado por el Estado de aproximadamente tres meses era en promedio, en 2018, de \$17,364.50 pesos constantes (con una base salarial

¹⁴ El 16 de mayo de 2022, se llevó a cabo una reforma en la Ley General de Salud en lo que respecta a la salud mental y las adicciones. En esta reforma se determina que el internamiento de quienes requieren servicios de salud mental o tratamiento por consumo de sustancias debe considerarse únicamente como la última opción terapéutica, garantizando que se realice de manera voluntaria y con pleno respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas usuarias (SEGOB, 2022).

¹⁵ Cabe aclarar que esta NOM no ha sido reformada desde 2009 y resulta de carácter urgente su revisión. En el cuarto capítulo se elabora a profundidad un listado de recomendaciones para esta NOM.

mínima de \$100.91 al 30/09/2018), lo que representaba 209 veces el salario mínimo aprobado en enero de 2018 (Judd de la Luz, 2019). Para 2020, el precio promedio de un tratamiento en un establecimiento en la República Mexicana era de \$19,718.99 pesos constantes (con base \$106.83 como salario mínimo al 30/03/2020), lo que representó - con el nuevo salario mínimo- 170 días de trabajo.

Desde finales de 2024, conocer y elaborar estos datos ya no es posible. En esta última versión del directorio de establecimientos especializados en el tratamiento de las adicciones en modalidad residencial reconocidos por la CONASAMA, no se comparte el precio del tratamiento por cada establecimiento especializado, lo que no permite hacer estimaciones sobre el precio promedio en México de los centros que sí están regulados. Aunado a esto, cabe mencionar que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (INEGI, 2022), las familias mexicanas destinaron, en promedio, sólo 3.6% de su gasto en rubros de salud; esto es 1,345 pesos. En general, los núcleos familiares dejan la mayor parte de sus gastos para otros rubros, principalmente para alimentos (INEGI, 2022). Además, en 2022, el 43.5% de la población de México tenía un salario por debajo de la línea de pobreza, y el 12.1% de la población tenía un ingreso por debajo de la línea de pobreza extrema.

Según el Coneval, las familias se encuentran en estado de pobreza si su ingreso mensual total es menor a \$13,133.30 pesos. Aun así, esta cifra es más alta en lo que respecta al salario mínimo, lo cual sugiere que un grueso de las familias mexicanas no podrían pagar un tratamiento que esté regulado (si tomamos como referencia los datos de 2020) y por lo tanto, opten por buscar tratamientos en centros que ofrecen costos más bajos, a pesar de que no cumplan con lo establecido por la NOM-028-SSA2-2009.

Los datos mencionados anteriormente muestran cómo el precio promedio de los tratamientos residenciales regulados se convierte en un problema para la gran mayoría de las familias y personas en México. Si bien, para 2018 la Ciudad de México era el Estado de la República con mayor número de establecimientos regulados de la República con 44 centros y el costo total del tratamiento promedio era de \$4,479.86 pesos —un

internamiento de en promedio de 3.37 meses—, en diciembre de 2024 sólo operan 9 establecimientos regulados en modalidad residencial,¹⁶ de los cuáles 33.33% atiende exclusivamente a hombres cis y el 66.66% a población mixta. Es decir, para el momento en el que estamos redactando este documento no hay centros en la CDMX que atiendan exclusivamente a mujeres cis. Aunado a lo anterior uno de los grandes vacíos que tiene la NOM-028-SSA2-2009 es su falta de perspectiva de género incluyente hacia la comunidad LGBTI+ en su normativa, pues en ninguna parte de esta se estipula un protocolo de atención específico para el tratamiento en modalidad residencial para personas de la diversidad sexogenérica.

1.3. Políticas públicas y su impacto en la vida de mujeres trans que ejercen el trabajo sexual

El reconocimiento del trabajo sexual como una actividad laboral ha sido un tema de amplio debate en el ámbito de las políticas públicas, especialmente en relación con las mujeres trans trabajadoras sexuales. Nos parece menester diferenciar entre trabajo sexual y explotación sexual para comprender el impacto de estas políticas y la necesidad de enfoques interseccionales que reconozcan y protejan los derechos de las trabajadoras sexuales. La diferencia entre ambas categorías no sólo radica en el consentimiento y en la autonomía.¹⁷ Las teorías feministas tanto de Marta Lamas (2017) como de Martha Nussbaum (1999) establecen diferencias entre las personas trabajadoras sexuales y las víctimas de trata. Proponen que la prestación de servicios sexuales, cuando se elige voluntariamente, es comparable a otras formas de trabajo porque todos los seres humanos tienen la misma capacidad de elección y razonamiento (Nussbaum, 1999; Lamas, 2017). Para las feministas liberales, el daño real del comercio sexual no es intrínseco, sino creado por las condiciones en las que a veces se lleva a

¹⁶ Hay una contradicción entre los datos que presentan la CONASAMA y el IAPA en relación con los centros de atención a adicciones. Esto lo exponemos con más detalle en el capítulo 4 de este documento.

¹⁷ No por ello romantizamos la idea de “libertad individual” en sujetos particulares con situaciones de subordinación en el sistema capitalista o negamos que existan limitaciones estructurales que forman sus campos de opciones y condiciones laborales (Kempadoo, 2012; Torres, 2016).

cabo. Los liberales dividen el comercio sexual en dos esferas: el sexo consentido o trabajo sexual, aceptable a pesar de sus daños presuntamente también aceptables a los que las trabajadoras sexuales dan su consentimiento, y el sexo no consentido o la trata con fines sexuales, donde la dominación masculina y las versiones inaceptables del daño están compartidas (citado en Torres, 2023: 53). Esta distinción es crucial para desarrollar políticas públicas que respeten los derechos de quienes eligen ejercer el trabajo sexual y protejan a quienes son víctimas de explotación (Torres, 2023).

Claudia Torres (2023) caracteriza a las trabajadoras sexuales independientes como aquellas mujeres que valoran la autonomía financiera sobre los intentos de otros individuos que quisieran apropiarse de sus ingresos como forma de explotación, ya fuese de manera consentida o forzada. En su investigación, Torres señala que las trabajadoras sexuales independientes “reivindicaban la plena propiedad de sus ingresos y rechazaban cualquier forma de pago a terceros como requisito para trabajar en la calle” (p. 80). Asimismo, la autora menciona que las trabajadoras sexuales independientes sostienen que sus ingresos deben ser destinados a mantener económicamente a personas con las que sienten una fuerte obligación moral, tales como hijos, padres, hermanos, familiares o parejas sentimentales. En el contexto de su etnografía, Torres reporta que sus interlocutoras trabajadoras sexuales podían identificar a las víctimas de explotación sexual de manera fácil y evidente. Estas mujeres víctimas padecieron en silencio el abuso doméstico, evitaron las interacciones sociales y vivieron con el temor constante de perder a sus hijos u otros seres queridos, así como de la posible exposición de su trabajo sexual” (Torres, 2023: 41).

En México, la criminalización del trabajo sexual autónomo ha sido una consecuencia inesperada de la legislación federal contra la trata de personas. En 2004, después de firmar el Protocolo de Palermo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, el Gobierno Federal de México aprobó la primera versión de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia de las Víctimas de estos Delitos. Esta ley, promulgada en 2012, amplió la definición de

explotación sexual, lo que ha llevado a la persecución de trabajadoras sexuales independientes bajo el supuesto de ser víctimas de trata, incluso cuando ejercen su labor de manera voluntaria. En este mismo año, se aprobó una versión actualizada de la Ley General de Trata a nivel federal de México. En ésta, se aclaró que cualquier actividad que facilite la venta de sexo podría ser acusada como delito grave sin tener en cuenta, por un lado, el consentimiento del adulto involucrado en la venta y compra de sexo y por el otro, los medios del intercambio. Además, la ley de 2012 actualizó de su predecesora de 2004 al agregar un delito adicional, la explotación, al que pueden ser procesados quienes se “beneficien” de la prostitución (Torres, 2015: 111). Esto permitió un aumento en los procesos por el delito de trata en casi todas las actividades involucradas en el comercio sexual (Jiménez, 2018: 96). Concretamente, la Ley General de Trata de Personas de 2012 ha llevado al procesamiento de trabajadoras sexuales y de las personas involucradas en sus actividades comerciales, desde ayudar con anuncios hasta limpiar y operar bares, cantinas y cabarets. En otras palabras, la evidencia de cualquier operación de trabajo sexual que involucre a más de una trabajadora sexual trabajando individualmente, independientemente del nivel de consentimiento o coerción involucrado en la transacción, se ha convertido en motivo legal para la trata (Lamas, 2017). Incluso, esta definición de trata es tan amplia que puede utilizarse contra trabajadoras sexuales que participan en esfuerzos comunitarios de ayuda mutua: recaudando dinero como terceros (Torres, 2023: 235).

Esta situación ha incrementado la vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales, exponiéndolas a abusos y limitando su acceso a servicios de salud y justicia (Lamas, 2017; Torres, 2015). Aunado a esto, las trabajadoras sexuales trans enfrentan una doble discriminación: por su identidad de género y por el estigma asociado al trabajo sexual.

Diversos estudios han documentado que las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual tienen mayores probabilidades de enfrentar violencia policial, discriminación en el acceso

a servicios de salud y exclusión económica.¹⁸ Además, su marginación se ve agravada por la falta de acceso a otros sectores laborales debido a la discriminación estructural y transfobia persistente en la sociedad (Granados-Cosme, 2022). La falta de una política pública interseccional en la Ciudad de México que aborde las necesidades específicas de las trabajadoras sexuales, especialmente de las mujeres trans, ha perpetuado su marginalización. Aunque se han logrado avances en el reconocimiento de derechos para la comunidad LGBTI+, las trabajadoras sexuales trans continúan enfrentando discriminación y violencia institucional (Granados-Cosme, 2022). La ausencia de políticas que integren perspectivas de género y trabajo sexual impide la implementación de programas de salud y protección social adecuados para este grupo.

Un avance significativo en la Ciudad de México fue la despenalización del trabajo sexual en 2019. Este cambio eliminó las sanciones administrativas para quienes ejercen el trabajo sexual en la vía pública, reconociéndolo como una actividad laboral no asalariada (Torres, 2023). Este logro fue resultado de la lucha¹⁹ de organizaciones como la Brigada

¹⁸ La Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal (LCCDF), caracterizaba el trabajo sexual como una falta administrativa. Como resultado de la vaguedad de la ley, y no a pesar de ella, la policía no tenía que demostrar que una trabajadora sexual estaba solicitando servicios sexuales para detenerla. En cambio, si la policía sospechaba que una mujer trabajadora sexual estaba ejerciendo la prostitución, los agentes podían, a su propia discreción, arrestar y detener a alguien simplemente por usar ropa “reveladora” en público (Torres 2016, 16-17; Lamas 1993: 111). Aunque no era un delito grave, las consecuencias de un arresto por un “atentado contra el pudor y las buenas costumbres” eran arresto y detención durante 36 horas en una prisión especial para mujeres llamada La Vaquita, donde estarían sujetas a exámenes médicos “sanitarios” obligatorios (Lamas 1993: 111). Es importante señalar que las 36 horas comenzaban una vez que las mujeres llegaban al centro de detención. Esto significa que, incluso si la persona detenida había pasado varias horas o una noche entera en un vehículo policial y no era llevada a juicio hasta la mañana siguiente, si no podía o no quería pagar la fianza, sus 36 horas comenzarían a contar después de salir del juzgado donde recibió formalmente la acusación (Torres, 2016: 42-43). Sin embargo, el trabajo de campo etnográfico de Marta Lamas reveló que los acuerdos informales entre la policía y los líderes o jefes organizados de las trabajadoras sexuales creaban ciertos puntos de tolerancia en diversas calles de los barrios de clase trabajadora donde la policía, extraoficialmente, acordaba no arrestar a las trabajadoras sexuales si las veían en su lugar, atendidas por su líder designado (1993: 113-114).

¹⁹ En lugar de ser receptáculos pasivos de la represión y criminalización del trabajo sexual, los archivos históricos muestran que las trabajadoras sexuales en la CDMX se han organizado activamente y han resistido el maltrato policial al menos desde la década de 1980. Desde entonces, las trabajadoras sexuales en la CDMX han resistido la criminalización y el abuso policial. En 1997, la Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer “Elisa Martínez” inició una lucha por la despenalización del trabajo sexual y su reconocimiento como actividad no asalariada. En 2011, solicitaron credenciales de trabajadora no asalariada al Departamento de Trabajo, sin obtener respuesta. En 2012, con apoyo del bufete Tierra y Libertad, presentaron una demanda contra el gobierno, argumentando la violación de su derecho de petición. La negativa estatal se basó en

Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez" y al trabajo de académicas como Marta Lamas, quienes han trabajado incansablemente por los derechos de las trabajadoras sexuales (Lamas, 2017). La despenalización ha permitido a las trabajadoras sexuales acceder a ciertos derechos laborales y ha reducido la persecución policial; sin embargo, aún existen desafíos para garantizar su plena protección y reconocimiento social.

A pesar de estos avances, las trabajadoras sexuales trans continúan enfrentando obstáculos significativos. La estigmatización, la discriminación y la violencia siguen siendo parte de su realidad cotidiana (Hoyos-Hernández et al., 2023). Es esencial que las políticas públicas adopten un enfoque interseccional que considere las múltiples dimensiones de opresión que afectan a las trabajadoras sexuales trans. Esto implica no sólo reconocer el trabajo sexual como una actividad legítima, sino también garantizar el acceso a servicios de salud, protección legal y oportunidades económicas en condiciones de igualdad. En los últimos años, algunas iniciativas internacionales han reconocido la necesidad de abordar el trabajo sexual desde una perspectiva de derechos humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA han instado a los gobiernos a despenalizar el trabajo sexual como una estrategia para reducir la vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales ante el VIH y otras formas de violencia (Programa de la Organización de las Naciones Unidas en VIH/SIDA ONUSIDA, 2021). Sin embargo, en México, la implementación de estas recomendaciones ha sido limitada debido a barreras políticas y culturales.

En suma, las políticas públicas en la Ciudad de México han mostrado avances en el reconocimiento de los derechos de las trabajadoras sexuales, pero aún queda un largo camino por recorrer para asegurar que las mujeres trans que ejercen esta labor puedan hacerlo en condiciones de dignidad y seguridad. Es fundamental continuar trabajando en

que la prostitución callejera era una infracción administrativa según la Ley de Cultura Cívica del DF. En 2013, Brigada impugnó esta norma, argumentando que criminalizaba su derecho a trabajar. El Amparo 112/2013 falló a su favor, reconociendo su trabajo y ordenando la emisión de credenciales. Sin embargo, solo benefició a las demandantes. La verdadera despenalización ocurrió en 2019, cuando se eliminó el trabajo sexual de la LCCDF, marcando un avance clave en la lucha por sus derechos (Véase Torres, 2016).

la implementación de políticas interseccionales que aborden las necesidades específicas de este grupo y promuevan su inclusión plena en la sociedad.

Capítulo II. Metodología y compromiso ético-epistémico

2.1. Fundamentos teórico-metodológicos

2.1.1. Investigación basada en el deseo: una propuesta ético-epistémica

El presente estudio toma como marco ético-epistémico la investigación basada en el deseo, una apuesta teórica y práctica acuñada por Eve Tuck²⁰ para las personas investigadoras.

Tuck (2009), plantea la investigación basada en el deseo como alternativa a una tradición que ella llama “investigación que se centra en el daño” o damage-centered research. Lo que subyace en la investigación que se centra en el daño es un imaginario político fundado en una lógica de litigación, la cual pretende documentar y articular las heridas de opresión (violencia y discriminación sistemática contra grupos marginados) a través del testimonio para que algún actor pueda ser declarado responsable y obligado a rendir cuentas por él. Tuck cuestiona si esta teoría del cambio, que metaforiza a investigadores como litigantes, es verdaderamente capaz de lograr cambios en la calidad de vida de sus objetos de estudio, y si tales cambios pesan más que la consecuencia de pensarse dañados (pp. 413-415). Es decir, la investigación que se centra en el daño invita a personas de un grupo marginado a dar su testimonio, pero como plantea bell hooks, “sólo desde aquel espacio en el margen, el cual es un signo de privación, de una herida, de un anhelo insatisfecho. Sólo hablando de su dolor” (traducción nuestra, citado en Tuck, 2009: p. 413).

Como alternativa, Tuck plantea la investigación basada en el deseo o desire-based research, lo cual este estudio ha tomado como eje de interpretación desde su diseño hasta el análisis y la interpretación de los resultados. Para Tuck, la investigación basada

²⁰ Investigadora de estudios indígenas y miembro del pueblo Unangax̂, cuyo territorio histórico ha sido las islas que parten de lo que hoy llamamos Alaska.

en el deseo es una tercera vía entre representar a poblaciones marginadas como totalmente heridas o representarlas desde una positividad tóxica que idealiza sus fortalezas y su resiliencia. El deseo como punto de partida no hace que la violencia y la discriminación se pierda de vista. Al contrario, poner el deseo al centro de nuestras interrogantes y de nuestro análisis —de acuerdo con Tuck— permite que surja una representación más compleja de la agencia humana: la de la coexistencia de complicidades y resistencias. El deseo revela la sabiduría y las esperanzas de las comunidades que viven violencias y discriminaciones sistémicas y estructurales mientras que destaca las contradicciones entre sus experiencias, acciones, ideas e ideologías. De esta forma, Tuck argumenta que las investigaciones basadas en el deseo pueden formar parte de procesos de cambio que ponen la sabiduría de las comunidades al centro y buscan fortalecer su propia agencia ante las problemáticas que viven.

Consideramos que el marco del deseo es particularmente apto para estudiar a la población en cuestión, la cual históricamente ha sido expuesta a violencia y discriminación sistémica por ser mujeres trans, por ejercer el trabajo sexual y por consumir sustancias psicoactivas. Además, en el primer y tercer capítulo, citamos diversas investigaciones que representan a mujeres trans —sean o no trabajadoras sexuales— bajo una gramática del daño, al centrarse exclusivamente en cómo desarrollan dependencia a sustancias psicoactivas, adquieren VIH, enfrentan altos niveles de violencia y discriminación, y padecen muertes prematuras, como si estos procesos fuesen inevitables o constituyeran el destino ineludible de esta población. Tomamos la propuesta de Tuck como un compromiso ético-epistémico para producir conocimiento que se rehúsan a la deshumanización de nuestras interlocutoras por medio de insistir en poner su sabiduría y sus deseos en el centro.

2.1.2. Conocimiento situado y lugar de enunciación

Uno de los grandes aportes de la epistemología feminista es su declaración de que el conocimiento no es neutral ni universal. Por el contrario, toda producción de saber está situada en experiencias, cuerpos e historias concretas. Donna Haraway (2023) introduce

el concepto de conocimiento situado para cuestionar la supuesta objetividad de la ciencia y resaltar que todo conocimiento se genera desde un punto de vista específico, atravesado por relaciones de poder y contextos particulares. Desde esta perspectiva, las narrativas de las mujeres trans trabajadoras sexuales que han vivido procesos de consumo y rehabilitación no son meros datos anecdóticos, sino fuentes legítimas de conocimiento que permiten comprender de manera profunda cómo operan tanto la discriminación estructural y las estrategias de resistencia en el acceso a la salud. Este estudio se inscribe en esa tradición crítica, reconociendo que el saber que producen estas mujeres desde su experiencia es imprescindible para construir análisis y propuestas de políticas públicas que realmente respondan a sus realidades.

Desde esta perspectiva, los testimonios recuperados en nuestro grupo focal no son relatos aislados, sino expresiones de un conocimiento situado que nacen de la intersección entre el género, la clase, la raza y la exclusión del Estado. Las participantes del grupo focal han construido saberes sobre su identidad y su sexualidad, el trabajo sexual, el consumo, la rehabilitación y la supervivencia en un contexto donde las instituciones han fallado en garantizar sus derechos. Al nombrar su historia, al narrarse en sus propios términos, estas mujeres desafían los discursos hegemónicos que las posicionan únicamente como víctimas o como sujetos desechables dentro de la sociedad.

Junto con la idea de conocimiento situado, Djamila Ribeiro (2023) introduce la noción de lugar de enunciación, un concepto clave en los feminismos decoloniales y en la teoría crítica de la raza. Ribeiro enfatiza que el discurso no es sólo lo que se dice, sino desde dónde se dice. En un mundo donde los saberes dominantes han sido históricamente producidos desde posiciones de privilegio —blancas, cisgénero, masculinas, capacitistas y académicas—, la enunciación de las subjetividades periféricas cobra una relevancia política fundamental. Escuchar a las mujeres trans trabajadoras sexuales hablar sobre su propia relación con las sustancias y sus procesos de rehabilitación implica reconocer que sus voces han sido históricamente invisibilizadas o tergiversadas por discursos biomédicos, religiosos y moralizantes. Recuperar su lugar de enunciación significa no

sólo escuchar lo que dicen, sino reconocer que su perspectiva es indispensable para pensar críticamente el consumo de sustancias psicoactivas y la atención en salud.

En este sentido, la producción de conocimiento en esta investigación no se basa en observar a las mujeres trans trabajadoras sexuales desde afuera, sino en construir desde sus lugares de enunciación. No buscamos hablar por ellas, sino amplificar sus voces y reconocer su capacidad analítica sobre sus propias vidas. La academia ha tendido a instrumentalizar las experiencias de poblaciones vulnerabilizadas sin considerar su derecho a narrarse desde el deseo y no sólo desde el daño (Tuck, 2009). Aquí nos posicionamos de manera distinta: no es suficiente con documentar sus historias, sino que es necesario legitimar el saber que ellas han construido desde su propia vivencia y así evitar caer en injusticias testimoniales y hermenéuticas (Fricker, 2017).

Miranda Fricker (2017) se cuestiona en su libro “Injusticia epistémica” cómo viven ciertos sujetos sus prácticas epistémicas desde sus testimonios y sus experiencias sociales. El interés de Fricker se centra en el estudio de la injusticia en una esfera específica de la actividad epistémica dentro de contextos en donde la justicia es la norma y la injusticia la anormalidad. Para la autora, existe un tipo de injusticia —específicamente epistémica— que busca de manera intencional causar un mal a alguien a través de su condición de sujeto de conocimiento por medio de dos formas: la injusticia testimonial y la injusticia hermenéutica. La primera se produce “cuando los prejuicios llevan a un oyente a otorgar a las palabras de un hablante un grado de credibilidad disminuido” (p. 17). Por ejemplo, cuando una mujer trans usuaria de sustancias narra haber sido víctima de violencia en un centro de rehabilitación y su testimonio es puesto en duda por profesionales de salud o autoridades, se le niega el estatus de sujeto epistémico creíble debido a estereotipos de género y moralidad. Esta forma de descrédito se articula con prácticas de discriminación estructural, pues la falta de credibilidad no proviene de la falta de pruebas, sino de quién habla y de cómo el sistema social jerarquiza las voces.

Por su parte, la injusticia hermenéutica se origina en una fase anterior “cuando una brecha en los recursos de interpretación colectivos sitúa a alguien en una desventaja

injusta en lo relativo a la comprensión de sus experiencias sociales” (p. 18). Esto ocurre, por ejemplo, cuando las experiencias de mujeres cis o trans internadas en anexos o de personas usuarias de drogas no pueden ser plenamente comprendidas ni nombradas en el lenguaje institucional o jurídico disponible. La ausencia de categorías que reconozcan sus vivencias como formas de violencia o exclusión genera una discriminación epistémica, pues el conocimiento sobre sí mismas y su mundo queda invalidado dentro de los marcos dominantes de sentido.

Las causas en la injusticia testimonial son el prejuicio y la prenoción hacia otrxs dentro de una economía de la credibilidad, donde, bajo ciertos parámetros morales, las interlocutoras son personas creíbles en mayor o menor medida. De esta manera, tanto la injusticia testimonial como la hermenéutica pueden entenderse como dimensiones epistémicas de la discriminación, ya que no sólo se niegan derechos o se imponen jerarquías sociales, sino que también se restringe quién puede saber, hablar y ser escuchado dentro de un orden social determinado.

En contextos médicos y legales, la credibilidad de los testimonios de personas con dependencias a sustancias psicoactivas suele ser cuestionada,²¹ lo que puede reflejar una forma de injusticia epistémica. Esta perspectiva patologizante perpetúa el estigma de que las personas consumidoras de sustancias no son confiables en sus relatos, sugiriendo que sólo a través de la sobriedad y la rehabilitación pueden recuperar su credibilidad. Este enfoque no sólo margina a estas personas, sino que también limita su acceso a servicios de atención y refuerza narrativas de exclusión.

²¹ La evaluación de la credibilidad de los testimonios de personas con dependencia a sustancias psicoactivas ha sido objeto de estudio en ámbitos médicos y legales. Sin embargo, es fundamental abordar estos análisis con una perspectiva crítica. Algunos estudios pueden estar influenciados por prejuicios o suposiciones infundadas sobre la capacidad de estas personas para recordar y relatar eventos con precisión. Por ejemplo, la investigación de Querejeta (2008) destaca la complejidad de la Psicología del Testimonio y sugiere que la determinación de la credibilidad escapa a las capacidades humanas actuales, lo que implica una limitación en las evaluaciones realizadas.

Por ello, esta investigación adopta el conocimiento situado y el lugar de enunciación como principios metodológicos y epistemológicos. Al hacerlo, no sólo desafiamos la idea de que el saber válido sólo proviene de la academia o de las instituciones de salud, sino que también nos comprometemos con la producción de conocimiento que parte de las experiencias concretas de quienes han vivido las consecuencias de la exclusión y la violencia. Este enfoque nos permite no sólo comprender mejor las realidades del consumo y la rehabilitación de mujeres trans trabajadoras sexuales, sino también formular propuestas de política pública que no las vean como cifras o patologías, sino como sujetos políticos con agencia, historia y conocimiento propio.

2.1.3. Desafíos éticos en la investigación con mujeres trans trabajadoras sexuales con dependencia a sustancias psicoactivas

En su tesis de maestría, Michelle Judd (2026) sostiene que al otorgar exclusivamente a las experticias académicas la capacidad de validar una investigación, se perpetúa una jerarquización epistémica que históricamente ha silenciado las voces de quienes experimentan las realidades estudiadas, relegándolas así a la periferia del conocimiento. En investigaciones sobre consumo de sustancias, trabajo sexual y experiencias trans, esta tendencia es aún más evidente, pues los discursos biomédicos y criminológicos han monopolizado la narrativa sobre estas poblaciones, reduciéndolas a cifras, diagnósticos y casos de intervención (Namaste, 2000). Sin embargo, desde una ética de la investigación comprometida con la justicia epistémica (Fricker, 2017), es fundamental reconocer que las mujeres trans trabajadoras sexuales no sólo son objeto de estudio, sino productoras de conocimiento sobre sus propias experiencias. En este sentido, el mayor desafío ético en esta investigación es garantizar que sus voces sean escuchadas desde sus propios términos, sin ser instrumentalizadas ni patologizadas.

Uno de los riesgos más frecuentes en la investigación con poblaciones históricamente marginadas es la extracción de saberes sin devolver a las interlocutoras el control sobre su propio relato (Tuhiwai Smith, 1999). Esto ocurre cuando se recolectan testimonios que luego son traducidos a marcos analíticos que no necesariamente representan su comprensión del mundo.

Para evitar esta violencia epistémica, es crucial adoptar metodologías participativas que permitan que las mujeres trans trabajadoras sexuales definan cómo desean que sus historias sean contadas (Tuck, 2009). En este estudio, esto implicó generar un espacio de diálogo horizontal en el grupo focal, donde cada una pudiera compartir su experiencia sin temor a la censura o la reinterpretación desde paradigmas ajenos a su contexto.

Otro desafío ético importante es la representación de la relación entre consumo de sustancias y trabajo sexual sin caer en narrativas que refuercen el estigma. En la mayoría de las investigaciones que abordan estos temas, las mujeres trans trabajadoras sexuales son presentadas desde una perspectiva de daño y victimización absoluta (Kudlick, 2003), lo que contribuye a su exclusión de los espacios de decisión sobre políticas públicas. En cambio, un compromiso ético con sus historias implica reconocer que su relación con las drogas no es únicamente un problema de salud pública, sino también un territorio de placer, resistencia y negociación de sus condiciones de vida. Desde esta perspectiva, su consumo no puede ser reducido a un síntoma de marginalidad, sino que debe ser entendido en sus propios términos, considerando los contextos en los que surge y las funciones que cumple en sus vidas.

Además, el acceso a los servicios de salud para la atención de dependencias de sustancias es un tema que plantea dilemas éticos y políticos. Muchas de las mujeres trans que participaron en esta investigación han sido sometidas a tratamientos forzados o han experimentado violencias dentro de los centros de atención, desde la negación de servicios hasta la exigencia de que abandonen su identidad de género como parte de su proceso de recuperación. La falta de espacios seguros para ellas dentro de las instituciones de salud evidencia que la atención para la dependencia de sustancias no sólo debe pensarse en términos médicos, sino también en términos de derechos humanos. Un abordaje ético de la investigación sobre consumo de sustancias debe considerar no sólo la oferta de tratamientos disponibles, sino las condiciones estructurales que los hacen inaccesibles o violentos para ciertas poblaciones (Judd, 2026).

La confidencialidad y la seguridad de las participantes es otro eje central del compromiso ético de esta investigación. En contextos donde las mujeres trans trabajadoras sexuales enfrentan altos niveles de criminalización y violencia policial, la exposición de sus testimonios puede representar un riesgo (Alfonsín, et.al. 2020). Por ello, se ha garantizado el anonimato de cada participante y se ha trabajado con mecanismos de consentimiento informado que les permitan decidir qué información desean compartir y en qué términos. Sin embargo, el resguardo de la identidad no implica invisibilizar las condiciones de precarización y violencia que han denunciado, sino encontrar formas de presentar sus relatos sin ponerlas en situación de vulnerabilidad.

Por último, otro desafío ético con el cual tratamos de lidiar en esta investigación radica en su impacto más allá del ámbito académico. Como se mencionó en la introducción, esta investigación, más que ofrecer fines explicativos sobre las realidades de nuestras interlocutoras, pretende marcar pautas implicadas en procesos de incidencia social. No se trata sólo de producir conocimiento sobre las experiencias de estas mujeres, sino de generar propuestas que contribuyan a la transformación de las políticas públicas en materia de salud y rehabilitación. Un compromiso real con la ética de la investigación implica reconocer que el conocimiento no es suficiente si no se traduce en acción. Por ello, este estudio no busca únicamente documentar las experiencias de discriminación, sino generar insumos para la exigencia de políticas que reconozcan el derecho de las mujeres trans trabajadoras sexuales a una atención en salud digna, no punitiva y libre de violencia.

En síntesis, los desafíos éticos en esta investigación no se limitan a cumplir protocolos formales, sino que atraviesan todas las dimensiones del proceso de producción de conocimiento. Desde la construcción del grupo focal hasta la formulación de propuestas de política pública; cada decisión ha implicado un ejercicio de responsabilidad con las voces y las vidas de las participantes.

Sólo desde este compromiso es posible garantizar que sus testimonios no sean utilizados para reforzar discursos estigmatizantes, sino para abrir nuevos horizontes de justicia social y epistémica.

2.2. Método y estrategias de recolección de datos

2.2.1. “Las pláticas de chavas”: una metodología colaborativa

Nuestra investigación empleó la estrategia de muestreo bola de nieve para reclutar a las interlocutoras de nuestro grupo focal. No obstante, José Arturo Granados-Cosme (2022) advierte que, en estudios sobre la discriminación que enfrenta la población LGBTI+ en el ámbito médico, esta estrategia puede generar un sesgo, ya que las participantes con vínculos en organizaciones de defensa de derechos humanos suelen reportar menores experiencias de discriminación debido a su conocimiento sobre sus derechos y a la capacitación que han recibido para exigirlos. Para mitigar este sesgo, en nuestro estudio nos enfocamos en recuperar relatos de discriminación ocurridos antes de que las participantes se involucraran en el activismo o en grupos que hayan fortalecido su capacidad de respuesta frente a la discriminación y la defensa de sus derechos.

En su investigación para la obtención del grado de maestra en estudios de género, Giovanna D’Ambrosio realizó dos entrevistas grupales con seis mujeres trans trabajadoras sexuales. Durante estas sesiones, algunas de sus interlocutoras comenzaron a referirse a la dinámica de la entrevista grupal semi-estructurada como una “plática de chavas” (D’Ambrosio, 2026), enfatizando el carácter cercano y horizontal del encuentro. Siguiendo este enfoque, en nuestra investigación adoptamos el mismo formato de entrevista grupal semi-estructurada, con una duración de ocho horas e incluyendo un receso de una hora para la comida. A través de esta metodología, generamos un espacio de diálogo donde las interlocutoras pudieron compartir sus experiencias de discriminación y su relación con el consumo de sustancias antes, durante y después de su paso por centros de rehabilitación en modalidad residencial.

Consideramos relevante la noción de las “pláticas de chavas” como un acercamiento metodológico por dos cosas. Primero, “plática de chavas” se refiere a una conversación entre mujeres trans sobre temas que corresponden a las condiciones de ser mujeres trans, lo cual denota una suerte de autoridad epistémica entre sus participantes para hablar de sus vivencias. Segundo, el nombre en sí es un chiste, un gesto hacia la dinámica. Al hablar entre pares, la plática de chavas brinda un alivio al intercalar la vulneración personal que se siente al compartir algo difícil sobre nuestras historias de vida con burlas y chistes que son propias a la cultura trans femenina (particularmente de mujeres trans que hemos ejercido el trabajo sexual).

En el presente estudio, la plática fue facilitada por un equipo interdisciplinario conformado por dos investigadoras—una mujer cis y una mujer trans ex trabajadora sexual—, una psicóloga con experiencia clínica en el trabajo con poblaciones de trabajadoras sexuales cisgénero y trans desde una perspectiva de género, y ocho interlocutoras. Estas últimas son mujeres trans que han ejercido el trabajo sexual, han sido anexadas en centros de rehabilitación y reconocen tener una dependencia a al menos una sustancia psicoactiva. Esta composición permitió generar un espacio de diálogo en el que las experiencias y conocimientos situados de las participantes fueran el eje central de la conversación.

2.2.2. Consideraciones éticas: contención psicológica y acompañamiento comunitario

Consideramos que solicitar que nuestras interlocutoras compartan historias de discriminación que han vivido a lo largo de sus vidas puede generar malestar emocional. Por este motivo, nuestra metodología incorpora tres consideraciones ética-metodológicas.

Primero, la contratación de una psicóloga clínica, la Dra. Jessica Gutiérrez Gómez, que ha trabajado la perspectiva de género con mujeres trans trabajadoras sexuales para que estuviera presente a lo largo de la plática de chavas para brindar contención emocional de manera grupal e individual cuando fuera necesario. También, la Dra. Jessica Gutiérrez Gómez facilitó dinámicas grupales para gestionar regulación emocional y un sentido de

conexión entre todas las participantes —tanto de las interlocutoras como de las facilitadoras—. Esta consideración la tomamos en cuenta, ya que investigaciones sobre mujeres trans consumidoras de sustancias psicoactivas y otras poblaciones (Antebi-Gruszka, *et.al.*, 2022) han documentado que la expresión emocional es un factor con una asociación positiva con el crecimiento relacionado con el estrés por darles a las personas la oportunidad necesaria de sentir los efectos de vivir discriminación y violencia, reflexionar sobre ellos y a lo mejor resignificarlos. Por lo tanto, fue menester —no solamente por nuestro compromiso de poner el deseo al centro— crear un espacio seguro para expresar sus emociones entre pares.

Segundo, el formato grupal de diálogo entre pares aumenta la posibilidad de que las interlocutoras reciban contención emocional durante los procesos de reflexión y confidencialidad. El formato grupal es un modo empoderante que ayuda a las participantes a entender que las experiencias de discriminación y violencia son colectivas, resignificar dichas experiencias y abrir la puerta a la creación de más redes con las investigadoras y otras interlocutoras (CNMH, 2015; Johnson y Rodgers, 2020).

Tercero, la estrategia de muestreo de bola de nieve nos permitió reclutar interlocutoras que están vinculadas por su participación en grupos de 12 pasos y otras asociaciones de la sociedad civil. Investigaciones con mujeres trans consumidoras de sustancias psicoactivas (Antebi-Gruszka, *et.al.*, 2022) han establecido la importancia de ser parte de una comunidad más amplia de personas con ideas afines para poder transformar las experiencias estresantes de discriminación e injusticia en crecimiento individual y colectivo.

Aparte de brindar contención psicológica dentro de una conversación entre pares, las participantes de esta investigación tuvieron el espacio de identificar necesidades entre ellas para abordar en espacios fuera de la plática de chavas. Por ejemplo, al final de la plática, una interlocutora que es madrina²² de otras dos participantes en un grupo de AA

²² En el contexto de los anexos o centros de rehabilitación en México, el término madrina (o padrino) se refiere a la persona encargada de acompañar, guiar y vigilar el proceso de ingreso, abstinencia y

mencionó que iba abrir discusiones en otros grupos sobre algunos temas que tocamos en la plática de chavas, para darles más espacio para seguir procesando sus historias de vida entre pares. Además, las que antes no se habían conocido compartieron su información para vincularse a diferentes grupos y proyectos comunitarios.

A groso modo, las consideraciones éticas de la presente investigación fueron intencionadas para reducir el daño emocional de las interlocutoras que se abrieron y se vulneraron a compartir sus vivencias. Es más, tratamos de construir las condiciones bajo las cuales la plática de chavas se volviera una experiencia empoderante que abordara a los propios procesos de cada participante de procesar, resignificar y transformar el estrés y el daño que la discriminación y los efectos del consumo de sustancias psicoactivas ha tenido en nuestras vidas.

2.3. Estrategias para el análisis de los datos cualitativos

Para el análisis de los datos cualitativos, adoptamos una estrategia que combina la codificación abductiva (Vila-Henninger, et.al., 2022) desde el marco de la sociología de la desviación y la “teoría interaccionista de la desviación” o “teoría del etiquetamiento” impulsada por Howard Becker (2014). La codificación abductiva, como propuesta por Vila-Henninger et al. (2022), es un enfoque que permite la construcción teórica a partir de los datos empíricos, combinando la inducción y la deducción para detectar patrones emergentes y desarrollar interpretaciones novedosas. Este enfoque resulta especialmente útil cuando se trabaja con poblaciones cuyas experiencias han sido históricamente marginadas en la producción del conocimiento. La codificación abductiva se distingue de los enfoques estrictamente inductivos o deductivos al permitir que las categorías analíticas emerjan a partir de los datos, sin imponer marcos interpretativos

rehabilitación de quien acaba de llegar al centro. Esta figura —que suele provenir de una trayectoria previa como interna o interno y que posteriormente evoluciona a media luz— asume una función disciplinaria y de control moral, legitimada por una autoridad simbólica basada en la experiencia del sufrimiento y la recuperación. En la práctica, las madrinas y padrinos operan como intermediarios entre la autoridad del anexo y las nuevas ingresadas, ejerciendo distintos grados de poder que pueden ir desde la contención emocional hasta la violencia física o simbólica, reproduciendo así jerarquías de género y dinámicas punitivas bajo el lenguaje de la ayuda mutua (Judd, 2019; 2026).

preconcebidos. Este método permitió capturar la complejidad de los relatos de las participantes, identificando no sólo los efectos de la discriminación estructural, sino también las formas en que resignifican sus experiencias y construyen agencia dentro de los espacios de rehabilitación.

Por otro lado, la teoría del etiquetamiento de Becker (2014) ofrece un marco analítico clave para comprender cómo las identidades de las mujeres trans trabajadoras sexuales que consumen sustancias han sido construidas socialmente a través de procesos de estigmatización. Desde este enfoque, el análisis se centró en cómo las participantes han sido categorizadas como “adictas”, “desviadas”, “enfermas”, “irrecuperables” dentro de los grupos de apoyo mutuo y anexos, y cómo estas etiquetas han influido en su acceso a servicios de atención y en sus trayectorias personales. Asimismo, se exploró la resistencia de las participantes a estas categorizaciones, destacando sus estrategias para resignificar sus identidades y desafiar los discursos medicalizantes y patologizantes. Este marco teórico-metodológico nos permite centrarnos en las reacciones sociales —que aquí las interpretamos como discriminación— y no en las “etiquetas”.

Este marco metodológico permitió analizar cómo la sociedad y las instituciones han construido discursos de exclusión sobre las mujeres trans trabajadoras sexuales y que dependen de sustancias psicoactivas, lo que ha influido directamente en la manera en que son percibidas dentro de los sistemas de salud y rehabilitación. También facilitó la identificación de estrategias de resistencia y reapropiación de la identidad dentro de los relatos de nuestras interlocutoras, evidenciando que, a pesar de la carga negativa impuesta por estas etiquetas, han encontrado formas de desafiar y resignificar su propia identidad.

Asimismo, permitió reconocer los efectos de la etiquetación en los procesos de rehabilitación y en la credibilidad epistémica de las participantes dentro del ámbito médico y social, donde sus voces han sido históricamente invalidadas o minimizadas. Finalmente, permitió explorar cómo las participantes negocian con los discursos

institucionales y crean nuevas formas de existir fuera de la patologización impuesta, generando narrativas propias que desafían las visiones hegemónicas sobre el consumo de sustancias y el trabajo sexual.

2.3.1. Ejes temáticos del análisis y uso de ATLAS.ti

A partir del análisis de los testimonios, se identificaron tres ejes temáticos centrales que estructuran la comprensión de las experiencias de las participantes. Para gestionar y analizar estos datos cualitativos de manera rigurosa y organizada, se elaboró una transcripción completa del grupo focal, el cual tuvo una duración aproximada de ocho horas. Posteriormente, se utilizó el software ATLAS.ti, una herramienta que facilitó la codificación, segmentación y categorización de los relatos, permitiendo establecer relaciones entre los diferentes ejes temáticos. ATLAS.ti permitió visualizar patrones en los testimonios, generando una estructura analítica más sólida y transparente.

El primer eje, **discriminación estructural en los espacios de rehabilitación**, aborda la exclusión y violencia institucional que enfrentan las mujeres trans trabajadoras sexuales en los centros de tratamiento. Los relatos evidencian cómo estas instituciones, al operar desde un enfoque cisnormativo y prohibicionista, reproducen dinámicas de exclusión que limitan el acceso a una atención digna y adecuada. Muchas participantes mencionaron que los tratamientos disponibles están diseñados sin considerar sus necesidades específicas, lo que refuerza la sensación de desamparo y rechazo. Además, la violencia ejercida por parte del personal y de otras personas internas en los centros de rehabilitación contribuye a que muchas abandonen el proceso o prefieran evitar estos espacios por completo.

El segundo eje, **resignificación del consumo de sustancias**, explora cómo las participantes construyen narrativas sobre su relación con las drogas más allá de una perspectiva patologizante. Para muchas de ellas, el consumo de sustancias no sólo ha sido un problema, sino también una herramienta de supervivencia en contextos de alta vulnerabilidad. Algunas narraron cómo el consumo les permitió soportar las condiciones precarias del trabajo sexual, enfrentar la discriminación o incluso generar vínculos

comunitarios dentro de redes de apoyo mutuo. Este eje enfatiza la importancia de considerar el consumo no sólo desde el daño, sino también desde el deseo, el placer y la agencia de las participantes.

Por último, el tercer eje, **estrategias de resistencia y construcción de comunidad**, da cuenta de las diversas formas en que las participantes han desarrollado estrategias para enfrentar la exclusión y generar espacios de apoyo entre pares. A pesar del estigma y la violencia estructural, las mujeres trans trabajadoras sexuales han logrado construir redes de solidaridad que les han permitido sostenerse en contextos adversos. Algunas participantes mencionaron cómo, dentro de los propios espacios de rehabilitación, han buscado crear entornos más seguros para ellas y sus compañeras. Además, se identificó que muchas han encontrado en la militancia y el activismo una vía para resignificar sus experiencias y exigir mejores condiciones de vida y acceso a derechos.

El análisis de estos tres ejes temáticos permite visibilizar la complejidad de las experiencias de las participantes y resaltar la necesidad de repensar los modelos de atención en salud desde un enfoque interseccional y de derechos humanos. Al centrar las voces de las mujeres trans trabajadoras sexuales en el análisis, se logra una comprensión más profunda de los desafíos que enfrentan y de las formas en que resisten y construyen alternativas dentro de un sistema que históricamente las ha excluido.

2.3.2. Limitaciones y alcances del estudio

Como toda investigación, este estudio presenta ciertas limitaciones metodológicas que es necesario reconocer. Una de las principales limitaciones que reconocemos es el tamaño de la muestra, ya que el grupo focal estuvo conformado por ocho participantes. Aunque esta cifra no permite generalizar los hallazgos a toda la población de mujeres trans trabajadoras sexuales que han pasado por procesos de rehabilitación, sí permite un análisis en profundidad de sus experiencias y estrategias de resistencia. Esta investigación prioriza la riqueza narrativa y la complejidad de los testimonios, lo que otorga un valor significativo al análisis.

Otro desafío metodológico está relacionado con la estrategia de muestreo de bola de nieve, la cual, si bien permitió acceder a un grupo de participantes con experiencias pertinentes al estudio, también pudo haber generado sesgos al incluir mayoritariamente a mujeres con vínculos en redes de apoyo y activismo como mencionamos en un apartado anterior. Para mitigar este sesgo, hicimos un esfuerzo por recuperar relatos de discriminación y experiencias de rehabilitación previas a la participación en espacios y grupos organizados, con el fin de ofrecer un panorama más amplio de los procesos vividos.

En cuanto a los alcances, este estudio representa un aporte sustancial a la documentación de las experiencias de mujeres trans trabajadoras sexuales en contextos de consumo y rehabilitación. A diferencia de investigaciones que abordan estas temáticas desde un enfoque médico o criminológico, este estudio adopta una perspectiva interseccional y de justicia epistémica que coloca en el centro las voces y narrativas de las participantes. Asimismo, ofrece insumos valiosos para la formulación de políticas públicas que respondan a las necesidades específicas de esta población, contribuyendo a la visibilización de sus derechos en el ámbito de la salud y la rehabilitación.

2.3.3. Reflexiones sobre la escritura de testimonios de las interlocutoras de esta investigación

La escritura de los testimonios de las participantes implicó una serie de decisiones metodológicas y éticas que fueron fundamentales para garantizar la representación fiel de sus voces y experiencias. En este proceso, se tomaron en cuenta las recomendaciones de la “Guía técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de la población de la diversidad sexual en México” de Rodríguez Romero y Aragón, (2024), asegurando que la producción de conocimiento se realizara desde una perspectiva respetuosa y centrada en la persona. Desde esta guía, se establecieron principios clave para la documentación de testimonios, tales como la necesidad de generar espacios de confianza para la recolección de relatos, asegurando un ambiente libre de juicios que facilitara la expresión de las participantes. También se prioriza el uso

de un lenguaje incluyente y no patologizante, evitando la reproducción de términos que reforzaran el estigma asociado al consumo de sustancias o a la identidad de género de las interlocutoras. Además, la guía enfatiza la importancia de adoptar un enfoque interseccional, reconociendo que las experiencias de las participantes están atravesadas por múltiples dimensiones de opresión, como la transfobia, la criminalización del trabajo sexual y la violencia institucional. Siguiendo este enfoque, la escritura de testimonios buscó narrar experiencias individuales y visibilizar las condiciones estructurales que han moldeado sus trayectorias.

Uno de los aspectos clave en la escritura de testimonios fue la preservación del lenguaje original de las participantes. Se buscó mantener la riqueza lingüística de sus relatos, incluyendo expresiones coloquiales y formas de hablar propias de la comunidad, con el fin de evitar la homogenización y la pérdida de matices en sus narrativas. Esta estrategia nos permite respetar la autenticidad de los testimonios y reivindicar el derecho de las participantes a narrar sus historias en sus propios términos. Además, se implementaron medidas de protección de la identidad y seguridad de las interlocutoras, mediante el uso de pseudónimos y la omisión de detalles específicos que pudieran poner en riesgo su privacidad. La confidencialidad fue un eje central en este proceso, garantizando que las participantes pudieran compartir sus experiencias sin temor a represalias o exposición pública.

Desde una perspectiva ética, la escritura de testimonios se alineó con un enfoque de justicia epistémica, evitando la reproducción de narrativas exotizantes o sensacionalistas sobre las experiencias de consumo y trabajo sexual. En lugar de reforzar discursos de victimización, se enfatizó la agencia de las participantes y sus estrategias de resistencia, destacando la complejidad de sus trayectorias y sus procesos de resignificación personal. Al integrar estas consideraciones en la escritura de los testimonios, este estudio busca contribuir a la producción de conocimiento situado y éticamente responsable, asegurando que las narrativas de las mujeres trans trabajadoras sexuales con experiencias de consumo y rehabilitación sean visibilizadas de manera digna y respetuosa.

Capítulo III. Factores contextuales y la discriminación vivida antes de acudir a centros de rehabilitación

En el presente estudio, entrevistamos a mujeres trans que han ejercido el trabajo sexual y han estado en condiciones de encierro dentro de anexos por una cuestión de dependencia de sustancias psicoactivas. Antes de indagar en sus experiencias de discriminación vividas en centros de atención para adicciones —regulados o no—, se nos hizo menester contextualizarlas en datos sobre sus vidas antes de acudir a cualquier anexo. En particular, en esta sección, buscamos rescatar sus reflexiones sobre la discriminación que vivieron por ser mujeres trans y trabajadoras sexuales y si esto tiene algún vínculo —o no— con su relación con el consumo de sustancias psicoactivas. Sostenemos que contextualizar la discriminación que vivieron anteriormente a ser anexadas —su situación laboral, su tránsito de expresión de género, el desempeño de su identidad de género, y más— es esencial para entender los patrones de consumo que desarrollaron y además sus necesidades en cuanto al acceso de servicios para dependencias a sustancias psicoactivas. Agrupamos las reflexiones en dos temas que aparecen en algunas teorías transfeministas desde América Latina: el continuum de violencias y los trabajos transexualizados.

3.1. El continuum de violencias de la trans-misógina y el consumo de sustancias psicoactivas

Desde los feminismos se ha afirmado que la misoginia (i.e., el odio hacia las mujeres) es una orientación afectiva que anima u organiza un continuum de violencias que atraviesa a las mujeres a lo largo de su vida. La noción del continuum de violencia viene de los estudios de género y los estudios feministas, la cual ha servido para mostrar los vínculos entre diferentes hechos de violencia motivada por género que viven las mujeres y las disidencias sexogenéricas: desde burlas misóginas hasta el feminicidio. Como concepto, el continuum propone que: 1) la discriminación y la violencia, ambas motivadas por el género, permean casi todos los ámbitos de la vida de esas personas a lo largo de sus vidas y, 2) que la discriminación y la violencia tiene el efecto de (re)producir un orden

social patriarcal que mantiene a las mujeres y a las diversidades en posiciones de subordinación (CNMH, 2015).

A partir del caso de transfemicidio/travesticidio de Diana Sacayán en Buenos Aires, Argentina en 2015, Blas Radi y Alejandra Sardá-Chandiramani formulan el concepto “continuum de violencias” que afecta a las mujeres trans y travestis. Este continuum:

comienza con la expulsión del hogar, la exclusión del sistema educativo, del sistema sanitario y del mercado laboral, la iniciación temprana en la prostitución/el trabajo sexual, el riesgo permanente de contagio de enfermedades de transmisión sexual, la criminalización, la estigmatización social, la patologización, la persecución y la violencia policial, cuya expresión máxima o extrema es la muerte violenta por razones de género (2016: 4).

Chloé Constant aclara que la violencia basada en el género que viven las mujeres trans y travestis es una imbricación entre la misoginia y la transfobia (i.e., el odio o el miedo hacia las personas que no nos identificamos con el género asignado al nacer) (2022). Desde esta perspectiva, la violencia y la discriminación hacia las mujeres trans, motivadas por su identidad de género, pueden interpretarse como mecanismos que refuerzan tanto la supremacía masculina como la cisnormatividad.

En el marco del presente trabajo, nos interesa ampliar la mirada sobre el continuo de la violencia transmisógina,²³ enfocándonos en los deseos que viven las víctimas de tal continuum ante ello. En particular, nuestras interlocutoras compartieron los deseos personales que emergieron como resultado de la forma en que internalizaron los

²³ La nomenclatura “transmisoginia” se refiere a dos cosas. En un primer momento, el término significa literalmente la imbricación de dos sistemas de odio, los cuales se dirigen hacia las mujeres y hacia las personas trans, respectivamente, así enfocándose hacia las personas transfemeninas. Retomamos la teoría de Sara Ahmed (2015) para afirmar que las emociones —en este caso, el odio— no son experiencias meramente individuales, sino hechos políticos que conforman estructuras sociales. En un segundo momento, “transmisoginia” participa en un movimiento semántico que se aleja de la nomenclatura que describe la producción de orientaciones afectivas anti-trans como una especie de fobia, i.e., la transfobia. La transfobia es un término que se ha usado de forma coloquial y académico para referirse al odio hacia las personas trans, no-binarias y no conformes con el género binario. En realidad, la fobia es un trastorno psiquiátrico de ansiedad que se caracteriza por un miedo irracional y extremo hacia algo. Desde el reconocimiento que el que la discriminación y la violencia que viven las personas trans por ser trans no se basa en el miedo, varias activistas trans han optado por términos cuyo significante es el odio, como la transmisoginia, en lugar de la fobia (Planned Parenthood, 2025).

mensajes de subordinación y las experiencias de discriminación por ser mujeres trans. Sus reflexiones en torno al consumo de sustancias psicoactivas, como una manera de enfrentar la discriminación y sus efectos psíquicos, responden a las preguntas: ¿qué consumieron y por qué desearon hacerlo?

Varios estudios desde la psicología comunitaria y la salud pública indagan en la relación entre el desarrollo de dependencias a sustancias psicoactivas en mujeres trans y sus experiencias de violencia y discriminación.²⁴ Investigaciones desde los EE.UU. con niñas, juventudes y adultas de la diversidad sexual y de género demuestran una asociación entre el estrés de minorías con problemáticas en el uso de sustancias psicoactivas y una mayor disposición a tentativas de suicidio (Johns et al., 2019; Meyer y Frost, 2012; Katz-Wise et al., 2016; Glynn y van den Berg, 2017).²⁵ Esta relación postula que la exposición prolongada al prejuicio y la discriminación que experimentan los miembros de grupos minoritarios y marginados está asociada con resultados psicológicos adversos y conductas de riesgo para la salud.

²⁴ Desde los EE.UU. estudios han mostrado que varias personas han consumido sustancias para hacer frente a diferentes tipos de maltrato por ser trans o por tener una expresión de género que no conforma con el género binario, como el acoso verbal, la agresión física, la agresión sexual, o la expulsión de la escuela. Varios factores—la experiencia de violencia de pareja, tener una pareja que también tiene un trastorno de uso de sustancias, el estrés postraumático, la depresión clínicamente significativa, la vulnerabilidad al acceso a la vivienda, vivir discriminación en estancias del gobierno y la participación en el trabajo sexual—están altamente asociados con la necesidad de acudir a tratamiento a lo largo de la vida (citado en Keuroghlian et al., 2015). Otro estudio encuentra que consumo diario de marihuana, la depresión y la tendencia suicida aumentan cuando las necesidades no son satisfechas: el acceso a la vivienda (necesidad de vivienda permanente o refugio temporal), la asistencia alimentaria, la capacitación laboral, apoyos gubernamentales por tener una discapacidad, el seguro de salud, asistencia legal (necesidad de asistencia legal o servicios de inmigración), intervención en crisis como experiencias de violencia o con el suicidio, y más (King et. al, 2023).

²⁵ Otros estudios destacan que la vulnerabilidad de las personas trans para experimentar abuso psicológico o físico basado en la transfobia está altamente asociado con el no “passing.” “Passing” se refiere a que una persona trans tiene una presentación de género que les ayude a pasar, es decir que las otras personas la leen, como una persona cisgénero. Para mujeres trans en particular, experimentar abuso psicológico o físico como resultado de la expresión o identidad de género se asocia con una probabilidad tres o cuatro veces mayor de consumo de alcohol, marihuana o cocaína, así como una probabilidad ocho veces mayor de consumo de cualquier droga (citado en Keuroghlian et al., 2015).

Desde la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan con Drogas y adicciones (RIOD, 2019) se plantea que:

- 1) el consumo de sustancias y la violencia de género tienen una relación bidireccional: la experiencia de una puede vulnerar a las personas a vivir la otra y viceversa;
- 2) que la búsqueda legítima de experiencias placenteras son una motivación central en el consumo (Molina-Sánchez et al., 2025).

Esta mirada que se formuló con perspectiva de género nos lleva a entender que el consumo surge por una variedad de factores que tienen que ver con la calidad de vida de las personas, y que también las afecta, lo que muestra la gran complejidad de esta relación. Desde esta investigación, afirmamos que el uso de sustancias, entonces, no sólo surge de un deseo de escapar, disociarse, tapar, soportar o resistir la transmisoginia, sino también de tener experiencias placenteras.

En el presente estudio, de manera anecdotal, todas nuestras interlocutoras vincularon sus experiencias de discriminación, rechazo y estigma desde sus niñeces y o juventudes —por desafiar normas de género y expresar una presentación de género femenina— con una baja autoestima. Para todas ellas, el consumo de sustancias en algún punto de su vida —ya sea si empezaron a los 11 años o a los 30— se volvió una forma de lidiar con el dolor emocional y la baja autoestima que estas experiencias dejaron como huellas en su psique.

Por ejemplo, Violeta es una mujer trans que adquirió una discapacidad motriz en su adolescencia. Aunque no sintió un rechazo por parte de su familia sanguínea por su discapacidad, cuando salió del clóset como una mujer trans, empezó a vivir rechazo y discriminación por parte de ellos:

O sea, yo me di cuenta que yo me creía todo lo de afuera y hasta... hoy ya no... este creía todo lo de afuera por la gente que me decía, “estás fea”. Fue por mis primas porque ellas cuando me dijeron, “sí aceptamos que sea discapacitada, pues sé jotito si quieres, sé de esos que son tapados que le pagues a los hombres para que cojan —así me dijeron

literal— pero no te vistas de mujer, das vergüenza, ¿no ves que estás mocho?”. Así como hombre me hablaban, no como mujer, “estás mocho, das vergüenza, das pena, ¿quién te va a querer así?”. Entonces llegas afuera con todo ese dolor pues el alcohol viene siendo algo maravilloso una muleta maravillosa para emocional [sic]. O sea, me abrió el panorama de que, “ay, ¿cuál mocha?, ¿cuál fea?, ¿cuál horrorosa?”. Me hizo sentir muy bien, me hizo sentir una sensación de... agradable. (Violeta, octubre, 2024)

Aquí, Violeta empieza con una reflexión en la que establece que no hay una relación necesaria entre vivir violencia y discriminación y una baja autoestima. Se refiere al pasado cuando dice que “creía” los mensajes de inferioridad e infravaloración que las personas le decían sobre su apariencia. En otras palabras, vivir un continuo de violencias no prescribe un destino para las personas: no siempre van a tener una autoestima baja y depender del consumo de sustancias por toda o incluso una parte de su vida.

En segundo lugar, Violeta nos enseña que el maltrato contra personas trans por su identidad y expresión de género no sólo toma la forma de comentarios que expresan prejuicio, sino también el no reconocimiento de la identidad de la persona. Cuando dice “como hombre me hablaban, no como mujer,” está nombrando una malgeneralización: nombrarla con un género que no coincide o corresponde a su identidad femenina. Cuando una persona trans, binaria o no-binaria, padece de una malgeneralización constante o repetitiva, tiene afectaciones en su salud mental y también sirve como indicador de su conectividad social. Es decir, el grado en el que esta persona siente que pertenece, es apoyada y valorada dentro de sus relaciones interpersonales (Howansky et al., 2021).

En tercer lugar, Violeta nos evidencia, para su caso particular, la conexión entre el dolor emocional que provoca el continuum de violencias, a veces llamado el estrés de minorías, especialmente cuando comienza a una edad temprana, y el deseo de escapar de ellas a través del consumo del alcohol. No para todas las mujeres trans este dolor radica primero del trato que recibe de su familia de origen.

Asimismo, la historia de Bromelia nos confirma algo que ya se ha propuesto en la literatura: la relación entre experiencias de transfobia y la dependencia de sustancias psicoactivas trasciende los límites de la clase socioeconómica (citado en Wolfe et. al.

2021). Estas investigaciones sobre personas adultas transgénero que enfrentan experiencias de discriminación asociadas a factores sociodemográficos y a situaciones de victimización evidencian una alta prevalencia en el consumo de sustancias durante los últimos 12 meses, así como una necesidad sostenida de tratamiento a lo largo de la vida. El relato de Bromelia nos ayuda a profundizar lo anterior:

en mi historia de vida, a mí no me faltó nada. De hecho, era yo de esos ‘matados’, como les dicen cuando vas a la secundaria y a la prepa. Entraba a todas mis clases y me gusta estudiar”. (Bromelia, octubre, 2024)

Sin embargo, Bromelia comenzó a consumir alcohol y eventualmente dejó los estudios:

Hoy te lo puedo decir sin equivocarme: fue por aceptación, para que me aceptaran los demás. (Bromelia, octubre, 2024)

Para Eve Tuck, poner el deseo al centro de nuestro análisis no implica romantizar cómo las personas viven violencias y discriminaciones sistémicas. Implica poner la agencia de las personas al centro —enfocarnos en el deseo cuando incluso no están en las condiciones para realizarlo— y así reconocer las contradicciones de los procesos de enfrentamiento, resistencia, retiro y adaptación (2009). Para Bromelia el deseo de pertenecer con sus pares resultó primordial. Cuando ella era adolescente le dio prioridad a un sentido de pertenencia —que implicaba faltar a clases para poder ir a tomar con otras personas de su edad— sobre el placer que le daba estudiar.

En otro momento, Dalia reflexiona sobre cómo el consumo de sustancias psicoactivas, utilizado para mitigar o anestesiar el dolor causado por el estrés de minorías y para facilitar un sentido de pertenencia frente al rechazo, puede terminar generando efectos que contradicen los deseos inicialmente buscados.

Sí, [yo consumía] piedra porque yo decía, “pues ya con esto, ya” [risas]. ¿Yo para qué más? Si ya con esto pues sí me doy bien en la madre”. Y aparte era una obsesión terrible o sea a mí me hablabas de piedra y yo ya tenía ganas de ir al sanitario de la ansiedad... Tres años de vivir así dentro de una obsesión, porque se vuelve una obsesión y muchas veces pues es muy doloroso, ¿no? Porque al final de cuentas te das cuenta que es que proviene porque mi autoestima no estaba fija... Yo tenía

muchos resentimientos... bueno en primero hablando desde mi punto de vista religioso yo tenía muchos choques yo tenía muchos choques porque yo siempre he sido muy apegada como que a la iglesia y cosas así, ¿no? Entonces... yo reclamaba mucho a mi poder superior y decía, "...Yo no pedí esta naturaleza, yo no pedí sentir esta... como esta pasión por los hombres, ¿no? Para mí hubiera sido tan fácil ser un hombrequito, tener una familia, que mis padres me apoyaran, que mi padre me mantuviera, que tener una mujer que me... Yo lo pensaba así, ¿no? Que me lavara, que me planchara, que me diera de comer, ¿no? Para mí hubiera sido tan fácil llegar a una casa y dar gasto y tener todo solucionado. Entonces sí era mi reclamo contra mi poder superior y era una lucha con eso. Era una lucha con, pues, con todo lo que la sociedad te niega...mi autoestima estaba así porque a mí nunca me enseñaron a que yo tenía un valor. O sea, mis propios padres me enseñaron a que yo no tenía un valor. Mis parejas me enseñaron a que yo no tenía valor. Porque dentro también de mis amistades, tienes que pagar amistades, tienes que pagar cariño, tienes que pagar a veces hasta las propias familias... (Dalia, octubre, 2024)

Consideramos que la narrativa de Dalia ejemplifica el impacto psíquico en las mujeres trans del continuum de violencias trans-misóginas. Dalia mantenía una baja autoestima por internalizar cómo su familia, sus ex parejas y sus amistades le enseñaban que no tenía valor, lo cual se comunicó a través de actos de violencia y discriminación que Dalia vivió en múltiples ámbitos y diferentes temporalidades de su vida. Reflexiona que su consumo de piedra (crack de cocaína) era una manera de lidiar con la experiencia interna de no tener una autoestima "fija." En otras palabras, su consumo de piedra era una forma de automedicarse que se volvió una "obsesión," la cual terminó resultando en altos niveles de ansiedad. Al final, su manera de satisfacer su deseo de consumir para tapar o anestesiar un malestar generó más malestar.²⁶

Cabe destacar que Dalia no solamente se obsesionó con la piedra como respuesta ante la introyección del mensaje que no tiene valor, sino también porque fue una manera de enfrentar "muchos resentimientos." Ella explica que asumirse como una mujer trans implicó enfrentarse con lo que Eve Tuck le llamaría narrativas de daño: narrativas que describen a poblaciones marginadas como dañadas, destinadas exclusivamente a la

²⁶ En poblaciones trans y no-binarias, la relación entre el uso de sustancias psicoactivas para automedicarse y la exacerbación de malestares psicosomáticos se ha estudiado en el Reino Unido. Una encuesta reveló que a pesar de la intención de personas consumidoras, sea consciente o inconsciente, el consumo de sustancias para el fin de tapar o lidiar con un malestar emocional como la ansiedad resultó en un mayor índice de ansiedad, depresión, aislamiento social y hasta intoxicación (Connolly et al., 2024).

tragedia (2009). En su caso, Dalia expresa que resiente a su poder superior por hacerla una mujer trans, lo que evidencia que ser trans no es una elección. Su deseo de no ser una mujer trans se basa en una visión que inequívocamente propone que es más difícil vivir siendo una mujer trans que un hombre, porque declara que la vida de las mujeres trans está caracterizada principalmente por la adversidad por su condición de género. Narra que su reclamo contra su poder superior se basa en la noción de lo difícil que es vivir como mujer trans por renunciar a los privilegios de la masculinidad cisgénero. Entonces, el consumo de sustancias como automedicación se puede ver como una forma de escapar o encontrar placer en una vida que se piensa como algo caracterizado por un sufrimiento inevitable.

De esta forma, en esta investigación proponemos una meta-análisis de la noción del continuum de violencias. Si bien vivir un continuum de violencias trans-misóginas suele resultar en el consumo de sustancias psicoactivas, la narrativa de daño que define de manera exclusiva la vida de las mujeres trans a través de la gramática de tal continuum, también puede provocar un sufrimiento. La aportación de Dalia sugiere que muchas mujeres trans deciden manejar al sufrimiento psíquico que se vive al internalizar estas narrativas basadas en el daño, utilizando aquí de manera intencional la terminología de Eve Tuck²⁷ (2009), con el uso de o hasta la dependencia a sustancias psicoactivas. En otras palabras, proponemos que la narrativa unidimensional que representa nuestro destino como mujeres trans bajo la gramática del sufrimiento también conforma una parte del continuum de violencias trans-misóginas o, en otra nomenclatura, uno de los posibles factores de estrés de minoría.

Por otra parte, consideramos que el marco del continuum de violencias formulado por Blas Radi y Alejandra Sardá-Chandiramani (2016) deja de lado una experiencia psíquica central en la vida interna de muchas mujeres trans —la disforia de género—, la cual incide

²⁷ Eve Tuck plantea lo siguiente como una de sus críticas de la investigación basada en el daño y las teorías que produce: “incluso cuando las comunidades se rompen y son conquistadas, son mucho más que esto, tanto más que este relato incompleto es un acto de agresión” (traducción nuestra, 2009: 416).

profundamente en su relación con el consumo de sustancias psicoactivas. La disforia de género describe una sensación persistente de malestar y angustia causada por un conflicto entre la identidad de género de una persona y el género que se le asignó al nacer. Puede que la disforia de género esté detonada por factores sociales —como el uso de un nombre o pronombre que no coincida con la identidad de la persona y por un factor corporal— como ser consciente una parte del cuerpo que no es congruente con el sentido interno de su género de la persona trans, sea binaria o no-binaria. No todas las personas trans, binarias y no-binarias, experimentan disforia de género (D'Ambrosio, 2025). Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013) y varias asociaciones profesionales, la identidad trans, en sí, no es un problema o una enfermedad que necesita tratamiento. Más bien, la atención de afirmación de género —como un acompañamiento psicológico, el tratamiento hormonal de afirmación de género y las cirugías de afirmación de género— busca ayudar a una persona a reducir la angustia que produce su disforia en lugar de dejar que se identifique como trans (citado en D'Ambrosio, 2025).

Consideramos que Orquidea ilustra una de las posibles maneras en que el consumo de sustancias puede facilitar el placer por medio de reducir la disforia de género de manera temporal:

Y cuando pruebo la marihuana, a mí la marihuana me encantó. Cogí de poca madre porque yo cogía a los 16 años con la luz apagada y con un calzón que le llamaban g-string, escondiéndome el aparato reproductor, siempre poniéndome y nunca terminaba yo, o terminaba masturbándome en el baño. (...) Y yo no me siento sola el día de hoy porque pude hacer un trabajo que se llama *¿Desde cuándo te sentiste abandonada?* Esa es la raíz, el sentimiento de abandono. A mí la droga, la piedra, la probaba así. Y no sabes, así me relajaba. O sea, y luego otra vez y así, ¿no? Y yo meses, días, noches drogándome. Y luego alcohol, luego chochos, pasidrines, pasilocos, y era la locura en mi vida. Gracias a Dios que me arrancó esa obsesión por vivir de esa manera, porque yo en un tiempo de mi vida dije “yo me quiero morir así, en un pasón”. Ajá, porque no había conocido algo mejor, ni siquiera una relación sexual porque también ejercí el trabajo sexual en casas de citas, trabajé como modelo cuando tuve 16 años y todo eso me dejaba más vacía, vacía y vacía y vacía y me sentía como moco de excusado de mocos, o sea, he cambiado el alcohol y la droga y vuelvo a agarrar otra adicción....[Hablando de su niñez y su juventud:] Me metieron a karate, me metieron a jugar fútbol, me metieron a terapia de psicología, porque a la primaria me dijeron, “su hijo es raro.” Y yo hasta hoy, a mi edad [51 años],

estoy aprendiendo que soy una mujer transgénero, que nací con unos órganos que no me correspondían y que soy mujer no por mis órganos ni por mis genitales sino por mi cerebro. Y he tenido que pedirme perdón a mí misma por haberme lastimado tanto, porque la gente te lastima lo que tú quieres, pero era mi necesidad de sentirme amada y de sentirme protegida. (Orquídea, octubre, 2024)

Sostenemos que el marco del continuo de violencias resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad de factores que llevaron a Orquídea a desarrollar una dependencia hacia diversas sustancias psicoactivas. De hecho, ella misma identifica que “la raíz” de su adicción fue un profundo “sentimiento de abandono”; es decir, su consumo surgió como una forma de responder al deseo de sentirse amada y protegida ante las experiencias de abandono que marcaron su historia de vida. Tanto en el fragmento citado como en otras intervenciones, Orquídea señala que el proceso de perdonarse a sí misma por haberse lastimado —por ejemplo, al permanecer en relaciones donde fue víctima y también ejerció violencia, al vincularse sexoafectivamente con hombres que no la cuidaban pero que ella sí cuidaba, al pasar largos periodos bajo el efecto de sustancias, al descuidar su higiene personal en una etapa de su consumo, y al llevar un estilo de vida que la dejaba con una sensación de vacío—²⁸ implica comprender con compasión y aceptar sin juicio que esas fueron las formas que tuvo, en su momento, para intentar satisfacer esas necesidades afectivas con los recursos que tenía disponibles.

Una perspectiva de género permite analizar las dinámicas de poder presentes en las diversas formas de violencia que Orquídea experimentó a lo largo de su vida: en sus relaciones de pareja, en su trayectoria laboral, en la manera en que procuraba su apariencia física, así como en el hecho de haber sido señalada como “un niño raro” desde una edad temprana.

²⁸ Tampoco buscamos generalizar la experiencia del trabajo sexual como algo que siempre deja a las personas que lo ejerce con una sensación de vacío interno. Asimismo, tampoco buscamos caracterizar de manera general y definitiva al trabajo sexual como una forma de violencia contra las personas que la ejercen. Creemos que muchos trabajos pueden dejar a las personas que lo ejercen con esta sensación de vacío. En el siguiente apartado, desde el marco del deseo, pretendemos demostrar cómo un análisis de la complejidad de las situaciones que llevan a las personas a ejercer el trabajo sexual no borra su agencia al ejercerlo de manera independiente.

Si bien es cierto que la violencia y la discriminación que enfrentó contribuyeron a su necesidad de sentirse amada y protegida frente a la ausencia de ambas, con base en la información que compartió durante este estudio no es posible reducir su experiencia psíquica a una consecuencia determinada exclusivamente por los hechos que conforman el continuum de violencias. Además, Orquídea nota otro deseo que motivaba su consumo. Aplicamos la lente del deseo y la afirmación de género para interpretar su decisión de disimular sus genitales cuando tenía relaciones sexuales como una forma de aumentar su placer y comodidad. De forma específica, su consumo de marihuana, su decisión de esconder sus genitales y tener relaciones con las luces apagadas le permitió vivir una vida sexual más satisfactoria ya que estas estrategias redujeron o le dejaron escapar momentáneamente la disforia de género que su genitalidad le provocaba, ayudándole a disminuir la sensación de una falta de concordancia entre su cuerpo y su género para poder disfrutar más de su sexualidad.

Al final, el deseo de tapar dos formas de angustia coexistían: la disforia (la angustia que se genera tener una parte del cuerpo que no se alinea con su género) y el abandono que se sintió por experiencias relacionadas y no relacionadas al continuum de violencias.

Otras investigaciones han documentado la disforia de género como antecedente a un consumo fuerte de alcohol. De manera correlativa, el acceso a la terapia hormonal de afirmación de género y cirugías²⁹ de afirmación de género bajaron la frecuencia del consumo en varias personas trans (Connolly et al., 2024).

²⁹ De manera anecdotal, en el caso de las cirugías, el requerimiento de que una persona suspenda el consumo de alcohol y tabaco semanas anteriores a la operación obliga a las personas a dejar de consumir. De esta forma, se les vuelve a algunas personas más fácil mantener una abstinencia para consumir sustancias después de una cirugía de afirmación de género. En estos casos, es difícil distinguir en qué medida el acceso a una afirmación de género quirúrgico y la obligación de dejar el consumo antes de y posterior a la operación motivan a que la persona mantenga una abstinencia en el largo plazo. Sin embargo, es importante que pensemos en medidas de reducción de daños y de gestión de placeres en estas eventualidades, pues no en todos los casos se busca una sobriedad absoluta o abstinencia.

Lo que nos interesa rescatar en cuanto a la capacidad analítica de poner el deseo al centro es algo que Margarita afirma en la siguiente cita:

...[Por] eso me tiro yo al alcoholismo no por la aceptación de la familia, porque a mí me aceptaron, porque siempre me han aceptado. Yo me tiro al alcoholismo por no aceptación a mí misma, porque yo decía, pues desde los seis años tener pensando que yo sentía como una niña, que yo pensaba como una niña, y por qué tenía esta cosa...¿por qué tener un pene, no? Cuando yo tenía pensamientos de una niña desde los 6 años, entonces pues por eso... me voy al alcohol, a refugiarme en el alcohol ¿no? Creyendo que el alcohol me iba a ayudar a mí en ese proceso, a admitirme. Y no, pues no, no fue el alcohol que me ayudó, me desinhibía y me olvidaba de lo que yo era y ahí me tiraba al desmadre, a prostituirme, el alcohol, la droga que empecé a probar, el activo, los chochos, la mota, después este, la cocaína inhalada, después la piedra, todas esas cosas empiezas. Y mi vida de alcoholismo como desde los 17 años hasta los 37. (Margarita, octubre, 2024)

Margarita nombra la dificultad para aceptarse a sí misma como la raíz de su dependencia. Ella no niega que el estrés de minoría que provocó vivir el continuo de violencia trans-misógina en otros aspectos de su vida también pudo haber impactado su consumo. Lo importante aquí es que Margarita identifica que consumía por el deseo de poderse aceptar o por lo menos silenciar su disforia de género y las voces internas que no le permitían aceptarse como una mujer trans. De tal forma, las sustancias psicoactivas le ayudaban a Margarita a escapar o disociarse de dicha angustia.

Al final, tanto Dalia, Margarita y Orquídea reconocen la contradicción de la automedicación con sustancias: se termina lastimándose más porque los hábitos de consumo que su dependencia provocaba no les permitió abordar la raíz del problema, y genera más problemas psicoemocionales, sociales, económicos, entre otros. Si bien el continuum de violencias puede ayudarnos a identificar factores de riesgo en las historias de vida de mujeres trans con dependencias a sustancias psicoactivas, son los deseos que revelan los motivos detrás del consumo, y de esta forma, alumbran posibles soluciones para esta problemática en tanto el plano individual como el comunitario.

3.2. El desempeño de la identidad transfemenina en trabajos transexualizados y otros espacios en donde el consumo (crónico) de sustancias está normalizado

El segundo concepto desde la teoría transfeminista que surge en América Latina que trabajamos aquí es la noción de los trabajos transexualizados: un término que se acuñó en Colombia que se refiere a los oficios (hiper)feminizados en que la presencia de mujeres trans es normalizada. El trabajo sexual y la peluquería son justamente los oficios en que se pueden encontrar el reconocimiento, la legibilidad y hasta la afirmación de sus identidades transfemeninas dentro de los sectores populares de la economía (Posso y La Furcia, 2016). Nancy Prada Prada, autora del término, lo conceptualiza como una imposición violenta que delimita las posibilidades laborales de mujeres trans y travestis. El trabajo sexual y la peluquería, según Prada, son “espacios que se caracterizan por un alto nivel de informalidad en las formas de vinculación, y también con muchas presiones frente al cómo comportarse y asumirse” (citado en Posso y La Furcia, 2016: 189), siendo el trabajo sexual callejero el más peligroso de esas.

Desde los transfeminismos colombianos se ha teorizado una relación dialéctica entre el desempeño de la identidad de género trans femenina y los trabajos transexualizados. Por una parte, se ha caracterizado los trabajos transexualizados como espacios de confinamiento: es un resultado de una discriminación laboral casi ubicuo en la sociedad que orilla a mujeres trans a estos oficios³⁰ (CNMH, 2015). Jeanny Lucero Posso y Ange la Furcia argumentan que “la identidad de género trans se construye de forma inseparable del mundo laboral precarizado y limitado en términos de opciones ocupacionales” (2016: 208). Esto es porque tanto las estéticas como las calles en donde se ejerce el trabajo sexual son espacios históricamente apropiados por las travestis y las mujeres trans en muchas partes del mundo. Justamente, se presentan como los pocos modos en que

³⁰ Es importante rescatar que no se niega la agencia de las trabajadoras sexuales trans al reconocer el trabajo sexual como un espacio de confinamiento y que su participación en él es un producto (en parte) de la discriminación laboral que limita sus posibilidades de generar un ingreso. Reconocer contextos de discriminación y precariedad no es lo mismo que considerar a las trabajadoras sexuales trans como víctimas de trata; al contrario, al poner el deseo en el centro de nuestro análisis, reconocemos la agencia de las trabajadoras bajo situaciones (no sobre) determinadas por sistemas de opresión.

esta población puede adquirir un ingreso para sostenerse porque son de los pocos espacios en donde sus identidades y expresiones de género son legibles como algo deseable o, por lo menos, no tan fuera del lugar; es decir, son lugares en donde se permite, se acepta —y a veces se valora— ser una mujer trans (Posso y La Furcia, 2016; CNMH, 2015). Los trabajos transexualizados, entonces, presentan a mujeres trans con la oportunidad de juntarse en comunidad con otras mujeres trans y desempeñar su identidad y expresión de género. Ahí es donde consideramos que el concepto de los trabajos transexualizados nos presenta un lente que puede percibir los deseos de las mujeres trans y explorar su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Tanto la literatura, como las aportaciones de nuestras interlocutoras, afirman que muchos espacios de los cuales comunidades de mujeres trans se han apropiado son caracterizadas por una normalización del consumo de sustancias psicoactivas. Estudios en Canadá y Australia han mostrado cómo el consumo de sustancias facilita la pertinencia o sentido de comunidad de las personas en espacios LGBTI+ con fines recreativos y en lugares de encuentros sexuales (citado en Souleymanov y Pino, 2023). Por ejemplo, Floripondio empezó su consumo de alcohol a los 11 años en las fiestas de su barrio. Era el único espacio en su niñez en donde podía experimentar libremente con su expresión de género —maquillándose y vistiéndose con ropa femenina— aunque aún así trataba de no encontrarse con su familia para evitar la persecución. Fueron justo las fiestas de su barrio las que la introdujeron al consumo de alcohol a una edad tan temprana. El alcohol la desinhibía y así le permitía sentir que pertenecía a su barrio mientras asumió una expresión de género que le provocaba una suerte de euforia.

Asimismo, Bromelia también afirma de manera explícita que el alcohol le ayudó a transicionar y llevar a cabo los procesos por los cuales las personas trans vivimos o expresamos nuestra identidad de género de una manera más auténtica. Su consumo de alcohol se daba en espacios recreativos como fiestas y espacios laborales como la calle

y los hoteles en donde ha ejercido el trabajo sexual. En palabras de ella: “A los 20 años empiezo a hacer mi transición, pero hoy te puedo decir que fue gracias al alcohol.”³¹

Con esto en mente, proponemos expandir la manera en que la identidad trans femenina se puede desempeñar en los trabajos y espacios transexualizados por medio de una relación dialéctica entre límites/discriminación/marginación y las libertades que estos permiten en su expresión de género. Entre las mujeres trans en particular, el trabajo sexual se ha vinculado en la literatura con una mayor prevalencia y frecuencia del consumo de sustancias (Keuroghlian et al., 2015). Sostenemos que para varias mujeres trans, las sustancias psicoactivas se vuelven una herramienta para apropiarse tanto de los espacios laborales como de sus cuerpos.

Para ilustrar este punto, en su adolescencia, Violeta se acercó a un grupo de mujeres trans que se dedicaba al trabajo sexual en el pueblo en donde nació y creció con la intención de conocerlas y tener una red que la pudiera ayudar a desempeñar su transición.

Entonces yo decía, “¡ay, no”, y ella me dijo, “no, tú también puedes trabajar en esto”, “¿tú crees que alguien me levante? le voy a gustar?”, “sí manita, para todos hay gusto —me decía— y para todos hay gusto”. Y luego después descubrí que había unos [clientes] que les gustaban las discapacitaditas... Para irme a trabajar, tenía yo que traer mi cañita, y la botella era de vidrio, no sé si siga siendo así allá, pero era una tapadera roja y yo siempre traía aunque sea un cuartito para darme valor y seguir parándome y ya después conocí el anís pero eso fue otro. (Violeta, octubre, 2024)

Siendo una mujer con una discapacidad visible, el trabajo sexual se presentó como lugar para juntarse con otras mujeres trans que afirmaban su identidad y la acompañaban en su transición y tener experiencias que le enseñaron que es atractiva y que tiene valor, contradiciendo los mensajes de rechazo y vergüenza que su familia le daba por ser trans.

³¹ Cabe mencionar que la relación que delinea Bromelia entre el alcohol y el valor para transicionar no es universal. El consumo frecuente de alcohol también puede inhibir la transición. Un participante no-binario en un estudio de Reino Unido reportó que era la sobriedad, o sea el dejar de consumir el alcohol, que le ayudó a asumirse como una persona de la diversidad de género e impulsar su transición (Connolly et al., 2024).

El alcohol, entonces, se volvió una manera de superar sus miedos e inseguridades además de aguantar largas jornadas laborales.

Por su lado, Margarita nos explica que empezó a tomar mezcal con mucha frecuencia hasta emborracharse cada que salía a ejercer el trabajo sexual. Esto para:

[Hablando en tercera persona para referirse a sí misma] Poderse entregar a los hombres, porque en su juicio era miedosa para entregarse a un cabrón por el cuerpo, ¿no? Qué feo cuerpo tenía ella. No se entregaba por miedo al juicio, ya [que] necesitaba alcohol para poder coger. (Margarita, octubre, 2024)

El deseo que Margarita expresa para reprimir sus inseguridades demuestra el carácter afectivo del trabajo sexual: el valor, la autoconfianza y la resiliencia son necesarios para poderlo ejercer. Tomar alcohol se vuelve una medida para encarnar, obtener o sentir estas tres cualidades.

Hablando de las sustancias como maneras de lidiar con las condiciones laborales del trabajo sexual, Amapola cuenta cómo el consumo de sustancias le ha ayudado a llenar el vacío emocional y sobrevivir viviendo en situación de calle. Siendo una mujer trans migrante con esquizofrenia, Amapola ha ejercido el trabajo sexual en las calles de la CDMX y también de Tijuana. Vivió épocas en que durmió en las calles y consumía drogas ilícitas como el cristal (metanfetamina). Describe su consumo de cristal como algo que le mete en un ciclo vicioso: por una parte, la ayudaba a sobrevivir las condiciones de dormir en la calle (e.g., el frío, el miedo que generaba la inseguridad de siempre habitar el espacio público, etc.), pero también se le dificultaba escapar de esta situación (i.e., contar con los medios económicos y tener la estabilidad mental para encontrar la forma de acceder a otra forma de vivir). Ya cuando tenía la determinación de dejar de consumir cristal, su popularización entre los clientes del trabajo sexual en Tijuana representó una barrera para mantener su abstinencia.

Reconocer que hay una relación dialéctica entre las fuerzas que constituyen la identidad trans femenina dentro del trabajo sexual implica entender la complejidad y las contradicciones de las experiencias de las mujeres trans que lo han ejercido. Por una

parte, el consumo de sustancias psicoactivas —particularmente el cristal que genera alucinaciones y ansiedad— para sobrellevar las condiciones difíciles de la calle y disociarse con un “vacío personal” terminó por generar más malestares psicológicos y dificultades para salir de la precariedad. Pero, los trabajos transexualizados también presentan oportunidades para desempeñar de manera positiva su identidad y subir su autoestima. En específico, Amapola habla de cómo poner “filtros” o límites con los clientes (e.g., no aceptar que le paguen menos de una cierta cantidad de dinero, sólo prestar el servicio en ciertos espacios, no prestarles servicios a clientes muy intoxicados, etc.) le enseñó a valorarse a sí misma.

Para cerrar, recorrer al trabajo sexual y otros espacios en donde mujeres trans pueden estar en comunidad con otras mujeres trans y así vivir su identidad de género de una forma más libre suele implicar insertarse en culturas en donde el consumo crónico de sustancias psicoactivas es normalizado. Aún así, cabe mencionar que ganar ingresos desde trabajos transexualizados no significa que la persona necesariamente desarrollará una dependencia a una sustancia. Respecto a este punto, Dalia comparte:

Yo cuando empecé a salir con las chicas trans pues obviamente es algo natural que se tome la copa...Entonces es normal, tú no lo ves como una adicción, tú lo ves como un pasatiempo, porque pues llega la convivencia, el bailecito, pues todo eso, y se da que tomas el alcohol, ¿no? Desgraciadamente o afortunadamente, pues yo fui alérgica al alcohol, ¿no? A mí me hinchaba el alcohol, me ponía como sapo. Entonces casi no lo consumía más que, un determinado tiempo, ¿no? Pero ya conforme con la edad, llegó un momento en que tuve que probar la droga, la piedra, ¿no? También diría la comadre, pues yo me enamoré de la piedra. Me enamoré completamente. Dejé hombres, dejé todo, todo, todo por el consumo, ¿no? Y tengo 43. Sí, mi adicción ya fue de los 30 para acá. O sea, es reciente, pues. Sí. O sea, no es algo... No es algo de muchos años. No fue una carrera extensa. No, porque siempre viví, pues, dentro de lo normal. O sea, sí tomaba, salía, me prostituía y todo, pero no había como que, como que esa llamada hacia las drogas porque me daban miedo, me daban miedo...de que yo iba a hacerme una adicta. (Dalia, octubre, 2024)

La historia que cuenta Dalia establece que la dependencia no es el destino de todas las mujeres trans trabajadoras sexuales. De hecho, tanto su miedo de volverse “adicta” y su alergia al alcohol hicieron que pasara muchos años ejerciendo el trabajo sexual y conviviendo en espacios de mujeres trans sin siquiera desarrollar un uso crónico de

sustancias psicoactivas. En otras palabras, no se puede universalizar la experiencia de mujeres trans trabajadoras sexuales que viven adicciones como algo necesariamente sobredeterminado tanto a su exposición a un continuo de violencias, como a la discriminación que las orilla a trabajos transexualizados. Si ponemos este extracto en conversación con el anterior de Dalia, es evidente que existen otras posibilidades para lidiar con el dolor de una baja autoestima. Antes de acudir a tratamiento, Dalia buscaba satisfacer su deseo para sentir amor y pertenencia comprando sus vínculos: dando dinero a su familia, a sus parejas y a sus amistades para tener compañía en la vida. A partir de su tratamiento, empezó a trabajar su autoestima, un proceso que abordaremos con mayor profundidad en el siguiente apartado.

3.3 Recomendaciones en materia de política pública y programas comunitarias en el marco de la reducción de daños

En esta sección de recomendaciones, articulamos las sugerencias y reflexiones compartidas por nuestras interlocutoras con estudios provenientes del campo de la salud pública y la psicología comunitaria, enfocados en políticas públicas e intervenciones comunitarias orientadas a reducir el consumo de sustancias y los problemas asociados en poblaciones de mujeres trans. Presentamos tres recomendaciones:

- Talleres e información sobre la reducción de daños en espacios de reunión de personas trans.
- Espacios sobrios de convivencia y de acceso a información sobre servicios de rehabilitación para la población trans.
- Grupos de pares para mujeres trans que se enfoquen en temas del consumo de sustancias y otras actividades de riesgo de VIH.

3.3.1 Talleres e información sobre la reducción de daños en espacios transexualizados

En el apartado 3.2 reflexionamos sobre la importancia de espacios de reunión para las personas trans para la afirmación de su identidad y el desempeño de sus transiciones.

Tanto las aportaciones de nuestras interlocutoras como los estudios citados establecen que en estos espacios, hay una normalización del consumo de sustancias psicoactivas. Aparte, el estrés de minoría que se genera en esta población a partir de experiencias de violencia, discriminación y otras desigualdades estructurales aumentan la probabilidad de que las personas desarrollan dependencias a sustancias (Souleymanov y Pino, 2023; Keuroghlian et al., 2015). Al aceptar que el uso de sustancias dentro de varias comunidades trans es una realidad sobredeterminada, optamos por proponer intervenciones dentro de espacios transexualizados desde el marco de la reducción de daños.

La reducción de daños es un enfoque que rechaza el mandato punitivo-represivo del Estado de intervenir en cuestiones mercantiles y de salud de las drogas bajo el paradigma de la Guerra contra las Drogas en un sentido paternalista. Implica un compromiso de no ver a las personas consumidoras de sustancias a través de los marcos de la desviación: como delincuentes, personas necesariamente peligrosas e incapaces de cuidarse a sí mismas ni a otras personas. Aboga no solamente por la despenalización de las drogas, sino por una respuesta del Estado que brinda servicios de salud mental y salud integral para bajar los índices de las problemáticas de salud que se genera a partir del consumo de sustancias (Pawlowicz et al., 2022).

El acercamiento de la reducción de daños se basa en el reconocimiento que ciertos sectores de la sociedad van a consumir sustancias psicoactivas, y que la prohibición y la abstinencia no son estrategias que sirven o son relevantes a todas las poblaciones. La reducción de daños pretende ser una estrategia pragmática ya que busca brindar estrategias concretas en materia de políticas públicas y acciones comunitarias que van dirigidas a minimizar los efectos negativos del consumo en las personas y la sociedad (como infecciones y otros temas de higiene), respetando la autonomía y la dignidad de las personas consumidoras, tratándolas sin juicio o discriminación, promoviendo el acceso a la salud y la educación sobre las sustancias psicoactivas en poblaciones históricamente marginadas (citado en Molina-Sánchez et al., 2025).

Consideramos que una forma eficaz de llevar a cabo intervenciones de reducción de daños será introducirlas en comunidades intactas; es decir, comunidades de personas trans en donde ya convergen de manera orgánica. En el caso de grupos estigmatizados como mujeres trans consumidoras de sustancias, contar con una red de apoyo de personas que compartan su identidad y la valoran, ha ayudado a sus miembros a superar experiencias estresantes de discriminación e injusticia. En otras palabras, introducir herramientas para la reducción de daños —tanto de información como recursos sobre el uso de sustancias— en el contexto de comunidades en donde hay un apoyo mutuo entre sus miembros aumenta su eficacia (Antebi-Gruszka et. al., 2022). Por lo tanto, proponemos la impartición de talleres de reducción de daños y el ofrecimiento de servicios relacionados con el uso más seguro de sustancias. Estos pueden darse en eventos, espacios y organizaciones de personas trans (e.g., espacios de la vida nocturna, puntos del trabajo sexual en calle, etc.). Por ejemplo, dentro de estas comunidades, se ha documentado una necesidad de concientizar a las personas sobre cómo identificar señales de un consumo problemático y de quitar el estigma que atraviesa el consumo en campañas (Dimova et al., 2022).

Tomamos como ejemplo dos buenas prácticas en materia de políticas públicas para atender esta problemática en la Ciudad de México. Una de ellas se lleva a cabo en la Unidad de Salud Integral para Personas Trans (USIPT), donde, además de ofrecer acompañamiento psicológico y vinculación con servicios externos —como centros de desintoxicación— para personas usuarias que desean abordar su consumo de sustancias, el equipo comunitario brinda atención especializada en casos en los que el consumo se entrelaza con experiencias de violencia. Asimismo, en todos sus grupos de pares —dirigidos a mujeres trans, hombres trans, personas no binarias, entre otras identidades— se abordan de manera transversal temas relacionados con el uso de sustancias y la reducción de daños.

Además, en agosto de 2024, la Dirección General de Diversidad Sexual y Derechos Humanos de la Secretaría de Bienestar e Inclusión Social de la Ciudad de México inició

recorridos nocturnos en zonas de trabajo sexual en vía pública, incorporando un enfoque de reducción de daños. Esta iniciativa se realizó en colaboración con el Instituto para la Prevención y Atención a las Adicciones de la Ciudad de México (IAPA), el Consejo Interinstitucional para la Reducción de Riesgos y Daños de la Ciudad de México, la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama) y los Servicios de Salud IMSS-Bienestar. Durante los recorridos, se ofrecieron diversos insumos y servicios, como condones, kits de higiene, pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como consejería para acompañar dichos procesos. Adicionalmente, se brindó orientación en torno al consumo de sustancias y se realizaron pruebas para identificar las sustancias presentes, con el objetivo de informar a las personas usuarias sobre los posibles riesgos de intoxicación asociados a las drogas consumidas (Mendoza, 2024).

3.3.2. Espacios de convivencia sobria para personas trans y capacitaciones laborales

Para algunas personas consumidoras de sustancias psicoactivas, como la gran mayoría de nuestras interlocutoras, la estrategia de reducción de daños más adecuada es la sobriedad; es decir, la abstinencia total de todas las sustancias psicoactivas. Por ejemplo, para varias interlocutoras, se volvió necesario salir de espacios transexualizados en dónde el consumo de sustancias es normalizado para buscar vínculos y comunidad que no les presenta un desafío a su sobriedad. Para este grupo de interlocutoras, esto quiso decir que salir del trabajo sexual era necesario para sus procesos. Para otras, lo difícil de salir del trabajo sexual es la dificultad de generar un ingreso (parecido) en otro oficio.

En Reino Unido se hizo un estudio en el 2022 donde se realizaron una serie de cuestionarios con 565 personas trans, binarias y no-binarias, sobre su uso de alcohol en el año 2022. En la parte cualitativa, muchas personas encuestadas enfatizaron la necesidad de tener espacios de la comunidad LGBTI+ que fueran sobrios, incluso si estos espacios de diversión fueran bailes. También, hablaron de la importancia de estos espacios para mantener una conexión con la comunidad trans, no-binaria y LGBTI+ en general (Connolly et al., 2024).

Con esta información, afirmamos la importancia de gestionar espacios de convivencia sobria para personas trans. Esto con la finalidad de que esta población pueda satisfacer su necesidad de vincularse con otras personas de la misma identidad sin tener la presión de recurrir al consumo de sustancias para facilitar la construcción y participación en una comunidad. La perspectiva de género también nos ayuda a identificar que para muchas mujeres trans, los espacios de convivencia que tienen con otras mujeres trans son espacios laborales. Por lo tanto, también sugerimos brindar capacitaciones laborales en donde no exista una normalización del consumo que ayuden a personas que ejercen el trabajo sexual y que quieran ejercer otro oficio.

3.3.3. Grupos de pares para mujeres trans que se enfocan en temas del consumo de sustancias y otras actividades de riesgo de VIH

Desde la literatura de salud pública, se ha documentado el impacto y la eficacia de programas comunitarios que buscan bajar el consumo de sustancias dentro de poblaciones de mujeres trans. La mayoría de estos estudios no se enfocan de manera exclusiva al consumo de sustancias, sino que lo conceptualizan como parte de una problemática más amplia: prácticas de riesgo y vulneración a la transmisión de VIH. A grandes rasgos, estos estudios consideran que la epidemia de VIH dentro de la comunidad trans tiene raíz en múltiples problemas de salud pública coexistentes: problemas de salud mental (como el suicidio, la depresión y la ansiedad), violencia, discriminación y consumo de sustancias, que actúan sinérgicamente para impulsar conductas sexuales de riesgo. En otras palabras, se considera que epidemias de la violencia, el riesgo al suicidio, el consumo de sustancias y el VIH están entrelazados y que actúan de forma multiplicativa para reforzar y predecir mutuamente el riesgo de contraer el VIH.³² De esta forma, afirman que programas que buscan reducir riesgos e

³² Desde la salud pública, está relación entrelazada entre epidemias dentro de una población que se da por múltiples factores asociados con la discriminación, la violencia y la desigualdad sistemática, dio lugar al término "sindemia": el symbiosis de epidemias (Glynn y van de Berg 2017).

intervenir en estas cuestiones de salud necesitan entender esta relación compleja (Glynn y van de Berg, 2017).

Dentro de esta literatura, encontramos cuatro estudios sobre intervenciones en población de mujeres trans adultas y menores de edad que buscan reducir su consumo de sustancias y otras prácticas de riesgo de VIH. Revisamos sus aportes a la formulación de la presente recomendación abajo. En San Francisco, California, EE. UU., se lanzó un estudio comparativo entre tres tipos de intervenciones: de mejora emocional (MI, por sus siglas en inglés) entre pares, sesiones informativas y materias para lectura —en una muestra de mujeres latinas y afrodescendientes consumidoras de sustancias—.

Después de 6 meses, las participantes de la intervención MI mostraron disminuciones más significativas en la frecuencia del consumo de alcohol, marihuana y anfetaminas. Nos parece significativo que este grupo pasó más horarios participando en su intervención, y que MI era la única intervención que involucró el objetivo de generar redes de apoyo entre pares, fomentar la participación en actividades comunitarias prosociales, es decir, actividades que abonan al bienestar de otras personas, y aumentar la autoestima y el orgullo asociado con ser mujeres trans, aparte de reducir el consumo y el sexo sin protección. De hecho, el currículum del -MI- fue diseñado por un grupo de mujeres trans (Nemoto et al., 2012). Aquí, consideramos que la mirada integral y la participación comunitaria (tanto en el diseño como una parte fundamental para la intervención) fueron claves para el éxito de la intervención.

El mismo grupo en San Francisco, California, EE. UU. brindó un programa de 18 talleres a personas trans angloparlantes e hispanohablantes en el año 2003 en torno a temas de salud sexual, consumo de sustancias, habilidades de comunicación asertiva y habilidades para la vida impartidos por personas trans. El currículum incluyó debates interactivos, ejercicios de expresión personal, videos y medios, y conferencias de invitados. Para las personas que completaron al menos 10 sesiones, se vieron reducciones significativas en los niveles de riesgo sexual durante los últimos 30 días, las barreras percibidas para los programas de tratamiento del abuso de sustancias y la

depresión. Además, se vio una reducción marginal de consumo de alcohol en los últimos 30 días de esta población. Se notó que las participantes que reportaron más uso de drogas ilícitas asistieron a menos talleres (Nemoto et al., 2005).

Del año 2017-2022, el mismo grupo llevó a cabo el “Flourish Project” (proyecto florecer) en que participaron varias mujeres trans racializadas en otra intervención de MI: con entrevistas motivacionales y grupos de apoyo entre pares. Se realizaron evaluaciones al inicio, al final y a los 6 meses de finalizar el programa para medir sus impactos en la salud mental de las personas participantes, los hábitos de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo de contraer el VIH. El programa observó una disminución significativa en las siguientes áreas: consumo de alcohol y tabaco, consumo de drogas (marihuana, cocaína, metanfetaminas y anfetaminas) y conductas de alto riesgo para la transmisión del VIH —uso de drogas inyectables, tener relaciones sexuales sin protección, tener relaciones sexuales sin protección con un usuario de drogas inyectables, etc.— (Nemoto et al., 2023). Además, dos estudios sobre jóvenes LGBTI+ en los EE.UU. encontraron una correlación entre la participación en grupos de pares u organizaciones estudiantiles para el alumnado LGBTI+ en sus escuelas y índices menores del consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas —marihuana y medicamentos controlados usados fuera de la indicación del médico— (citado en Heck et al., 2014).

Como reflexión, consideramos que los elementos claves de una intervención de grupos de pares que se enfoquen en la reducción de daños deben de contar con una estructura que ayude a las personas participantes a construir comunidad entre ellos/ellas/elles y un curriculum formulado por personas trans que aborde temas de salud mental que le atraviesa a la comunidad (por ejemplo, fomentar el autoestima y el orgullo de ser trans).³³ Vimos estos puntos reiterados de forma explícita por nuestras interlocutoras

³³ Más allá de estas intervenciones específicas, diversos estudios han destacado la importancia de implementar programas formativos orientados al fortalecimiento de la autoestima, el desarrollo de un locus de control interno —entendido como la creencia de que los acontecimientos y sus resultados están influenciados por las propias acciones— y la promoción de habilidades de comunicación asertiva. Estos componentes han demostrado contribuir al manejo positivo del estrés de minorías, el cual, a su vez,

como Amapola, y de manera implícita en las reflexiones de interlocutoras como Bromelia, Violeta y Margarita cuando hablaron sobre los factores que les ayudaron a identificar y abordar los problemas emocionales que dieron lugar a sus dependencias.

se asocia negativamente con conductas de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH (citado en Antebi-Gruszka et al., 2022).

Capítulo IV. Violencias dentro de los centros de rehabilitación y las respuestas ante las mismas

En este capítulo trabajaremos con el concepto de discriminación estructural para entender las violencias que enfrentan las mujeres trans trabajadoras sexuales en los centros de rehabilitación —particularmente en los conocidos como **anexos**— para la atención de la dependencia a sustancias.

El concepto de discriminación estructural nos permite analizar de manera más compleja y profunda las múltiples formas de violencia que enfrentan las mujeres trans trabajadoras sexuales en contextos como los **anexos**, al revelar cómo estas no son resultado de actos individuales, sino de un entramado histórico, institucional y cultural que las ubica sistemáticamente en posiciones de vulnerabilidad y tránsito entre instituciones de encierro (Judd, 2026). Además, este concepto permite abordar cómo ciertas poblaciones han sido sistemáticamente excluidas y vulneradas no sólo por acciones individuales, sino por estructuras históricas, institucionales y culturales que reproducen la desigualdad. Como lo señala Paola Pelletier Quiñones (2014), la discriminación estructural se origina en sistemas de desigualdad que perpetúan el sometimiento de ciertos grupos sociales en razón de su posición económica, social y cultural. En este marco, las mujeres trans trabajadoras sexuales con dependencias a sustancias constituyen uno de los grupos más afectados.

Los anexos se inscriben dentro de un sistema de salud realmente existente —clandestino, precario y profundamente marcado por lógicas punitivas, morales y cisnormativas— que opera en ausencia de una política estatal de atención digna e incluyente para personas con consumo problemático de sustancias. En estos espacios, la violencia hacia las mujeres trans no se reduce al maltrato individual; se expresa como resultado de una estructura que les niega el reconocimiento de su identidad de género, les impone mandatos masculinos y les somete a dinámicas de control, castigo y humillación como forma de “rehabilitación” (Judd, 2026).

Esta forma de violencia, lejos de ser incidental, se vuelve en una expresión concreta de una discriminación institucionalizada que normaliza su exclusión de políticas públicas, de servicios de salud adecuados y de entornos seguros para sus procesos de recuperación.

Desde esta perspectiva, en este capítulo proponemos evidenciar cómo, tanto la falta de protocolos de atención con perspectiva de género y diversidad sexual, la negación sistemática de la identidad de las mujeres trans, la normalización de la violencia dentro de los centros, y la falta de alternativas institucionales, reproducen una cadena de exclusión que impacta directamente en los cuerpos, las decisiones y los proyectos de vida de esta población. Asimismo, recuperamos las voces y testimonios de nuestras interlocutoras, no sólo para denunciar las violencias vividas, sino también para mostrar sus formas de resistencia, agencia y reapropiación de espacios que han sido históricamente hostiles.

Comprender estas violencias implica también reconstruir los orígenes y transformaciones históricas de los **anexos**, ya que estos espacios no surgieron en el vacío, sino como respuesta social a la omisión sistemática del Estado en la atención integral a las personas con consumos problemáticos (Judd, 2026). Desde sus inicios — vinculados con movimientos de ayuda mutua y espiritualidades populares—, hasta su consolidación como dispositivos de encierro con prácticas coercitivas, los **anexos** se han desarrollado al margen de la regulación estatal, pero con un profundo impacto en las políticas de salud, seguridad y control social.

Por ello, antes de abordar de lleno las formas específicas de discriminación y violencia que enfrentan las mujeres trans trabajadoras sexuales en estos espacios, es necesario realizar un breve recorrido histórico sobre el surgimiento y consolidación de los **anexos** en México. Este repaso nos permitirá situar con mayor claridad el contexto en el que operan estas instituciones, así como las lógicas morales, religiosas, económicas y punitivas que las atraviesan.

4.1. La discriminación estructural en los espacios de atención para el tratamiento de adicciones: origen y causas

La discriminación estructural es un concepto en evolución tanto en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos como en la doctrina académica, y aún carece de una definición unificada. Más que constituir una nueva forma de discriminación, representa un enfoque renovado para comprenderla y abordarla desde el ámbito jurídico, lo cual podría transformar de manera significativa la forma en que los marcos normativos la enfrentan (Salomé Resurrección, 2017).

Según Paola Pelletier Quiñones (2014), la discriminación estructural tiene su origen en un sistema de desigualdades históricas, culturales e institucionales que perpetúan la exclusión social y el sometimiento de ciertos grupos vulnerables, definidos por su condición social, económica y cultural. Estos grupos han sido históricamente marginados, excluidos o discriminados sin justificación legal alguna (p. 206). En esta línea, Gonzalo Aguilar Cavallo (2024) sostiene que la discriminación estructural se fundamenta en diferencias de trato basadas en razones históricas y culturales, arraigadas en la formación tradicional a nivel familiar, comunitario e incluso nacional.

Estas diferencias refuerzan estereotipos y patrones de comportamiento profundamente incrustados en la sociedad. Entre los grupos más afectados por esta dinámica se encuentran la población indígena, las mujeres, las personas con discapacidad, las personas migrantes, las personas adultas mayores, quienes viven en situación de calle, las personas de escasos recursos económicos y la comunidad LGBTI+.

En México, las personas con dependencias a sustancias también forman parte de los grupos vulnerables que viven discriminación estructural, un gremio que además, ha sido históricamente abandonado y estigmatizado por el Estado. En el primer capítulo, mencionamos que una de las consecuencias que trajo consigo la política militarista y prohibicionista hacia las drogas que ha caracterizado al país, es el fuerte estigma hacia las personas consumidoras de sustancias. Las políticas gubernamentales en México han abordado históricamente el consumo de drogas y alcohol desde una perspectiva de

seguridad, en lugar de priorizar un enfoque de salud pública con perspectiva de derechos humanos (Valencia, 2016). En este contexto, analizar la evolución de las políticas de drogas en México resulta fundamental para comprender, por un lado, cómo la criminalización de las personas que consumen sustancias ha sido una constante en el imaginario colectivo a lo largo del último siglo, reforzando narrativas de exclusión y sanción social (Astorga Almanza, 2012; Flores Martínez, 2019; Sosenski y Pulido Llano, 2019); y, por otro lado, cómo la ausencia de una infraestructura estatal adecuada para la atención de personas con dependencia a sustancias psicoactivas ha facilitado la proliferación de centros de tratamiento clandestinos e irregulares como única alternativa disponible.

Desde la década de 1920, el Estado mexicano adoptó un enfoque prohibicionista respecto al consumo de drogas, delegando a la Secretaría de Salud la responsabilidad de:

Fundar en los lugares de la República que estime conveniente, establecimientos especiales para internar en ellos a las personas que hubieren adquirido el vicio de drogas enervantes, debiendo permanecer recluidas por el tiempo que juzgue necesario para su curación. Los reglamentos señalarán los casos en que la atención se haga a costa de los enfermos y el sistema de curación a que se sometan. (Departamento de Salubridad Pública, 1926: 592)

Sin embargo, a pesar de esta responsabilidad, la atención a las adicciones se mantuvo limitada y sin una regulación clara. Fue hasta el gobierno de Miguel de la Madrid, en la década de 1980, cuando se implementó un programa integral en respuesta a la preocupación global sobre el alcoholismo y la drogodependencia. En 1986, se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones con el propósito de coordinar políticas de prevención, tratamiento y rehabilitación (Secretaría de Salud, 1986). No obstante, aunque este programa buscaba atender el problema de manera estructural, los esfuerzos del Estado no se tradujeron en la creación de clínicas especializadas ni en una regulación efectiva de los establecimientos existentes, lo que dejó la atención de las adicciones en manos de la sociedad civil.

En este contexto de ausencia estatal, los grupos de ayuda mutua —y en específico los centros que conocemos como anexos—comenzaron a ocupar el vacío que dejó el gobierno (Judd, 2026). De acuerdo con Haydée Rosovsky (2009) en 1975, una ruptura dentro de Alcohólicos Anónimos en México dio origen a los llamados grupos “24 horas”, los cuales evolucionaron a lo que hoy en día conocemos como anexos. Estas nuevas organizaciones surgieron como respuesta a la necesidad de personas con problemas severos de alcoholismo, muchas de ellas sin hogar ni recursos, quienes requerían espacios de permanencia más prolongados que los encuentros tradicionales de AA.

Aunque en un principio estos anexos ofrecían alojamiento gratuito a cambio de tareas comunitarias, con el tiempo fueron integrando dinámicas cada vez más coercitivas y violentas. En particular, la aparición de los grupos de “terapia intensiva” dentro de los anexos representó una radicalización de las prácticas de reclusión, pues incorporaron castigos físicos, privaciones de la libertad e incluso el internamiento forzado de personas en situación de calle. A pesar de estas condiciones, la falta de alternativas y la ausencia de políticas públicas en materia de adicciones consolidaron a los anexos como la única opción accesible para quienes buscaban un servicio de rehabilitación (García y Anderson, 2016).

Aunque históricamente México fue concebido principalmente como un país productor y de tránsito de drogas hacia Estados Unidos —particularmente de marihuana, amapola y cocaína—, desde finales del siglo XX comenzó a consolidarse también como país consumidor. Este cambio se acentuó a partir de la década del noventa, en un contexto de transformaciones económicas, urbanas y sociales, como la implementación del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN), el debilitamiento de estructuras comunitarias y el crecimiento de zonas urbanas precarias (Astorga Almanza, 2003; Werb et al., 2011).

Con la militarización de la seguridad pública y la fragmentación del narcotráfico a partir de la guerra contra el narcotráfico 2006, el acceso a sustancias ilícitas en el mercado interno se volvió más fácil y cotidiano, provocando un aumento sostenido en el consumo

local. Las Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) evidencian este fenómeno: por ejemplo, entre 2002 y 2017, el consumo de marihuana en la población general casi se triplicó, y el consumo de metanfetaminas (“cristal”) y cocaína también registró incrementos significativos, especialmente entre mujeres cis y personas jóvenes (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz e Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). Así, México se ha convertido en un espacio donde convergen las funciones de producción, tránsito y consumo, lo cual complejiza los desafíos en términos de salud pública y políticas de drogas, pero que también explica la expansión de los anexos durante estas décadas.

Ante el crecimiento de estos espacios y la falta de normativas que regularan su funcionamiento, el Estado mexicano se vio en la necesidad de implementar lineamientos para el tratamiento de las adicciones. En 1999, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) presentó la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, estableciendo por primera vez directrices generales para la atención de personas con consumo problemático (Secretaría de Salud [NOM-028-SSA2-1999], 2000). Sin embargo, esta normativa tuvo un impacto menor en la operación de los anexos, que continuaron operando de manera autónoma y sin supervisión efectiva. A raíz de la persistente crisis en la atención a las adicciones, en 2009 se reformuló la normativa con la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, que estableció un marco más amplio para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (Secretaría de Salud [NOM-028-SSA2-2009], 2009). Esta nueva norma intentó regular los modelos de tratamiento en instituciones tanto públicas como privadas, estableciendo estándares mínimos en términos de infraestructura, calidad del servicio, derechos de los pacientes y métodos de intervención. A diferencia de su versión anterior, la NOM-028-SSA2-2009 buscó garantizar un enfoque más integral basado en la salud pública y los derechos humanos. No obstante, su implementación no logró transformar la realidad de los anexos, pues estos continuaron operando fuera del marco regulatorio debido a la falta de inspección y supervisión efectiva.

Con el inicio del nuevo milenio, la Secretaría de Salud intentó reforzar la regulación mediante la actualización del Programa de Acción contra las Adicciones, enfocándose en el control de la producción y venta de sustancias legales como el alcohol y el tabaco. No obstante, la supervisión de centros de rehabilitación seguía siendo insuficiente, lo que permitió que los anexos se consolidaran como espacios no regulados, donde las condiciones de internamiento dependían de las prácticas y reglas impuestas por sus propios operadores (Judd, 2026). Durante el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012), el enfoque gubernamental sobre el consumo de drogas adquirió un carácter aún más prohibicionista, enmarcado en la llamada "guerra contra el narcotráfico". La criminalización del consumo y el uso de la fuerza para combatir el tráfico de drogas generaron un aumento en la estigmatización de las personas usuarias, especialmente en los sectores más marginados (Ordorika Imaz, et. al., 2018). Esta política de represión no sólo reforzó la idea de que las adicciones debían tratarse desde la criminalización en lugar de desde la salud pública, sino que también impulsó la demanda de espacios como los anexos, que continuaron operando como la única opción de tratamiento accesible para un largo sector de la población.

Fue hasta 2010 cuando el Estado mexicano, y en especial el gobierno de la Ciudad de México, intentó una regulación más estricta mediante la creación del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones (IAPA), que estableció requisitos para los centros de rehabilitación, como la presencia de psicólogos, alimentación adecuada y actividades recreativas, además de prohibir el internamiento de menores de edad. Sin embargo, como expone Michelle Judd (2026) lejos de mejorar las condiciones de los anexos, esta normativa tuvo un efecto contrario: muchos de estos centros no pudieron cumplir con las nuevas exigencias y, en consecuencia, tomaron dos caminos. Algunos optaron por trasladarse a la periferia de la ciudad para operar fuera del alcance de la regulación estatal, mientras que otros comenzaron a cobrar por sus servicios, transformándose en negocios. Este proceso marcó una última ruptura dentro del modelo original de los anexos, pues su regulación derivó en su progresiva mercantilización y en la proliferación de prácticas clandestinas y de explotación económica.

4.1.1. Los sistemas de salud realmente existentes en México y el caso de la Ciudad de México

A lo largo de casi un siglo, la respuesta del Estado mexicano a las adicciones ha oscilado entre la negligencia y la criminalización. A pesar de la creación de marcos regulatorios como la NOM-028-SSA2-2009, la falta de inspección efectiva y la continua criminalización del consumo han permitido la persistencia de los anexos como una alternativa precaria pero dominante en la estructura social mexicana. Mientras el Estado no logre garantizar opciones de tratamiento dignas, accesibles y supervisadas, los anexos seguirán operando en los márgenes de la legalidad, ofreciendo una solución riesgosa pero necesaria para miles de personas que buscan rehabilitación.

Este fenómeno lo podemos explicar a partir del concepto del pluralismo médico. De acuerdo con Eduardo Menéndez (2003), en todas nuestras sociedades — independientemente de su desarrollo económico— coexisten y se articulan diferentes sistemas de atención a la salud y saberes médicos, lo que se ha denominado como pluralismo médico. Dentro de esta diversidad, las relaciones que se establecen entre distintos modelos (medicina tradicional, medicina biomédica y medicina casera) han representado conflictos y grandes retos institucionales. Menéndez (2003) define el pluralismo médico como un fenómeno estructural en las sociedades contemporáneas, donde diversos modelos de atención a la salud coexisten y se entrelazan en la práctica cotidiana de las personas. Estos modelos no operan de manera aislada ni necesariamente en conflicto; por el contrario, los individuos y grupos sociales suelen combinar distintas formas de atención según sus necesidades, creencias y recursos disponibles. Bajo la misma línea, Carlos Zolla y Carolina Sánchez (2010) mencionan que:

a pesar de constituir procedimientos que emanan de concepciones diferenciadas de la salud y la enfermedad, y de perspectivas diferentes con relación a lo que resulta posible o conveniente hacer, los usuarios pueden y suelen combinarlos en función de las circunstancias y los recursos disponibles. (p. 254)

Así, para acercarnos a presentar las experiencias que han tenido nuestras interlocutoras en centros y grupos de atención al consumo de sustancias —tanto regulados o no por el Estado—, hacemos uso del término sistema de salud realmente existente propuesto por Carlos Zolla y Carolina Sánchez (2010). La y el autor lo entienden como:

el conjunto de respuestas sociales organizadas para hacer frente a la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte (...) Ello en el entendido de que (como ha señalado de manera persistente la historia de la salud pública o, en fechas más recientes, la antropología médica) toda sociedad explora vías y aplica medidas para enfrentar las contingencias médicas. (p. 26)

Desde esta categoría, podemos presentar que en México, los tratamientos para la atención de dependencias a sustancias entran en dos grandes categorías: los regulados por el Estado (centros gubernamentales y no gubernamentales de carácter residencial a través de modelos de atención mutua, mixto y profesional) y los clandestinos-ilegales (anexos, granjas). En el primer grupo, podemos encontrar todos aquellos centros, hospitales, unidades ambulatorias y residenciales para la atención de adicciones. Para 2020, de acuerdo con datos del Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas de la CONASAMA (antes Conadic) y la Secretaría de Salud existían:

440 unidades ambulatorias, 11 de internamiento y 2 de tratamiento para usuarios de heroína distribuidas en los 32 estados del país. Las cuales brindan tratamiento ambulatorio y residencial (atención psicológica, médica y de trabajo social, así como de enfermería para las personas que requieren internamiento) para usuarios de sustancias psicoactivas en uso, abuso o dependencia. Así como servicios para la prevención de las adicciones y atención a familiares de usuarios de drogas. De estas, 334 son Unidades Médicas Especializadas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA) adscritas a la CONADIC y 106 unidades de consulta externa, 11 de hospitalización y 2 unidades de tratamiento para usuarios de heroína de Centros de Integración Juvenil. (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas et. al., 2020)

En la Ciudad de México, el IAPA cuenta con un directorio de centros de atención de adicciones registrados que cumplen con la normatividad aplicable en la CDMX. De acuerdo con dicho directorio, y a su última actualización al momento de redactar este documento al 28 de febrero de 2025, en las 16 alcaldías que conforman la demarcación,

operan 202³⁴ centros que cumplen con lo establecido por la NOM-028-SAA2-2009. Entre estos centros 113 atienden a población mixta (hombres y mujeres), 87 exclusivamente a hombres y sólo 2 a mujeres.³⁵ Esta disparidad sugiere una exclusión sistemática de las mujeres en la oferta de servicios, lo que refleja no sólo un sesgo institucional, sino también un estigma persistente sobre el consumo femenino. Además, ni en este directorio ni en el nacional³⁶ se especifica si los centros tienen capacitación y los protocolos de atención para la atención de grupos vulnerables, si sólo aceptan a personas cis, entre otros criterios, lo que evidencia una invisibilización de las diversidades de género en los modelos de rehabilitación.

Uno de los pocos lugares en la Ciudad de México donde las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual nos comparten que han encontrado un acompañamiento integral ha sido en la Clínica Hospital de Especialidades Toxicológicas Venustiano Carranza. Este establecimiento se encuentra reconocido por la CONASAMA y de hecho, forma parte del Directorio de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones en Modalidad Residencial. Al momento de realizar nuestro grupo focal, Amapola, una mujer trans migrante que ejerce el trabajo sexual se encontraba en tratamiento por dependencia a sustancias. Después de que llevamos a cabo nuestro grupo focal,

³⁴ Conforme con esta última versión, de estos 202 centros, 8 no están operando y cuentan con sellos de suspensión parcial de actividades, colocados por la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México (AGEPSA). Por otro lado, en el Directorio Nacional que proporciona la CONASAMA, los datos no coinciden con los números del IAPA. En el directorio nacional se especifica que sólo hay 9 centros en la CDMX.

³⁵ De estos dos, uno ya no es centro de atención de adicciones. A ambos centros les realizamos llamadas telefónicas y uno de éstos manifestó que desde hace tiempo ahora es una bodega.

³⁶ En relación con los centros no regulados por el Estado que operan a nivel nacional, no hay datos estadísticos oficiales que nos permitan conocer en realidad, cuántos centros existen. Open Society Foundations estimó que para 2016 existían al menos 2,000 centros de atención a las adicciones irregulares (Open Society Foundations, 2016) y Elementa DDHH (2024) menciona que para 20120 habían 2.129 anexos, de los cuáles 438 se encontraban registrados en la CONADIC (p. 129). En estos espacios, el tratamiento suele estar atravesado por discursos moralizantes, métodos disciplinarios extremos y una concepción punitiva de la rehabilitación, lo que genera experiencias marcadas por la violencia institucional y discriminación estructural (Judd, 2026). Desde una perspectiva fenomenológica, es crucial preguntarse cómo estas condiciones impactan en la vivencia del proceso de rehabilitación y en la construcción de la subjetividad de las personas que atraviesan estos espacios.

Amapola nos compartió que en este momento, ella continúa acudiendo a este hospital no en una modalidad residencial, sino por consultas para continuar atendiendo su dependencia a sustancias. Uno de los aspectos que más valora de esta clínica es que el personal médico tenga un trato digno hacia ella y que valoren el trabajo sexual como trabajo, así como todos los elementos integrales que lo conforman:

Realmente [en la Clínica] han abarcado el tema de trabajo sexual como tema. Ya no [sólo] el tema de ser mujer trans, sino el tema de trabajo sexual en lo que implica. Que sí, o sea, están muy sensibles en el contexto y saben lo que implica también el contexto de lo que el trabajo sexual ha implicado las adicciones totalmente en mi vida cotidiana, ¿no? La misma doctora me lo ha dicho. Ah, cuando precisamente fue un fin de semana que dije, “ay, doctora, véame rapidito porque voy a recibir un cliente” y me dijo, “ah, sí, no te preocupes”. Están muy sensibles en ese contexto porque realmente se preocupan, de hecho, el tema del nutriólogo se preocupó muchísimo de que no quería que subiera de peso por el tema del trabajo sexual. En el tema grupal tampoco no he tenido ninguna discriminación, al contrario. Están muy sensibles y están muy aterrizados en que saben que el trabajo sexual es trabajo. Eso es lo que simplemente, es lo que me gusta, me encanta, que están muy sensibilizados y se dan cuenta realmente que hay una afectación realmente de trabajo sexual hacia las adicciones. Están muy claros porque saben que si yo no hago trabajo sexual no tendría economía en mí. Entonces están muy conscientes, los doctores están muy sensibilizados en ese tema. (Amapola, octubre, 2024)

El testimonio de Amapola da cuenta que la atención holística —libre de estigmas— en clínicas especializadas, promueven un acceso real a los derechos de acceso a la salud, del libre desarrollo de la personalidad y del ejercicio del trabajo digno de las personas con dependencia a sustancias. La existencia de lugares que tengan una perspectiva integral para las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual es crucial para sus desarrollos individuales. Como mencionamos en el primer capítulo, la discriminación, en términos generales, afecta de manera negativa el bienestar de las personas trans (Hoyos-Hernández et al., 2023). Desafortunadamente, el caso de Amapola y lo que esta clínica en particular ofrece no es la norma: es la excepción. La mayoría de los centros de atención para la dependencia de sustancias aún reproducen protocolos cis-centrados y prácticas coercitivas que excluyen a las mujeres trans trabajadoras sexuales. Sin embargo, el panorama de salud en la Ciudad de México es también un reflejo del pluralismo médico, donde conviven tanto servicios oficiales regulados por la NOM-028-SSA2-2009 como

modalidades comunitarias y extra-formales a las que muchas personas recurren no por ignorancia, sino por carencias reales en la oferta formal (Judd, 2026). Esta coexistencia evidencia la urgencia de consolidar centros especializados que integren enfoques interseccionales y trans-inclusivos, garantizando el acceso efectivo al derecho a la salud y al libre desarrollo de la personalidad sin discriminaciones.

4.1.2. Las experiencias de rehabilitación de mujeres trans en centros de atención a las dependencias de sustancias no regulados

Para las mujeres —tanto cis como trans— la rehabilitación no sólo implica un proceso de salud, sino también la reconfiguración de su identidad en un contexto donde el consumo de sustancias está fuertemente penalizado en términos morales. Mientras que para muchos hombres el consumo problemático suele entenderse como una cuestión de salud pública, en las mujeres se asocia con una desviación del rol de género tradicional, lo que refuerza su exclusión de los servicios especializados (Romo Avilés, 2006). Esta diferencia en la percepción social se traduce en una oferta de rehabilitación desigual, que limita las opciones de las mujeres y refuerza mandatos patriarcales sobre el “deber ser” (Judd, 2026). Además, en los centros clandestinos, muchas de ellas enfrentan un doble proceso de disciplinamiento: por su consumo y por transgredir las normas de género impuestas por la sociedad. En el caso de las mujeres trans este proceso de rehabilitación también las coloca en el centro de un escrutinio entre su identidad y su valía personal.

En muchos centros de rehabilitación, especialmente aquellos con bases religiosas, la identidad de género de las mujeres trans no es reconocida. En éstos, se les impone el uso de nombres y pronombres que no corresponden con su identidad, se les obliga a vestirse con ropa asociada a lo masculino y, en algunos casos, se les somete a discursos “terapéuticos” que intentan “corregir” su identidad. El caso de Violeta, una mujer trans con discapacidad que ejerció el trabajo sexual por 12 años y que estuvo en distintos anexos no regulados nos compartió lo siguiente:

En las agrupaciones me pasó que llegué precisamente a los grupos de AA por unos cristianos que eran AA, pero practicaban cuarto y quinto paso y lo manejaban como iglesia, cuarto y quinto paso. Y me llevaron a anexar por primera vez a un grupo de

amor y servicio, donde yo les comenté que entré. Y no los entendía porque yo no tenía mucho concepto religioso y todo eso. Ahí tuve que entrar de niño, no pude llegar a entrar de mujer porque era varonil completamente. Entonces este nunca me... lo que nunca entendí yo andaba muy atemorizada por la persona que yo era. Entonces, el padrino que a mí me tocó había sido, pues, había sido mayate, ¿sí? Y resulta que yo, lo que yo tuve de cercanía con él en el aspecto de que como era puente dije, "bueno lo voy a dar como padrino". Nunca me insinuó nada, nunca me tocó, nunca nada. Pero sí me prohibió que hablara sobre mí homosexualidad y otra vez me volvieron a cortar las alas. (Violeta, octubre, 2024)

Este relato muestra la manera en que la violencia psicológica y la imposición de normas cisheteropatriarcales forman parte de la experiencia cotidiana dentro de los centros de rehabilitación. La normativa vigente que regula la operación para los centros de rehabilitación en México es la NOM-028-SSA2-2009 que ha sido diseñada bajo un modelo cisnormativo, en el que las personas trans no tienen cabida ni reconocimiento. La infraestructura y las normas de funcionamiento de estos centros están construidas con base en la categoría binaria de género, lo que deja en una situación de vulnerabilidad a las mujeres trans que ingresan en busca de apoyo para la dependencia de sustancias. En este contexto, la discriminación estructural se manifiesta en la imposibilidad de acceder a espacios seguros si una persona trans vive o expresa su identidad de género de manera abierta y la negación de su identidad de género a través de restricciones tanto explícitas como tácitas en su expresión de género y capacidad de expresar su identidad de otras formas.

Asimismo, y como mencionamos anteriormente, los centros de rehabilitación en su mayoría han sido creados bajo la suposición de que los consumidores problemáticos de sustancias son hombres cisgénero. Este diseño excluye a las mujeres trans, forzándolas a convivir en espacios masculinizados donde su seguridad se ve comprometida. Al ser asignadas a dormitorios y áreas comunes con varones cisgénero, muchas de ellas experimentan hostigamiento, segregación, abuso verbal e incluso agresiones físicas. El testimonio de Floripondio ilustra claramente esta situación:

Me quedo en el anexo, a mí no me trataron como a muchas trataron bien. Siempre fue, "a ver —con el pie así— despierta". "Espérate, ¿qué pasó?". "¿Cómo te llamas?". "Floripondio". "Su nombre, su nombre de hombre. Aquí no viene que Floripondio ni

que la chingada". "Bueno, güey, —le digo— tú que me estás regañando". "Cállese, cállese. Porque la aplico ahorita en el baño". "Pues órale, si quieres". Pero ya tenía miedo, un miedo horrible. Y luego decían, "¿dónde la vamos a colocar? Con los hombres no, con las mujeres no. En el pasillo". Me quedé en un pasillo, en una alfombra con una cobija pasando un chingo de frío. Dijeron, "aquí vas a venir a valorar. Aquí vas a valorar lo que no valoraste en tu casa". (Floripondio, octubre, 2024)

Floripondio, ante la segregación, exclusión y la mala generalización que vivió en este anexo, cuando se convirtió en madrina, buscó la forma para crear espacios más inclusivos, no sólo para ella, sino también para más mujeres trans.

Fue mi anexo, me quedé, ¿sí? por orgullo y por coraje dije, "jamás van a volver a pisotear a un homosexual igual que yo". En mi grupo tienen su casa, tienen ellos su cuarto, tienen ellos su baño. "Shhh, un momento, con él no te metas, ¿qué quieres con él? Dímelo a mi padrino. Él es él y él es de mi sexo. Él tiene y merece un respeto como tú. Porque nadie es más aquí porque somos iguales. Ni tus años, ni porque él va llegando. Eres igual que él. Respétalo. Y si no, yo hago que lo respetes". Hoy defiendo a la mujer porque ha nacido una mujer. Y tiene en su cuarto también, aparte. Invadimos una casa hace nueve años. Yo ahí me drogaba. La invadimos, la gente me apoyó. Es el grupo M, tres pisos, para cada quien tenga su espacio. Tanto los jóvenes, los ancianos como yo, los de medio, mujeres, y travestis como yo. Ahorita hay una que es primera. Uy, le encanta mover el cabello. "Sí, hija, no te preocupes, tú sé lo que quieras, nada más quédate, quédate, eso es lo más importante, que te quedes". (Floripondio, octubre, 2024)

La falta de espacios adecuados ha llevado a las personas usuarias de estos establecimientos a encontrar estrategias de supervivencia que, lejos de ser una solución estructural, demuestran la negligencia con la que las instituciones han abordado esta problemática. Las violencias dentro de los centros de rehabilitación no sólo se limitan a la exclusión estructural y a la falta de reconocimiento de las identidades de las mujeres trans, sino que se traducen en agresiones sistemáticas que incluyen maltratos físicos, psicológicos y simbólicos. Muchas de estas violencias se originan en la falta de regulación de los anexos y en la prevalencia de modelos de tratamiento disciplinarios, en los que el castigo y la humillación son utilizados como estrategias de control sobre las personas internadas. Sin embargo el testimonio de Floripondio nos ayuda a entrever que ante la falta de regulación, las propias personas usuarias han encontrado estrategias para sobrellevarlas. Los testimonios de Floripondio, así como de otras de nuestras

imnterlocutoras demuestran que esta discriminación estructural contra las personas de la diversidad sexogénérica en general y contra las mujeres trans en particular también permean estas instituciones clandestinas que atiendan temas de dependencias a sustancias psicoactivas.

Los testimonios de las participantes del grupo focal reflejan que la violencia dentro de los centros clandestinos de rehabilitación es un elemento normalizado. Se ejerce a través de golpes, privación de alimentos, castigos físicos extremos y violencia verbal dirigida a quebrar la identidad y dignidad de las personas internadas. En el caso de las mujeres trans, esta violencia se ve agravada por la imposición de normas cisnormativas que buscan anular su identidad de género. La estructura de estos centros refuerza la idea de que la rehabilitación debe ser un proceso de sufrimiento y castigo. En este contexto, las mujeres trans enfrentan una doble disciplina: por su consumo y por su identidad de género. No sólo son castigadas por haber desarrollado una dependencia a sustancias, sino que también se les sanciona por transgredir las normas de género impuestas por la sociedad. La inexistencia de espacios seguros dentro de los centros de rehabilitación evidencia que estos fueron diseñados bajo una lógica binaria que invisibiliza a las mujeres trans. Esta falta de reconocimiento de su identidad las expone a situaciones de acoso, violencia sexual y tratos degradantes. Además, las prácticas de disciplinamiento utilizadas en muchos anexos refuerzan la violencia psicológica contra las personas internadas. Se imponen dinámicas en las que el sometimiento total es exigido para ser considerado parte del proceso de recuperación. Violeta describe esta dinámica, pero también la ha entendido como parte del proceso para la rehabilitación de las personas internas:

La terapia totalmente es un poco más brusca, más directa y se meten hasta en cierta forma con aquellas cosas personales de uno, pero nunca ha sido para dañarlos emocionalmente ni mucho menos humillarlos, simplemente es para hacerlos reaccionar de la situación de la que se encuentran. Yo ahorita lo veo así. Al principio yo todo lo distorsioné, lo vi así, todo lo vi mal, hasta lo de la señora esta que me mandaron a esa iglesia para transformarme en hombre. Todo lo vi mal, pero yo vi que fueron personas que colaboraron y de cierta forma me fueron dando esta visión que ahora tengo y que ahora veo. (Violeta, octubre, 2024)

Violeta nos explica cómo estas estrategias de violencia psicológica se utilizan para “despertar” a quienes ingresan:

Más en los anexos se trata de golpear más bien la mente de despertar al alcohólico porque ya está totalmente adormecido por la anestesia del alcohol y por lo regular se escucha más mentadas de madre, ¿Por qué? Para despertarlo, para que por lo menos, entre esa sensación de: ‘despierta, o sea, muévete, contéstame, respóndeme, aunque sea porque te estoy mentando la madre’, ¿no? Aunque sea por eso, ya aunque no quieras responder por tu enfermedad, pero por lo menos ponte al pedo, para que diga, que salga esa, eso que tenemos todos los seres humanos de defendernos, ¿no? Defendernos, que no nos ofendan, que no nos hagan daño, que no nos quieran maltratar psicológicamente. (Violeta, octubre, 2024)

Este testimonio deja ver cómo la violencia en los anexos se normaliza como un medio “necesario” para la recuperación, aunque en realidad estas prácticas perpetúan el abuso y la degradación de las personas usuarias. La normativa vigente que regula la operación de los centros de rehabilitación en México ha sido diseñada bajo un modelo cisnormativo y disciplinario que no toma en cuenta las experiencias y necesidades de las mujeres trans. Mientras estas condiciones persistan, la violencia dentro de estos espacios seguirá siendo una constante, perpetuando la exclusión y vulnerabilidad de quienes buscan apoyo para la dependencia de sustancias.

4.2. Experiencias de resistencia dentro de los centros de rehabilitación: el deseo manifestándose

La resistencia dentro de los centros de rehabilitación no sólo se traduce en enfrentamientos directos contra la violencia institucional, sino también en estrategias cotidianas de adaptación, solidaridad y construcción de comunidad. Hay que recordar que el motor principal por los cuáles las personas acuden voluntariamente a estos centros es por su **deseo de rehabilitarse** (Judd, 2026). Si bien, muchas personas —entre ellas algunas de nuestras interlocutoras— han sido anexadas sin su consentimiento, en estos espacios han encontrado herramientas que les han permitido continuar con sus vidas y mejorarlas para ellas y sus entornos. Para comprender estas experiencias, es importante nuevamente retomar el concepto de deseo que formula Eve Tuck 2009), quien propone alejarse de una mirada exclusivamente centrada en el daño y reconocer la

capacidad de las personas para generar agencia y construir alternativas de vida incluso dentro de contextos hostiles.

En este apartado valoramos que, a pesar de las condiciones de violencia en muchos centros, algunas mujeres trans han encontrado formas de reconocimiento y crecimiento personal dentro de estos espacios. Bromelia, por ejemplo, nos compartió que ella se sintió bien dentro de estos espacios, pues aparte de dejar de beber y consumir drogas, buscaba un lugar de pertenencia. Para muchas mujeres trans, la resistencia dentro de los centros de rehabilitación se materializa en la construcción de redes de apoyo entre pares, lo que les permite enfrentar el rechazo y la discriminación desde un lugar de comunidad y solidaridad. En el testimonio de Violeta, se visibiliza cómo la interacción con otras mujeres trans dentro de estas agrupaciones ha sido fundamental en su proceso de recuperación, pues antes de este proceso ella menciona que no tenía un lugar fijo donde vivir y ni amigas:

Entonces ahorita que estoy ahí, ya tengo casita y cuartito y todo así que llego a mi casita y digo, “¡ay, qué rico!”. Es bonito llegar y saber que tienes algo, tienes un dinerito, tienes una gente, tengo amigas. Ahí está la Bromelia, son unas de las amigas que tengo de AA. La Orquídea, que se ha convertido una de mis amigas... que las considero mejores amigas que las que tenía anteriormente, ¿no? De vicio, de alcohol que nada más le preocupaba para que yo les invitara, “¿y cuánto generaste Violeta?”, “la copa, la copa”. Pero ahorita, pues, ahorita nos dicen, “vámonos para acá y vámonos para allá”. Pues eso me ayuda un poquito. (Violeta, octubre, 2024)

Este tipo de redes son esenciales dentro de los sistemas de salud realmente existentes, un concepto que nos permite analizar cómo, más allá de las regulaciones formales, las personas que usan estos servicios desarrollan formas de acceso y apoyo propias (Zolla y Sánchez, 2010). A pesar de que los centros de rehabilitación pueden ser espacios de violencia, también son lugares donde las mujeres trans generan estrategias de resistencia para transformar su realidad y buscar la recuperación en sus propios términos. Otro elemento clave en la resistencia dentro de los centros de rehabilitación es la capacidad de las mujeres trans para reinterpretar sus experiencias y encontrar nuevas formas de significar su recuperación. Orquídea menciona cómo el programa de AA ha sido un espacio que le ha permitido encontrar un propósito más allá del consumo, pues,

para ella, la única estrategia efectiva para mantenerse en sobriedad ha sido su compromiso con los programas de AA. Ella nos compartió cómo ninguna otra alternativa le funcionó hasta que se involucró de lleno en el programa:

Ya estaba yo destruida, compañeras, a través de las drogas y el alcohol, ya estaba yo en la calle, abrazando la banqueta, ya no podía, ya no trabajaba, ya ni en el trabajo sexual me querían, porque ya me conocían que se me iba la cabra, obviamente no tomé agua bendita, ni me metí vitaminas, el alcohol y las drogas ya me dañaron a mí el cerebro. Ahí dicen, “Dios abrirá las puertas y yo clamé a Dios y le pedí que me ayudara”, pero yo decía, “Dios no, para mí no, porque Dios no quiere a los homosexuales y tú eres puto y tienes que pagar” ¿no? Pues le hago oraciones al demonio, al satanás y tampoco me funciona. Nada me ha funcionado compañeras, nada más que meterme de lleno al programa de AA y empezar a trabajar con los demás. (Orquídea, octubre, 2024)

Este tipo de redes son esenciales dentro de los sistemas de salud realmente existentes, un concepto que nos permite analizar cómo, más allá de las regulaciones formales, las personas que usan estos servicios desarrollan formas de acceso y apoyo propias (Zolla y Sánchez, 2010). En este sentido, el testimonio de Orquídea expone el modo en que esas redes de pares, en particular el programa de Alcohólicos Anónimos, operan como un espacio de reparación ante el colapso corporal y social provocado por la adicción: “ya estaba yo en la calle, abrazando la banqueta... el alcohol y las drogas ya me dañaron a mí el cerebro”, imagen que ilustra la erosión de sus capacidades básicas y de sus redes de sustento (Meyer, 2003). Asimismo, evidencia el estigma estructural asociado al consumo y a su condición trans y de trabajadora sexual, al ser rechazada incluso en sus espacios laborales. El relato también pone de relieve el conflicto identitario y la tensión entre la fe y la auto-condena, cuando Orquídea invoca a Dios y al demonio sin hallar alivio, reflejando la internalización de discursos religiosos homofóbicos que agravan el malestar psíquico (Meyer, 2003). Finalmente, cuando ella menciona que “meterme de lleno al programa de AA y empezar a trabajar con los demás”, Orquídea recupera un sentido de pertenencia y agencia que ninguna otra alternativa le había ofrecido, lo cual subraya el valor de la ayuda mutua y de las redes comunitarias para consolidar procesos de recuperación en sus propios términos (Katz y Bender, 1976). Además de la contención emocional y la construcción de comunidad, los centros de rehabilitación han sido espacios en los que

algunas mujeres trans han encontrado el reconocimiento de su identidad. Violeta describe cómo, dentro del programa, logró resignificar su identidad de género y afirmarse como una mujer trans única:

[Antes del programa] no quería yo vivir, quería yo morirme. Yo sentía que cada vez que tomaba un trago a lo mejor me iba a morir de alguna congestión alcohólica, de que algún día de estos voy a amanecer muerta. Realmente buscaba la muerte, a través de la bebida, yo quería morirme porque no aceptaba la vida que me había tocado como trans, o sea yo no aceptaba las condiciones físicas que yo tenía. Y a medida que estoy en el programa me he dado cuenta que soy una trans única y que no hay otra igual como yo, y que no habrá otra igual como yo: jacarandosa, sabrosona, pechugona, cintura de avispa, cachonda, rica, ¿verdad? Pero no ha sido fácil. Pero es la neta, la verdad no me siento acomplejada porque antes para vestirme también eso era un miedo, era un miedo horrible, “¡ay!, ¿cómo me van a ver?”. O ponerme un vestido cortito... era horrible eso. ¿Cómo me voy a poner un vestido cortito? Pero ahora en juicio sí me los pongo. (Violeta, octubre, 2024)

Las redes de apoyo dentro de los centros de rehabilitación no sólo funcionan como contención emocional, sino que también se convierten en espacios de lucha por el reconocimiento y la dignidad, como un espacio donde varias personas usuarias encuentran un sentido de identidad y reconocimiento. Además, la formación de redes de apoyo entre pares emerge como una estrategia de resistencia y supervivencia. La creación de espacios seguros y de pertenencia dentro de los centros de rehabilitación permite a estas mujeres enfrentar las adversidades y encontrar sentido en su proceso de recuperación. Esta dinámica de apoyo comunitario ha sido documentada como fundamental para la resiliencia en comunidades marginadas (Singh et al., 2011).

Finalmente, la resistencia dentro de los centros también ha implicado la lucha por el reconocimiento y la validación de sus identidades dentro de los espacios de recuperación. Estas experiencias muestran que, si bien los centros de rehabilitación han sido espacios de violencia y exclusión para muchas mujeres trans, también han sido escenarios en los que han desarrollado estrategias de resistencia, consolidado redes de apoyo y encontrado formas de reafirmar su identidad y su derecho a la recuperación. La existencia de estas experiencias sugiere que, a pesar de las deficiencias del sistema de

rehabilitación, hay elementos dentro de estos espacios que podrían reformarse y mejorarse para generar modelos más inclusivos y efectivos.

4.3. Hacia un modelo de rehabilitación incluyente

Para (re)pensar la rehabilitación desde un enfoque incluyente, es fundamental tomar en cuenta las experiencias y experticias de las mujeres trans que han transitado por estos espacios. Como señala el informe de la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones (RIOD) titulado “La reducción de daños en la intervención con drogas. Concepto y Buenas Prácticas”, un modelo efectivo de atención debe partir de las necesidades reales de la población a la que busca atender, integrando principios de reducción de daños, enfoque de género y accesibilidad trans-inclusiva. Este documento destaca la necesidad de aplicar un enfoque pragmático y humanitario orientado a disminuir los daños personales y sociales asociados al consumo de drogas, reconociendo la importancia de considerar las diferencias de género y promover la inclusión de poblaciones vulnerables en los servicios de atención (RIOD, 2019). Asimismo, el “Estudio Reducción de Daños en el Siglo XXI. Fase II”, de la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) enfatiza la visibilización y acompañamiento específico de la población LGTBIQ+, destacando la necesidad de incorporar un enfoque de género en servicios mixtos y no mixtos para garantizar una atención adecuada y respetuosa (Aranda Rodríguez et. al., 2023).

Las participantes de nuestro grupo focal sugieren que una reforma a la NOM-028-SSA2-2009 debería incluir la creación de espacios seguros y el reconocimiento explícito de la identidad de género de las personas internadas. Durante este espacio, Amapola se pregunta lo siguiente y nos compartió su respuesta:

¿Qué modificaríamos para poder hacer una buena actuación o protocolo de atención para la población LGBTI+ en anexos? Yo considero que es formar pares. Creo que formar pares crea una empatía totalmente para poder decir que se sienta cómoda la población, se sienta segura, se sienta cómoda. Aparte de sentirse en un lugar cómodo, pero realmente vivir las vivencias como lo dice la compañera, que hablemos de polímeros, hablemos de la calle, hablemos de la sexualidad, o sea, hablemos de ese contexto, pero en ese contexto de pares, ¿no? Que realmente eso es un modelo

que siempre se ha creado como de la consejería, como otros contextos, para poder llegar a sensibilizar, más que sensibilizar, sino que se vea un espejo, realmente un espejo realmente de que la empatía de poder llegar a hacer un buen trabajo. (Amapola, octubre, 2024)

Otras participantes plantean que más que crear centros exclusivos para mujeres trans, es fundamental capacitar a los profesionales y operadores de los centros ya existentes para que puedan brindar una atención adecuada y respetuosa. Bromelia enfatiza:

Yo en vez de hacer una clínica trans, digamos, implementaría en lo que ya está construido. Informar, reeducar a la gente como se ha hecho en las instituciones cuando no saben cómo tratarnos. (Bromelia, octubre, 2024)

En este sentido, el reconocimiento de la agencia y los saberes de las mujeres trans que han transitado por estos centros es crucial. Como señala Amapola, la construcción de modelos de rehabilitación debe considerar las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos en los espacios informales:

Siempre he pensado que los centros de rehabilitación deberían aprender de nosotras. Nosotras sabemos lo que funciona y lo que no. Hemos vivido esto, sabemos qué necesitamos y qué nos hace daño. Si van a hacer políticas públicas, deben incluirnos desde el inicio. (Amapola, octubre, 2024)

La importancia de contar con madrinas y referentes trans dentro de los centros de rehabilitación es un elemento clave que resuena en los testimonios de las participantes. Bromelia enfatiza la necesidad de que existan mujeres trans que puedan acompañar los procesos de recuperación de otras compañeras, garantizando espacios de apoyo y empatía dentro de los centros:

Yo sé que todavía falta mucho en AA porque si yo tuve que escuchar a otra trans. Yo escuchaba a los varones y a las mujeres y yo decía 'bendito dios que me compagino con él y con ella'. Pero yo necesitaba escuchar a alguien que me hablara de estar parada en una calle, ejerciendo el trabajo sexual sin comer. Yo tenía que escuchar a alguien que me hablara de 'yo también tuve problemas con los biopolímeros' y nadie hablaba de eso. (Bromelia, octubre, 2024)

4.4 Hacia una reforma de la NOM-028-SSA2-2009

A partir de las experiencias recopiladas en este estudio, se identifican algunas propuestas clave para reformar la NOM-028-SSA2-2009, con el objetivo de garantizar la inclusión de las mujeres trans trabajadoras sexuales en los programas de rehabilitación:

1. **Incorporar un enfoque de género y diversidad en la normativa:** la norma debe reconocer explícitamente la existencia de mujeres trans dentro de los centros de rehabilitación y establecer lineamientos específicos para garantizar su acceso seguro y digno a los servicios de tratamiento.
2. **Formación y sensibilización del personal:** se requiere la capacitación obligatoria del personal en temas de diversidad de género, derechos humanos y enfoques de reducción de daños para eliminar la discriminación dentro de los centros.
3. **Creación de espacios seguros y adaptados:** se deben diseñar áreas específicas dentro de los centros para garantizar la seguridad de las mujeres trans, evitando la segregación forzada y promoviendo entornos libres de violencia.
4. **Implementación de un modelo de pares:** basado en experiencias previas exitosas, se recomienda que mujeres trans con procesos avanzados de rehabilitación puedan desempeñar roles de acompañamiento dentro de los centros.
5. **Supervisión y regulación de centros de rehabilitación no institucionales:** muchos anexos operan sin supervisión ni protocolos claros de protección. La reforma a la norma debe establecer mecanismos para monitorear su funcionamiento y sancionar las prácticas abusivas.
6. **Acceso integral a salud y terapias hormonales:** como lo menciona Amapola en la discusión del grupo focal, la rehabilitación de mujeres trans no puede separarse de su bienestar integral, incluyendo el acceso a tratamientos hormonales, salud sexual y psicológica. En sus palabras: “Salud integral. Cuando hablamos del contexto integral, hablamos, por ejemplo, de los hombres trans, la ginecología, por ejemplo, de los hombres. Y las mujeres trans, las terapias hormonales, o sea, hay que, así como queremos que tengan buen servicio, es tener un contexto integral”.

Las voces de las mujeres trans trabajadoras sexuales en este estudio nos muestran que, a pesar de las violencias estructurales que han enfrentado, han encontrado formas de resistencia y solidaridad dentro de los centros de rehabilitación. Sin embargo, es fundamental que el Estado y las instituciones de salud reconozcan sus experiencias y trabajen en la creación de modelos de atención incluyentes que les permitan acceder a servicios de salud dignos, libres de violencia y con pleno respeto a sus identidades.

Capítulo V. Conclusión

5.1. Hallazgos principales: discriminación y deseos

A lo largo de esta investigación hemos identificado una serie de mecanismos de discriminación sistemática y violencia estructural que afectan la salud y la rehabilitación de las mujeres trans trabajadoras sexuales. La ética del deseo (Tuck, 2009), central en esta investigación, nos permite reconocer el deseo de estas mujeres más allá de la victimización, resaltando sus capacidades para construir comunidad y generar conocimiento que les permita avanzar en sus proyectos de recuperación. Estos hallazgos se pueden agrupar en los siguientes ejes de análisis que presentamos en los siguientes puntos.

Discriminaciones sistemáticas y violencias estructurales:

- I. **El riesgo de desarrollar una dependencia a sustancias psicoactivas en la población de mujeres trans trabajadoras sexuales:** por vivir discriminación en el ámbito laboral y educativo, muchas mujeres trans buscan trabajos en los pocos ámbitos en donde su presencia está normalizada, por ejemplo, en el trabajo sexual (Pons y Garosi, 2016). Estos espacios tienden a ser lugares en donde el consumo frecuente de sustancias está normalizado. Las experiencias de rechazo, discriminación y violencia crean las vulnerabilidades socioemocionales que, con varias sustancias psicoactivas al alcance, pueden ser factores de riesgo para generar una dependencia al consumo. Este análisis nos permite desmitificar la idea de que el consumo es un problema exclusivamente individual y nos lleva a pensar en sus determinantes socio-estructurales y comunitarios.
- II. **La violencia en los centros de rehabilitación:** las mujeres trans trabajadoras sexuales y de otras clases populares enfrentan barreras significativas en el acceso a servicios de salud, especialmente en el tratamiento de dependencias a sustancias psicoactivas. Las mujeres trans que ingresan a procesos de rehabilitación suelen enfrentar violencias múltiples, que van desde la negación de su identidad hasta agresiones físicas y sexuales. La estructura de muchos centros de rehabilitación clandestinos se basa en dinámicas de disciplina extrema, castigos y humillaciones como supuestos métodos de recuperación. Los testimonios recogidos evidencian que estos espacios no sólo fallan en garantizar una atención digna, sino que, en muchos casos, profundizan la exclusión y el daño psicoemocional de las personas usuarias. Sin embargo, son de las únicas opciones para tratar las dependencias a sustancias psicoactivas disponibles para las clases populares en el Valle de México y muchas otras partes del país (Judd, 2019).
- III. **La discriminación estructural en el acceso a la salud y la rehabilitación:** La falta de reconocimiento de las identidades trans dentro de los centros de rehabilitación, la imposición de normas cisnormativas y la violencia ejercida por parte del personal y

otras personas internas, han generado espacios hostiles para su recuperación. En muchos anexos, a las mujeres trans se les niega el derecho a ser nombradas por su identidad de género, se les impone vestimenta masculina y se les expone a agresiones y humillaciones constantes. Aparte, en muchos anexos, hay pocas personas con la sensibilización y conocimiento sobre las experiencias de mujeres trans y personas trabajadoras sexuales, lo cual también constituye un desafío en sus procesos de recuperación.

Deseos y acciones frente a las circunstancias:

- I. El consumo de sustancias en esta población no puede entenderse únicamente desde una lógica patologizante o desde el paradigma de la desviación (Becker, 2014). Como lo evidencian los testimonios de las participantes, el consumo de alcohol y drogas responde a una multiplicidad de factores: la necesidad de lidiar con la discriminación y la violencia, el deseo de encajar en espacios de socialización trans, la automedicación ante la disforia de género y la necesidad de sobrellevar las condiciones laborales del trabajo sexual, entre otros. En particular, la inserción de mujeres trans a espacios recreativos como fiestas y espacios laborales como el trabajo sexual les ayudan a satisfacer tanto a la necesidad de sostenerse económicamente en un mercado laboral lleno de discriminación, como a la necesidad de sentirse abrazadas, afirmadas y acompañadas en su proceso de desempeño de su identidad de género. La decisión de varias de nuestras interlocutoras de dejar de ejercer el trabajo sexual para poder mantenerse sobrias señala la necesidad de brindar recursos a estas poblaciones para buscar alternativas económicas y sociales en donde sus identidades pueden ser afirmadas.
- II. Por una parte, el hecho que de las compañeras acudan a anexos —ya que todas nuestras interlocutoras, a excepción de una, siempre entraron por voluntad propia— muestra el deseo de varias compañeras de recuperarse de sus dependencias a sustancias psicoemocionales. Dado que los anexos son de los pocos recursos que tienen las clases populares, acudir a ellos habla de un deseo de dejar de consumir para no perder sus vidas —así sea en un sentido literal de perder la vida o en un sentido más metafórico de perder su proyecto de vida, sus vínculos, su estabilidad emocional y económica, etc—. Esta situación evidencia la necesidad de crear otros espacios que pueden acompañar a las personas en sus procesos de recuperación en donde no tienen que pagar el precio de una violación a sus derechos humanos en cambio de estos servicios.
- III. Frente a las prácticas de discriminación que viven por ser mujeres trans en los centros de rehabilitación, las compañeras interlocutoras han generado una serie de estrategias para adaptarse y transformar estas condiciones. Algunas enfrentaron estas dinámicas con la firme decisión de enfocarse en sus procesos y no dejar que las actitudes de rechazo e indiferencia les desviara de sus caminos hacia la recuperación. Pero, para que el rechazo que vivieron en espacios de rehabilitación no destruyera su proyecto personal de rehabilitarse, necesitaban a personas que entendieran su experiencia de vida como mujeres trans trabajadoras sexuales. En otras palabras, las mujeres trans desean y necesitan comprensión y pertenencia para poder avanzar en sus procesos de rehabilitación. Por otra parte, las mujeres trans trabajadoras sexuales han desarrollado estrategias de resistencia dentro de los centros de rehabilitación. Desde la formación de redes de apoyo hasta la exigencia de espacios propios dentro de estos centros, los testimonios recogidos

muestran cómo estas mujeres han transformado sus condiciones de vida a través de la organización colectiva. Con la autoridad que adquieren por pasar por los procesos de recuperación a lo largo de los años, han ido consiguiendo el poder para hacer cambios, como Floripondio, que promueve que mujeres trans utilicen el baño que corresponde a su identidad de género. Además, al estar dispersadas en diferentes grupos, buscan amadrinar a otras mujeres trans para acompañarles en sus procesos y darles una atención sensibilizada en temas de género y el trabajo sexual.

5.2. Recomendaciones

Las recomendaciones que planteamos en el Capítulo 3 recalcaron la importancia de intervenciones —ya sea con un enfoque de la reducción de daños o de la abstinencias— que buscan fomentar comunidad entre personas trans y fomentar herramientas de vida (tanto psicosociales como laborales) para abordar el problema de consumo de sustancias de manera integral, reconociendo que está entrelazada con otras problemáticas dentro de comunidades trans femeninas: como temas de salud mental (como el suicidio), la discriminación, la violencia y las prácticas de riesgo de transmisión del VIH. De manera concreta, proponemos lo siguiente:

1. Talleres e información sobre la reducción de daños en espacios de reunión de personas trans.
2. Espacios sobrios de convivencia y de acceso a información sobre servicios de rehabilitación para la población trans.
3. Grupos de pares para mujeres trans que se enfoquen en temas del consumo de sustancias y otras actividades de riesgo de VIH. Se sugiere la implementación de un modelo de pares: basado en experiencias previas exitosas, se recomienda que mujeres trans con procesos avanzados de rehabilitación puedan desempeñar roles de acompañamiento dentro de los centros.
4. Incorporar un enfoque de género y diversidad en la normativa: la urgente reforma a la NOM-028-SSA2-2009 debe reconocer explícitamente la existencia de mujeres trans dentro de los centros de rehabilitación y establecer lineamientos específicos para garantizar su acceso seguro y digno a los servicios de tratamiento.

5. Formación y sensibilización del personal: se requiere la capacitación obligatoria del personal en temas de diversidad de género, derechos humanos y enfoques de reducción de daños para eliminar la discriminación dentro de los centros.
6. Creación de espacios seguros y adaptados: se deben diseñar áreas específicas dentro de los centros para garantizar la seguridad de las mujeres trans, evitando la segregación forzada y promoviendo entornos libres de violencia.
7. Supervisión y regulación de centros de rehabilitación no gubernamentales: muchos anexos operan sin supervisión ni protocolos claros de protección. La reforma a la norma debe establecer mecanismos para monitorear su funcionamiento, sancionar las prácticas abusivas y restaurar los daños que pudieron haber ocasionado, tanto a las personas usuarias como a sus redes.
8. Acceso integral a salud y terapias hormonales: como lo menciona Amapola en la discusión del grupo focal, la rehabilitación de mujeres trans no puede separarse de su bienestar integral, incluyendo el acceso a tratamientos hormonales, salud sexual y psicológica.

5.3. Hallazgos adicionales e inesperados

Además de los hallazgos principales que articulamos y desarrollamos junto con recomendaciones en los capítulos 3 y 4, identificamos dos resultados adicionales que consideramos especialmente relevantes para nuestro objetivo de formular propuestas en materia de políticas públicas y acción comunitaria orientadas a la prevención y atención de las dependencias a sustancias psicoactivas en mujeres trans trabajadoras sexuales, desde un enfoque libre de discriminación.

El primer hallazgo adicional que nos parece relevante presentar tiene que ver con **ampliar la visión de políticas públicas en el marco de la reducción de daños**. Proponemos abrir el panorama no sólo a la despenalización del consumo de sustancias psicoactivas, sino también al consumo y el ejercicio del trabajo sexual como una intervención de políticas públicas que puede mejorar la salud pública. La criminalización también expone a poblaciones a estrés que puede empeorar su uso de sustancias. Además, las

condiciones de clandestinidad y estigma generadas por la criminalización constituyen barreras significativas para el acceso a un tratamiento digno. En particular, tres de nuestras interlocutoras —Orquídea, Floripondio y Dalia— reflexionaron sobre los contextos de violencia que enfrentaban las mujeres trans trabajadoras sexuales en la Ciudad de México durante los años noventa y en décadas anteriores. Desde sus experiencias, identifican cómo la criminalización del trabajo sexual en ese periodo intensificaba la violencia institucional y social. Asimismo, señalaron que, en comparación con el presente, recuerdan mayores niveles de transfeminicidios y discriminación, tanto en el ámbito laboral como en los servicios de salud, especialmente hacia compañeras mayores de 35 años. En palabras de Orquídea:

Desde la primera vez que yo empecé a consumir, yo siempre fui una bebedora fuerte, yo nunca fui una bebedora social, yo fui fuerte y era ponerme hasta la madre, primero que nada, para darme valor, porque a mí el alcohol no me gustó ni el sabor, me gustaba el efecto. En segundo lugar, pues en ese entonces se vivía el rechazo de la misma comunidad trans, las mismas trans pues como te veían nueva y eso, te metían unas reputizas. Te tenías que dar valor para romperte la madre o sea, no nada más la familia nos rompía la madre ni la cuestión de la policía —las redadas—, sino también entre nosotras. Siempre como que salía más para ver quién es la madrota, o la mamá, quién pegaba más... (Orquídea, octubre, 2024)

Aquí, Orquídea demuestra cómo la violencia policial motivada por una política pública que criminaliza a las trabajadoras sexuales formó parte de un continuum de violencias que abonó a los factores de estrés que normalizaba o incluso generaba la necesidad del consumo frecuente de sustancias. En la CDMX, esta es una cuestión histórica, ya que apenas se despenalizó el trabajo sexual en el sexenio pasado a nivel estatal (Torres, 2023).

El segundo hallazgo adicional que encontramos es algo que nos sorprendió como investigadoras: nuestras interlocutoras no identificaron discriminación que vivieron exclusivamente por ser trabajadoras sexuales en los centros de rehabilitación. Suponemos que este hecho deberse a lo siguiente. Por un lado, puede ser que haya una normalización del ejercicio de trabajo sexual y la prestación de servicios sexuales dentro de la población en los anexos y los grupos de 12 pasos. Por otra parte, podría ser que

para las mujeres trans que participaron, no hay una diferencia tan clara entre la discriminación por ejercer el trabajo sexual y la discriminación por ser mujeres trans, ya que muchas mujeres trans ejercen el trabajo sexual y muchas han vivido una asociación cultural que considera ser trabajadora sexual un destino inevitable de vivir abiertamente como una mujer trans. Finalmente, el estigma asociado a infringir los mandatos de género es tan poderoso que, en comparación, transgredir otros mandatos morales o sexuales —como aquellos que recaen sobre el trabajo sexual— deja de percibirse como algo verdaderamente escandaloso. . Vimos también que no siempre se aplica el mismo nivel de prejuicio al trabajo sexual que al ser una mujer trans. Por ejemplo, en el caso del universo moral de la familia sanguínea de Violeta, le dijeron explícitamente que hubiera sido peor, o sea que les hubiera dado más vergüenza, si ella se vistiera de mujer a que se ejerciera el trabajo sexual.

5.4. Implicaciones teóricas y metodológicas

Este trabajo contribuye a los debates en torno a género el consumo de sustancias y al trabajo sexual desde varias perspectivas:

- I. **Aportes a los estudios de género y drogas:** al centrarse en las experiencias de mujeres trans trabajadoras sexuales consumidoras de sustancias. Esta investigación amplía el debate sobre feminismos y consumos, desafiando los enfoques tradicionales que tiene el efecto de patologizar el uso de drogas en poblaciones marginalizadas. En lugar de una visión exclusivamente basada en el daño, proponemos un marco que reconoce el consumo dentro de dinámicas de placer, agencia y estrategias de sobrevivencia, lo cual nos permite evaluar los efectos del consumo y la dependencia de sustancias psicoactivas sin ponerle un valor de juicio.
- II. **Investigación basada en el deseo:** siguiendo a Eve Tuck (2009), hemos desarrollado un marco ético-epistémico que evita reducir las experiencias de las mujeres trans a narrativas de sufrimiento. En lugar de centrarnos sólo en la violencia y el daño, hemos priorizado sus estrategias de resistencia, sus deseos y sus formas de construir conocimiento desde sus propias realidades. De esta forma, la presente investigación pretende formular sus recomendaciones en materia de política pública y acción comunitaria basada en los conocimientos y las vivencias de las compañeras que participaron como nuestras interlocutoras para el estudio. En lugar de hacer un diagnóstico de las problemáticas y una formulación de propuestas de intervención para ellas sólo a través de una extracción de narrativas de daño, optamos por poner los deseos, la sabiduría, las contradicciones, y las emociones de nuestras interlocutoras al centro de este proceso.

- III. **La plática de chavas como metodología:** la metodología utilizada, basada en encuentros de diálogo horizontal entre pares no sólo permitió la recopilación de testimonios, sino que se convirtió en un espacio de contención y fortalecimiento comunitario. Este hallazgo refuerza la importancia de generar metodologías que no sólo “recojan” datos —como si fueran meros “objetos”—, sino que también contribuyan a la dignificación y el empoderamiento de las participantes. La ética del deseo y del cuidado en la construcción de la plática de chavas no solamente sirvió como un espacio de empoderamiento y de tejer comunidad entre las interlocutoras, sino también para las facilitadoras en la presente investigación. Por lo tanto nos consideramos tanto participantes como beneficiarias del presente estudio.

5.5 Limitaciones del estudio

Recalcamos tres limitaciones principales en el alcance del presente estudio. En primer lugar, el hecho de que 7 de las 8 interlocutoras tuvieron éxito en los programas de 12 pasos —principalmente en Alcohólicos Anónimos— genera un gran sesgo para el estudio. Reconocemos que este sesgo era resultado de nuestro modo de reclutar participantes a través del método de bola de nieve. En cuanto a la parte ética, consideramos que abrir una conversación sobre temas delicados en sus historias de vida, era mejor hablar con compañeras que ya cuentan con una red de apoyo que les puede dar contención emocional después del grupo focal. Aun así, consideramos que este perfil significa que nuestras interlocutoras posiblemente tuvieron el apoyo para poder superar o lidiar con sus experiencias de discriminación y violencia para poder mantener su sobriedad por años. Nos falta la perspectiva —y de esa forma recuperar las necesidades y los deseos— de más personas que no tuvieron este apoyo, por lo menos dentro del sistema de grupos de 12 pasos.

En segundo lugar, en la literatura, la mayoría de las investigaciones sobre comportamientos de riesgo de transmisión de VIH —lo cual incluye el consumo de sustancias psicoactivas —sólo estudian a mujeres trans y no a otras poblaciones dentro de la comunidad trans (Rich et al., 2020). Repetimos este patrón de hiper-visualizar a las mujeres trans y travestis, e invisibilizar a las personas trans masculinas, no-binarias y personas de géneros no-binarios pre-coloniales³⁷. Este estudio no busca representar

³⁷ En diversos pueblos originarios de Abya Yala y otras regiones del mundo, existen identidades y roles de género que no responden a la división binaria entre “hombre” y “mujer” impuesta por la modernidad colonial. Estas personas, a las que hoy se reconoce como géneros no-binarios precoloniales, encarnan

todas las personas que conforman la diversidad de género, ni tampoco a todas las mujeres trans ya que no todas han ejercido el trabajo sexual. Al no contemplar las perspectivas del personal de los anexos y otros espacios que brindan atención en el tema de dependencias a sustancias psicoactivas, nuestra mirada sobre los motivos detrás de y las prácticas sistemáticas de discriminación contra la población en cuestión está limitada.

Finalmente, con esta investigación pretendemos abonar a las discusiones ya existentes —aunque escasas— sobre estas problemáticas e iniciar nuevas. Esperamos que este texto sirva como “semilla” para poder supervisar y hacer valer la política pública existente, pero también adecuar y construir nueva. Pues sólo mediante la colaboración de varixs —y desde diversos lugares de enunciación—, y apostando por un ejercicio de pensamiento colectivo, podremos arribar a resultados verdaderamente distintos.

formas de ser y de habitar el cuerpo que integran dimensiones espirituales, sociales y comunitarias. En el Istmo de Tehuantepec, por ejemplo, los muxe forman parte activa de la vida social zapoteca; en las naciones indígenas de Norteamérica, las personas Two-Spirit articulan espiritualidad y resistencia; mientras que en los Andes, el principio chachawarmi expresa una complementariedad relacional más allá de la lógica binaria. A pesar de siglos de represión colonial, estas expresiones continúan existiendo y transformándose, desafiando las categorías occidentales del género y evidenciando la persistencia de epistemologías propias (Lugones, 2008; Driskill, 2010).

Semblanza de las personas autoras

Michelle Judd de la Luz (Ella)

Es socióloga y tiene una Maestría en Estudios de Género por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ha sido profesora en la UNAM y en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), donde también ha impartido clases en el programa PESKER para personas privadas de la libertad. Cuenta con más de diez años de experiencia en investigación etnográfica en contextos de violencia, particularmente en centros no regulados para personas con consumo problemático de sustancias. Dirigió la investigación Reflexiones desde el deseo: estrategias para enfrentar la discriminación y las dependencias a sustancias psicoactivas en mujeres trans trabajadoras sexuales en COPRED centrada en las experiencias de discriminación y resistencia en el acceso a servicios de salud. Su trabajo articula los campos de derechos humanos, salud, consumo de drogas y justicia social desde un enfoque transfeminista, situado y ético. Ha presentado su trabajo en espacios académicos y de incidencia política, tanto a nivel nacional como internacional.

Giovanna Francesca D'Ambrosio

Orgullosamente una mujer trans, Giovanna Francesca (ella) es de origen italo-estadounidense. Es Maestra en Estudios de Género (con un enfoque en políticas públicas y violencia de género) por la Universidad Nacional Autónoma de México; cursó la licenciatura en sociología y estudios americanos (estadounidenses) en la Universidad de California, Berkeley. Es profesora de asignatura de género y (bio)ética en la Facultad de Ciencias en Ciudad Universitaria.

Fuentes consultadas

- Administración Pública del Distrito Federal (2015). Acuerdo de ciudad amigable LGBTTTI+. Gaceta Oficial de Distrito Federal. Recuperado de: https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/acuerdo_ciudad_amigable_lgbttti.pdf
- Aguilar Cavallo, Gonzalo Javier. (2024). "Los desafíos de la discriminación estructural y la reparación correctiva en el siglo XXI", Estudios Constitucionales, núm. 22, pp. 1–9.
- Ahmed, Sara. (2015). La política cultural de las emociones. México: PUEG-UNAM.
- Alfonsín, Josefina; Contreras Ruvalcaba, Gerardo; Cuevas, Kenya; García Castro, Teresa; Santos, María, y Vera Morales, Ari. (2020). "Mujeres trans privadas de la libertad: la invisibilidad tras los muros". Córpore en Libertad, WOLA y otrxs.
- Alianza por la Diversidad e Inclusión Laboral ADIL. (2018). Encuesta Diversidad y Talento LGBTI+ en México. Recuperado de <https://adilmexico.com/wp-content/uploads/2018/08/ResultadosEncuestaDivyTalLGBTI+ADIL2018-1.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Antebi-Gruszka, Nadav; Cain, Demetria; Millar, Brett. M., Parsons, Jeffrey T., y Rendina, Jonathon H. (2022). "Stress-related growth among transgender women: Measurement, correlates, and insights for clinical interventions", Journal of Homosexuality, vol. 69, núm. 1, pp. 1679-1702.
- Aranda Rodríguez, Ester; Altell, Gemma; Lago Porredon, Anna; García Folk, Elisabet; Marín Reche, Elisabet; Rodríguez Bruña, Garazi; Rovira Guardiola, Josep; Salvadó Sánchez, Josep Lluís; Sonadellas Aragües, Marina; Escolano Vega, Marta; Soria Carrasco, Paula; Ortiz Moreno, Sonia y Fernández Mosqueda Zoe. (2023). Reducción de daños en el siglo XXI. Fase II Diagnóstico. Nuevas Estrategias de Reducción de Daños. Recuperado de https://www.unad.org/wp-content/uploads/2024/05/UNAD_Reducccion-de-Danos-en-el-Siglo-XXI_Fase-II_digital.pdf

- Astorga Almanza, Luis Alejandro. (2003). Drogas sin frontera. México: DeBolsillo.
- Astorga Almanza, Luis Alejandro. (2012). El siglo de las drogas: El narcotráfico, del Porfiriato al nuevo milenio, México: DEBOLSILLO editorial. Penguin Random House Grupo Editorial.
- ATTIC Network. (2023). Reducción de daños: Guía de intervención y principios clave. Recuperado de: <https://attcnetwork.org/wp-content/uploads/2023/09/Reduccion-de-Danos-Modulo-espanol2.pdf>
- Baruch, Ricardo. (2015). "Reporte de resultados de la Encuesta sobre uso de drogas en población LGBTI en México 2015". Espolea A.C.
<https://idpc.net/es/publications/2015/10/reporte-de-resultados-de-la-encuesta-sobre-uso-de-drogas-en-poblacion-lgbtien-mexico-2015>
- Becker, Howard. (2014). Outsiders: Hacia una sociología de la desviación. México: Siglo XXI Editores.
- Blanco, Tomás. (2019). La situación de acceso a derechos de las personas trans en México: problemáticas y propuestas. México: Embajada de los Estados Unidos de América en México.
- Burgos García, Ana. (2020). Miradas feministas: Guía breve para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de drogas. Barcelona: Drogas&Género. Recuperado de: https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Libroto_DrogasGenero_Malva_2020.pdf
- Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH). (2015). "Aniquilar la Diferencia. Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano". Centro Nacional de Memoria Histórica. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n14.76517>
- Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH. (2015). Aniquilar la Diferencia. Lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en el marco del conflicto armado colombiano. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica. Recuperado de <https://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2015/aniquilar-la-diferencia/aniquilar-la-diferencia.pdf>
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal CDHDF. (2008). Informe especial sobre violaciones a los derechos humanos por orientación o preferencia sexual e identidad o expresión de género en el Distrito Federal 2007-2008. Recuperado de <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-LGBTI+ti.pdf>

- Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas y Fundación Arcoíris por el respeto a la diversidad sexual A.C. CEAV. (2018). Diagnóstico Nacional sobre la discriminación hacia las personas LGBTI+I en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/ceav/documentos/diagnostico-nacional-sobre-la-discriminacion-hacia-personas-LGBTI+i-en-mexico>
- Connolly, D. J., Thayne, B., Bayliss, J., Hughes, X., Holloway, Z., O'Callaghan, S., & Davies, E. (2024). "Transgender and non-binary people's experiences with alcohol reduction in the UK: A cross-sectional study", Journal of substance use and addiction treatment, núm. 158.
- Connolly, Decano J., Thayne, Beth; Bayliss, Jacob; Hughes, Xan; Holloway, Zhi; O'Callaghan, Stewart y Davies, Emma. (2024). "Transgender and non-binary people's experiences with alcohol reduction in the UK: A cross-sectional study", Journal of substance use and addiction treatment, núm. 158.
- Consejo Nacional para prevenir la Discriminación CONAPRED. (2011). Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010. Recuperado de <https://sindis.conapred.gob.mx/investigaciones/encuesta-nacional-sobre-discriminacion-enadis-2010-resultados-generales-national-survey-on-discrimination-in-mexico-overall-results/>
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México COPRED. (2020). Informe impactos diferenciados por COVID-19: Diálogos con organizaciones de la sociedad civil. Recuperado de <https://copred.cdmx.gob.mx/storage/app/media/informe-impactos-diferenciados-por-covid19-dialogos-con-organizaciones-de-la-sociedad-civil.pdf>
- Constant, Chloé. (2022). "Ley interna y violencia transfóbica en una cárcel mexicana." En Núñez Rebolledo L. (coordinadora), Feminismos, Justicia y Derechos Frente al Neoliberalismo: Aportes para la Reflexión Crítica pp. (255-286). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- D'Ambrosio, Giovanna (2025). "Puberty Blockers: A Comprehensive Introduction for Gender Diverse Adolescents". Gender Confirmation Center. R
- D'Ambrosio, Giovanna. (2026). Más allá de las necronarrativas: los deseos ante la violencia transfeminicida sobrevivida por trabajadoras sexuales (Tesis de Maestría en Estudios de Género, por publicar). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

- Departamento de Salubridad Pública. (1926). Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. (8 de junio de 1926). Pp. 579-599. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=190512&pagina=3&seccion=1
- Díez López, Laín y Ruiz de Azúa García, Sonia. (2022). Consumo de drogas y salud mental en el colectivo LGBTI+IQ+ (Tesis de Grado en Medicina). Universidad del País Vasco, España.
- Dimova, Elena D., O'Brien, Rosaleen; Elliott, Lawrie; Frankis, Jaime; y Emslie, Carol. (2022). "Exploring the experiences of alcohol service use among LGBTI+Q+ people in Scotland: a qualitative study", International Journal of Drug Policy, vol. 109.
- Driskill, Qwo-Li. (2010). Doubleweaving Two-Spirit Critiques: Building Alliances between Native and Queer Studies. GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies, 16(1–2), 69–92. Recuperado de: https://www.joycerain.com/uploads/2/3/2/0/23207256/double_weave.pdf
- Elementa DDHH. (2024). "Radiografía de la prohibición: Política de drogas en México 2018-2024". Recuperado de: https://elementaddhh.org/wp-content/uploads/2024/04/RadiografiaDeLaProhibicion_ElementaDDHH.pdf
- Falcón Meneses, Carmen. (2010). "Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución", Revista Española de Drogodependencias, núm. 35, pp. 329-344.
- Flores Martínez, Rosa Isela. (2019). El Hospital Federal para toxicómanos en el Manicomio La Castañeda, 1935–1948 (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/el-hospital-federal-para-toxicomanos-en-el-manicomio-la-castaneda-1935-1948-3488768>
- Fricker, Miranda. (2017). Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing. Oxford: Oxford University Press.
- Garcia, Angela y Anderson, Brian. (2016). "Violence, addiction, recovery: An anthropological study of Mexico's anexos", Transcultural Psychiatry, vol. 53 núm. 4, pp. 445–464. Recuperado de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5531188/>
- Glynn, Tiffany R., y van den Berg Jacob J. (2017). "A systematic review of interventions to reduce problematic substance use among transgender individuals: A call to action", Transgender health, vol. 2 num. 1, pp. 45-59.

- Gómez Herrera, Fernanda Abigail. (2023). Análisis socioeconómico del acceso a la salud de la población trans* en México: una aproximación desde los Determinantes Sociales de la Salud. (Tesis en Especialidad en el Género en la Economía). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Granados Cosme, José Arturo; Hernández Ramírez, Pedro Alberto y Olvera Muñoz, Omar Alejandro. (2017). "Performatividad del género, medicalización y salud en mujeres transexuales en Ciudad de México", Salud colectiva, vol. 13, núm 14, pp. 633-646.
- Granados Cosme, José Arturo. (2022). "La investigación sobre discriminación a LGBTI+ en la atención médica." Divulgare Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan 9, núm. 17, pp: 10-16.
- Haraway, Donna. (2023). Mujeres, simios y cíborgs: La reinención de la naturaleza en Torres Sbardati, H. (traducción). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Heck, Nicholas C., Livingston, Nicholas. A., Flentje, Annesa; Oost, Kathryn; Stewart, Brandon T., y Cochran, Bryan N. (2014). "Reducing risk for illicit drug use and prescription drug misuse: High school gay-straight alliances and lesbian, gay, bisexual, and transgender youth", Addictive behaviors, núm. 39, pp. 824-828.
- Herbst, Jeffrey; Jacobs, Elizabeth D., Finlayson, Teresa J., McKleroy, Vel S., Spink Neumann, Mary; Crepaz, Nicole; y HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Team. (2008). "Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review." AIDS and Behavior, núm. 12, pp. 1-17.
- Hernández-Valles, Jonathan, y Armando Arredondo-López. (2020). "Barreras de Acceso a Los Servicios de Salud En La Comunidad Transgénero y Transexual." Horizonte Sanitario, núm. 19 (1), pp. 19–25. Recuperado de: <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3279>.
- Hoffman, Jan. (4 de septiembre de 2024). ¿Se pueden pensar la adicción como algo distinto a una enfermedad crónica? The New York Times en Español. Recuperado de <https://www.nytimes.com/es/2024/09/04/espanol/ciencia-y-tecnologia/adiccion-drogas-tratamiento.html>
- Howansky, Kristina; Wittlin, Natalie; Bonagura, Darla; y Cole, Shana. (2021). "Him, her, them, or none: misgendering and degendering of transgender individuals", Psychology & Sexuality, vol. 13, núm. 4, pp. 1026–1040. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19419899.2021.1978529>

- Hoyos-Hernández, Paula Andrea; Carreño Uribe, Angie Vanessa; Soto Díaz, Luz Adriana y Valderrama, Laura Juliana. (2023). "Bienestar en mujeres trans: aproximaciones desde las trayectorias ocupacionales de profesionales de la salud", Saúde e Sociedade, vol. 32, núm. 4.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2021). Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/endiseg/2021/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2022). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina INDEC. (2012). Primera Encuesta sobre Población trans 2012: travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans. Recuperado de https://www.indec.gob.ar/micro_sitios/WebEncuestaTrans/pp_encuesta_trans_set_2012.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz & Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT 2016). Repositorio de encuestas. Recuperado de: <https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/>
- Instituto Nacional de Salud Pública INSP. (2015). Reporte de resultados de la encuesta sobre uso de drogas en población LGBTI+I en México 2015. International Drug Policy Consortium. Recuperado de <https://idpc.net/es/publications/2015/10/reporte-de-resultados-de-la-encuesta-sobre-uso-de-drogas-en-poblacion-LGBTI+ien-mexico-2015>
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones IAPA. (2020). Encuesta sobre uso de drogas en población LGBTI+ del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en 2020. Recuperado de <http://cms.oeiapa.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Encuestas/resultados-de-la-encuesta-sobre-adicciones-en-la-comunidad-LGBTI+tti.pdf>
- Jiménez, Luz del Carmen. (2018). "Una aproximación genealógica al discurso de la trata sexual de mujeres en México", en Lamas M. (coordinadora), Comercio sexual y discurso sobre trata en México, (pp. 81-106), Ciudad Universitaria México: Centro de Investigaciones y Estudios de Género UNAM.

- Johns, M. Johns; Lowry, Richard; Andrzejewski, Jack; Barrios, Lisa C., Demissie, Zewditu; McManus, Timothy; Raspberry, Catherine N., Robin, Leah y Underwood, Michael J. (2019). "Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students – 19 states and large urban school districts, 2017", Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR, vol. 68, núm. 3, pp. 67–71. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6803a3.htm>
- Johnson, Austin H. y Rogers, Baker A. (2020). "'We're the normal ones here': community involvement, peer support, and transgender mental health." Sociological Inquiry, vol. 90, núm. 2, pp. 271-292.
- Judd de la Luz, Michelle. (2019). Enfermas sin cura: Una mirada sociológica de la experiencia femenina en un anexo. (Tesis de Licenciatura en Sociología). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Judd de la Luz, Michelle. (2026). Ingobernables: experiencias de rehabilitación en mujeres que han estado en anexos. Aproximaciones feministas desde la fenomenología y los nuevos materialismos feministas. (Tesis de Maestría en Estudios de Género por publicar). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Katz-Wise, S. L., Rosario, M., y Tsappis, M. (2016). Lesbian, gay, bisexual, and Transgender Youth and family acceptance. Pediatric Clinics of North America, núm 63, pp. 1011–1025.
- Katz-Wise, S. L., Sarda, V., Austin, S. B., y Harris, S. K. (2021). "Longitudinal effects of gender minority stressors on substance use and related risk and protective factors among gender minority adolescents". PloS one. Recuperado de: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250500>
- Katz, Alfred H. y Bender, Eugene. (1976). "Self-help groups in Western society: History and prospects", The Journal of Applied Behavioral Science, vol. 12, núm. 3, pp. 265–282. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/002188637601200302>
- Keane, Helen. (2002). What's Wrong with Addiction? New York: New York University Press.
- Kempadoo, Kamala. (2012). "Introduction. Abolitionism, Criminal Justice, and Transnational Feminism: Twenty-First-Century Perspectives on Human Trafficking", Trafficking and Prostitution Reconsidered: New Perspectives on Migration, Sex Work, and Human Rights, pp. 7-13. Nueva York: Taylor & Francis.

- Kershenovich, David. (2010). "Alcohol y alcoholismo: Definiciones actuales, mecanismos de daño y tratamiento clínico", Revista de Gastroenterología de México, vol. 75, núm S2, pp. 177–178. Recuperado de <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-alcohol-alcoholismo-definiciones-actuales-mecanismos-articulo-X0375090610873913>
- Keuroghlian, Alex S., Reisner, Sari L., White, Jaclyn M. y Weiss, Ruger D. (2015). "Substance use and treatment of substance use disorders in a community sample of transgender adults", Drug and alcohol dependence, núm. 152, pp. 139-146.
- King, Wesley M., Gamarel, Kristi E., Iwamoto, Mariko; Suico, Sabrina; Nemoto, Tooru y Operario, Don. (2023). "Structural needs, substance use, and mental health among transgender and nonbinary young adults in the San Francisco Bay Area: findings from the phoenix study", Journal of Urban Health, vol. 100, núm. 1, pp. 190-203.
- Kudlick, C. J. (2003). "Disability History: Why We Need Another 'Other'." American Historical Review.
- Lamas, Marta (1993). "El Fulgor De La Noche: Algunos Aspectos De La Prostitución Callejera En La Ciudad De México", Debate Feminista, núm 8, pp. 103-134.
- Lamas, Marta. (2017). "El Fulgor de la Noche", El comercio sexual en las calles de la Ciudad de México. Ciudad de México: Océano.
- Lugones, María. (2008). Colonialidad y género. Tabula Rasa. 9(73-101). Recuperado de: <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
- Mejía, Alfredo, y Benavides, Luisa Fernanda. (2008). Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá DC. Colombia: Secretaría de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Mendoza, Raúl. (27 de agosto de 2024). Secretaría de Bienestar Dará Atención a trabajadores sexuales en CDMX, Heraldo de México. Recuperado de <https://heraldodemexico.com.mx/edicion-impres/2024/8/27/secretaria-de-bienestar-dara-atencion-trabajadores-sexuales-en-cdmx-632916.html>
- Menéndez, Eduardo L. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1, pp. 185–207. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>

Meyer, Ilan H. (2003). "Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence", Psychological Bulletin, vol. 129, núm. 5, pp. 674–697. Recuperado de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2072932/>

Meyer, Ilan H., y Frost, David M. (2012). "Minority stress and the health of sexual minorities", en Patterson, C.J. y D'Augelli (editores), Handbook of Psychology and Sexual Orientation (252–266).

Molina-Sánchez, Carlos; Echeberría, Ana María; Rovira, Josep; Betancur, Juan Carlos; Valverde, Rocío Meroño, Merce; Escolano, Marta y Hansen, Gisela. (2025). Reducción del daño desde la perspectiva de género. Red Iberoamericana de ONG Que Trabajan Con Drogas (RIOD).

Namaste, Viviane. (2000). Invisible lives: The erasure of transsexual and transgendered people. Chicago: University of Chicago Press.

Nemoto, Tohru; Iwamoto, Mariko; Eilkhani, Elnaz; Quamina, Alvan; Hernandez, Armando; Bynes, Kevin; Horne, Andrea y Gomez, Celia. (Octubre de 2012). Substance abuse and HIV prevention intervention study for transgender women of color. [Ponencia en Congreso]. In 141st American Public Health Association (APHA) annual meeting.

Nemoto, Tohru; Iwamoto, Mariko; Sucio, S., Moncado, J., y Bejarano, E. (14 de octubre de 2023). Flourish project: Reducing substance use and HIV risk behaviors for transwomen of color in San Francisco and Alameda County. [Ponencia en Congreso]. American Public Health Association.

Nemoto, Tohru; Operario, Don; Keatley, Joanne; Nguyen, Hongmai y Sugano, Eiko. (2005). "Promoting health for transgender women: Transgender Resources and Neighborhood Space (TRANS) program in San Francisco", American journal of public health, vol. 95, núm. 3, pp. 382-384.

Nussbaum, Marta. (1999). Sex and Social Justice. Oxford: Oxford University Press.

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas, Secretaría de Salud, y Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2020). Demanda de tratamiento por droga de impacto en la Red Nacional de Atención a las Adicciones. Recuperado de <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojODNhYzY1MmUtOGRhZi00Nzc0LWI1MDAtZTI0ZjVhYVVMzM5liwidCI6IjlmODAzYzcyLTMyMzMtNDRiNi04ZTg0LTc2NGU0Y2JiMThmNCJ9&pageName=ReportSection5c35cefe07599f97da6e>

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012). Informe mundial sobre las drogas 2012. Naciones Unidas. Recuperado de:
<https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/WDR-2012.html>
- Open Society Foundations. (2016). "Ni socorro ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas América Latina y el Caribe". Recuperado de:
<https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/5bda2aff-6714-45d3-961d-763ad4b2a4d6/no-health-no-help-es-21060403.pdf>
- Operario, Don; Nemoto, Tooru; Keatley, Joanne; y Han, Lei. (17 de noviembre de 2003). Transphobia, social stigma, and HIV risk among male-to-female transgenders. [Conferencia Magistral]. 131st Annual Meeting of the American Public Health Association.
- Operario, Don; Soma, Toho; y Underhill, Kristen. (2008). "Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis", JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 48, núm. 1, pp. 97-103.
- Ordorika Imaz, Amaya; Guevara Bermúdez, José Antonio y Guzmán Vergara, Olga. (2018). El costo social de la guerra contra las drogas en México: Militarización y vulneración sistemática de los derechos humanos. Ubijus Editorial.
- Pardo Veiras, José Luis y Arredondo, Íñigo. (14 de junio de 2021). Una guerra inventada y 350,000 muertos en México, The Washington Post. Recuperado de
<https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2021/06/14/mexico-guerra-narcotrafico-calderon-homicidios-desaparecidos/>
- Pawlowicz, María Pía; Di Iorio, Jorgelina y Touzé, Graciela. (2022). "El movimiento de reducción de daños: hacia regulaciones no punitivistas", Salud mental y comunidad, año. 9, núm. 12, pp. 113-118.
- Pelletier Quiñones, Paola. (2014). "La 'discriminación estructural' en la evolución jurisprudencial de la Corte Interamericana de Derechos Humanos", Revista IIDH, vol. 60, pp. 205–215. Recuperado de [31e35b02-3ef4-4caa-85f0-340b26c72b96\(3\).pdf](#)
- Planned Parenthood. (2025). "What's transphobia, also called transmisia?" Planned Parenthood.
- Pons Rabasa, Alba y Garosi, Eleonora. (2016). "Trans", en Moreno H.y Alcántara, E. (coordinadoras), Conceptos clave en los estudios de género, Volumen 1. (pp. 307-326). México: Centro de Investigaciones y Estudios de Género, UNAM.

Posso, Jeanny Lucero y Furcia, Ange La. (2016). "El fantasma de la puta-peluquera: Género, trabajo y estilistas trans en Cali y San Andrés Isla, Colombia", Sexualidad, Salud y Sociedad, núm. 24, pp. 172-214.

Presentes. (18 de junio de 2018). Para la OMS ser trans no es más una enfermedad mental, Somos Presentes. Recuperado de <https://agenciapresentes.org/2018/06/19/para-la-oms-ser-trans-no-es-mas-una-enfermedad-mental/>

Programa de la Organización de las Naciones Unidas en VIH/SIDA ONUSIDA. (2021). El VIH y el Trabajo Sexual. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05-hiv-human-rights-factsheet-sex-work_es.pdf

Querejeta, Luis Miguel. (2008). "Validez y credibilidad del testimonio. La psicología forense experimental", Eguzkilore, núm. 13, pp. 171-182.

Radi, Blas y Sardá-Chandiramani, Alejandra. (2016). "Travesticidio/transfemicidio: Coordenadas para pensar los crímenes de travestis y mujeres trans en Argentina", el Boletín del Observatorio de Género, pp. 1-8.

Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones RIOD. (2019). La reducción de daños en la intervención con drogas: concepto y buenas prácticas. Recuperado de https://www.cuentocontigocuentaconmigo.riod.org/materiales/guia_rd_riod.pdf

Reisner, Sari; Gamarel, Kristi; Tooru Nemoto y Operario, Don. (2014). "Dyadic effects of gender minority stressors in substance use behaviors among transgender women and their non-transgender male partners." Psychology of sexual orientation and gender diversity, núm. 1, p. 63.

Ribeiro, Djamila. (2023). Lugar de enunciación. México: tumbalacasa ediciones y Universidad Autónoma Metropolitana.

Rich, Ashleigg J., Scheim, Ayden I., Koehoorn, Mieke y Poteat, Tonia. (2020). "Non-HIV chronic disease burden among transgender populations globally: a systematic review and narrative synthesis", Preventive Medicine Reports, vol. 20, 101259.

Rodríguez Romero, Emma. G., y Aragón, Jorge Antonio. (2024). Guía técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de la población de la diversidad sexual en México. COPOLAD, CONASAMA y Episteme Social.

- Rodríguez, Eva María; Gutiérrez, Rafael y Vega, Leticia. (2003). "Consumo de drogas en mujeres dedicadas a la prostitución: la zona de La Merced." Salud Mental vol. 26, núm. 5, pp. 73-81.
- Romo Áviles, Nuria. (2006). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanitas, 5, 69–83. Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Rosovsky, Haydée. (2009) "Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas", Desacatos, vol. 26, núm. 5, pp.13-30.
- Salomé Resurrección, Liliana María. (2017). El concepto 'discriminación estructural' y su incorporación al Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos (Tesis de maestría). Universidad Carlos III de Madrid. España
- Secretaría de Gobernación. (16 de mayo de 2022). "Se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones", Diario Oficial de la Federación. Recuperado de https://www.dof.gob.mx/index_111.php?year=2022&month=05&day=16#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud de la Cuidad de México. (2024). "Unidad de Salud Integral para Personas Trans (USIPT)". Recuperado de <https://gobierno.cdmx.gob.mx/noticias/unidad-de-salud-integral-para-personas-trans/>
- Secretaría de Salud. (1986). DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones. Diario Oficial de la Federación. (8 de julio 1986) Pp. 15-18. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?cod_diario=206574&pagina=15&seccion=0
- Secretaría de Salud. (2000). NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación (12 abril 2000). Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2053271&fecha=12/04/2000#gsc.tab=0
- Secretaría de Salud. (2009). NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación. (21 agosto 2009). Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106313&fecha=21/08/2009

- Singh, A. A., Hays, D. G., & Watson, L. S. (2011). Guías para la práctica psicológica con personas transgénero y de género no conforme. American Psychological Association. Recuperado de: <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines-transgender-spanish.pdf>
- Solís, Patricio. (2017). Discriminación estructural y desigualdad social: con casos ilustrativos para jóvenes indígenas, mujeres y personas con discapacidad. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Sosenski, Susana y Pulido Llano, Gabriela. (Coordinadoras). (2019). Hampones, pelados y pecatrices: Sujetos peligrosos de la Ciudad de México (1940–1960), México: Fondo de Cultura Económica.
- Souleymanov, Rusty y Pino, Fritz. (2023). "Understanding Substance Use and Addiction From a Queer Perspective: Towards Mobilizing a Queer-Oriented Harm Reduction Approach", Responding to the Oppression of Addiction: Canadian Social Work Perspectives, pp. 327-39.
- Sugano, Eiko; Nemoto, Tooru y Operario, Don. (2006) "The Impact of Exposure to Transphobia on HIV Risk Behavior in a Sample of Transgendered Women of Color in San Francisco", AIDS Behav, núm.10, pp. 217–225. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16362237/>
- Torres, Claudia. (2 de junio de 2015). Ambigüedades y complejidades: la trata con fines de explotación sexual y el (no) reconocimiento del trabajo sexual en México. [Conversatorio]. Comercio sexual y discurso sobre trata en México. Ciudad Universitaria: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Torres, Claudia. (2023). In Harm's Way: Value, Order, and Legitimate Punishment in Two Mexico City Street Sex Markets. [Tesis de doctorado]. Harvard Law School.
- Torres, Claudia. (2016). The Effects of Sex Work Certification in Mexico City. (Tesis de Maestría). Harvard Law School, Estados Unidos.
- Torres, Claudia. (2023). In Harm's Way: Value, Order, and Legitimate Punishment in Two Mexico City Street Sex Markets. (Tesis de Doctorado). Harvard Law School, Estados Unidos.
- Tuck, Eve. (2009). "Suspending damage: A letter to communities", Harvard Educational Review, vol.79, núm. 3, pp. 409–428. Recuperado de https://pages.ucsd.edu/~rfrank/class_web/ES-114A/Week%204/TuckHEdR79-3.pdf

- Tuhiwai Smith, Linda. (1999). Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples, Londres: Zed Books Ltd.
- Valencia, Sayak. (2016). Capitalismo gore. España: Paidós.
- Vijay, Aishwarya; Earnshaw, Valerie; Chew Tee, Ying; Pillai, Veena; White, Hughto, Jaclyn M., Clark, Kirsty; Kamarulzaman, Adeeba., Altice, Frederick y Wickersham, Jeffrey. (2018). "Factors associated with medical doctors' intentions to discriminate against transgender patients in Kuala Lumpur, Malaysia." LGBTI+ health, vol. 5, núm. 1, pp. 61-68. Recuperado de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5770086/>
- Vila-Henninger, Luis; Dupuy, Claire; Van Ingelgom, Virginie; Caprioli, Mauro; Teuber, Ferdinand; Pennetreau, Damien; Bussi, Margherita y Le Gall, Cal. (2022). "Abductive coding: Theory building and qualitative (re)analysis", Sociological Methods y Research, vol. 53, núm. 2, pp. 968–1001. Recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00491241211067508>
- Werb, Dan., Rowell, Greg., Guyatt, Gordon., Kerr, Thomas., Montaner, Julio., & Wood, Evan. (2011). "Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review". International Journal of Drug Policy, 22(2), 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.002>
- Wolfe, L. Hill; Biello, B. Katie; Reisner, L. Sari; Mimiaga, J. Matthehw; Cahill, R. Sean y Hughto, M. Jaclyn. (2021). "Transgender-related discrimination and substance use, substance use disorder diagnosis and treatment history among transgender adults", Drug and Alcohol Dependence, vol. 223, pp. 108711.
- Zamudio, Carlos; Chávez, Pamela y Zafra, Eduardo. (2015). "Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México", Cuadernos Cupihd, núm 8, pp. 7-30.
- Zolla, Carlos y Sánchez García, Carolina. (2010). "Sistema real de atención a la salud en México", en R. Campos (coordinador), Antropología médica e interculturalidad: Orígenes, desarrollo y aplicabilidad (pp. 25–34). Facultad de Medicina, UNAM.

2^{do} CONCURSO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN EN LA CIUDAD DE MÉXICO



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED