

LAS MUJERES ADICTAS: DE LA DESCRIPCIÓN A SU CONSTRUCCIÓN SOCIAL¹

Mtra. Martha Patricia Romero Mendoza²

Psic. Cecilia Gómez³

Dra. Ma. Elena Medina-Mora⁴

"Acechadas, señaladas, desvalorizadas por lo que no hacen, las disidentes de la feminidad son exigidas por la fuerza de las cosas y por las obligaciones, pero también políticamente por los otros y por el mundo patriarcal para que sean mujeres, para que sean de-y-para-los otros. Como no quieren y no pueden serlo, el conflicto sucede dentro y fuera de cada una. En diferentes grados, las mujeres se enferman y se narcotizan química e ideológicamente para evadir los hechos o los conflictos que les genera la feminidad....Esta negativa no les permite constituirse en nuevos sujetos porque no construyen con éxito alternativas dentro y fuera, para sí mismas...sufren mutilaciones y vacíos, carencias y ausencias..... y no reconocen el daño sufrido y no reparan lo dañado ni en ellas ni en el mundo".

Marcela Lagarde, 1993.

INTRODUCCIÓN

Una reflexión en el área de adicciones de las mujeres, inevitablemente expone una serie de áreas de problemas relacionados que, entre otros incluyen: la tensión entre las ciencias sociales y naturales dentro de la investigación; la priorización de los métodos epidemiológicos en detrimento de los análisis cualitativos; el positivismo vs. la investigación social crítica y la psiquiatría social como una ciencia social legitimada vs los estudios de las mujeres como una disciplina académica aceptable. Tal vez el punto más importante desde la perspectiva feminista en esta área revela la existencia de una ideología sexista, que define como se deben sentir las mujeres que tienen problemas de adicciones y por ende define como deben ser tratadas.

¹Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la Mujer y la Familia, del 18 al 20 de Noviembre, Montevideo Uruguay, 1996.

² Investigadora Titular de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Antiguo Camino a Xochimilco 101. México 14370, D.F.

³Investigadora Asociada. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Antiguo Camino a Xochimilco 101. México 14370, D.F

⁴Jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Antiguo Camino a Xochimilco 101. México 14370, D.F

No existe la menor duda que las mujeres con problemas de adicciones presentan un reto a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas de las mujeres aceptables "normales".

El beber alcohol por ejemplo ha sido descrito como una contradicción social a los ideales de la conducta femenina y se ha sugerido que la mujer alcohólica va tan lejos que viola todos los ideales del ser femenino contemporáneo.

Independientemente de si consumen sustancias o no, todas las mujeres compartimos los mismos mandatos culturales de ser las guardianas de la moral y los valores sociales. El papel de la mujer ha sido igualado a su función estabilizadora de esposa y madre (Lagarde 1993). Las mujeres con problemas de adicciones presentan una especial amenaza a su rol femenino tradicional y se considera que han perdido respetabilidad en todas las áreas de su vida.

En forma clara en relación con los hombres, las mujeres adictas tienden a experimentar un estigma (Goffman, 1993), que es más estresante y más destructivo que el que sufren los hombres. Además con el estigma asociado las mujeres adictas está la noción de que la mujer que bebe es sexualmente promiscua (Leigh, 1995).

Por un lado, una mujer con un problema de consumo no necesita ser una prostituta para tener una imagen promiscua. Se le considera promiscua por el simple hecho de ser una consumidora. Por otro lado, una prostituta que bebe es aún más señalada que la otra. Como una adicta, una prostituta es vista en forma doblemente promiscua, debido a su forma de beber y por el tipo de trabajo sexual.

La sociedad espera que las mujeres se controlen en la mayoría de los casos, si no en todos, en algunas ocasiones y en algunos contextos sociales bien definidos, deben también controlar el consumo de su pareja como el propio. Las expectativas sociales son claras: las mujeres no deben de beber en público ó en su caso mostrar conducta de embriaguez. Una mujer que es adicta es vista en privado como una mala madre, que no cuida a sus hijos, una esposa irresponsable, que no considera las necesidades de su marido. En público es vista como imperdonablemente fuera de control de su situación doméstica o laboral y también como demoniaca o una mujer perdida en la que no se confía.

En muchos casos se dice que la mujer consume drogas porque le ha llegado la liberación femenina pero Sandmair (1980) argumenta que es más bien porque la liberación no la alcanzó.. A pesar de que los tiempos han cambiado, las actitudes hacia las mujeres alcohólicas permanecen iguales. Caracterizadas con poliestereotipos, se las define como poliproblemáticas.

Específicamente, para la mujer con problemas de adicciones temas fundamentales tales como la tensión doméstica, la violencia en la familia, el conflicto con el rol sexual, el uso de drogas recreacional, la heterogeneidad de la mujer como un grupo social, la necesidad de tener una perspectiva sensible al género y una discusión de todos sus problemas permanece oculta (Romero, 1995).

Las adicciones⁵ en las mujeres, por lo tanto, han sido un problema que en la última década ha llamado la atención de los investigadores de diversas disciplinas sociales y de la salud.

OBJETIVO

- 1) Describir el panorama epidemiológico del consumo de sustancias psicoactivas en mujeres de México, obtenido a través de las Encuestas Nacionales de Adicciones (1988 y 1993) y la información recabada por el Sistema de Registro de Información en Drogas (SRID).
- 2) Enunciar la metodología cualitativa de historias de vida, utilizada para la investigación en profundidad de la vida de las mujeres adictas, así como los ejes analíticos y sus vertientes.
- 3) Ejemplificar con el análisis de 5 casos, como las experiencias de violencia (percibida, recibida antes de la adicción y durante la carrera adictiva) se vuelven factores decisivos

⁵La adicción se caracteriza por una obsesión mental así como una conducta compulsiva relacionada a la ingestión de una sustancia (comida, alcohol, drogas) ó en el involucramiento de una experiencia (juego, sexo, trabajo). La adicción se manifiesta cuando el vínculo de la persona con la sustancia, persona u experiencia, le causa dificultades ya sea para procurarse el alivio de sus propias necesidades ó para responder a las demandas ambientales. Gradualmente, se presenta una obsesión mental elevada por obtener el "viaje" y una conducta compulsiva por obtener la sustancia que lo produce o el proceso. Esto generalmente se ve acompañado de una negación inequívoca de que uno tiene un problema. Cuando la adicción progresa, existe una menor habilidad de detener la conducta, por lo tanto, un sentimiento de falta de control se acompaña a la relación patológica con el objeto adictivo, o la persona o la experiencia. Existen seis características ligadas a las adicciones: la negación, la decepción, la deshonestidad, la defensividad, la distorsión y la desesperación.(Van Den Bergh, 1991).

en la iniciación y evolución del proceso adictivo en un grupo de mujeres menores de edad, que vivieron un tiempo en la calle y en la actualidad se encuentran en un Centro de Tratamiento para menores delincuentes.

4) Enumerar las necesidades de atención a la salud mental en mujeres con problemas de adicciones.

Panorama epidemiológico

Brevemente describiremos los patrones de consumo de sustancias característicos en México. Se han realizado dos grandes encuestas en hogares, a nivel nacional, que permiten ver el patrón de consumo de drogas ilegales, médicas, alcohol y tabaco. El 5.9 por ciento del total de la población urbana de 18 a 65 años, cumplió con el criterio de dependencia al alcohol, para los hombres, esta prevalencia es de 12.5 por ciento y para las mujeres, de 0.6 por ciento. Por edad, son los hombres de 18 a 29 años, quienes tienen una mayor prevalencia de dependientes al alcohol. En cuanto a la escolaridad, se aprecia un incremento en la prevalencia de dependientes a medida que se reduce el número de años cursados. Así, la población con menos de 6 años de escolaridad presenta una prevalencia de 6.7 por ciento, en contraste con aquella que tiene 13 o más años cursados, en donde se observa una prevalencia de 2.8 por ciento.

Del total de bebedores y ex-bebedores, el 16 por ciento se vio involucrado en accidentes o violencias alguna vez por el consumo de bebidas, el 14.9 por ciento reportó haber tenido problemas con su familia y el 12.4 por ciento ha tenido problemas de salud por este motivo. Del total de bebedores, el 35.8 por ciento tuvo problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

En relación a la población femenina que ha estado embarazada, el 16.8 por ciento consumió bebidas alcohólicas en su último embarazo; 8 por ciento tomó de acuerdo a su patrón de consumo habitual y 5.7 por ciento redujo la ingestión de bebidas alcohólicas. De las mujeres que amamantaron a su último hijo, el 7.4 por ciento consumió bebidas alcohólicas durante la lactancia, siendo la cerveza la bebida de preferencia.

Los resultados de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1988) indican que el 7% de los varones y el 2% de las mujeres han utilizado una o más drogas excluyendo el alcohol y el tabaco. Los usuarios activos (aquellos que han consumido

alguna droga en los últimos 30 días) representan el 2% de los hombres y el 0.5% de las mujeres. En general, los hombres prefieren las drogas ilegales mientras que las mujeres prefieren el consumo de drogas médicas fuera de prescripción. Las mujeres utilizan más los narcóticos y los estimulantes.

La segunda Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, por otro lado indica que el consumo de drogas médicas y de drogas ilegales, y del total de la población entrevistada la prevalencia según uso "alguna vez en la vida", que se encontró para el global de drogas médicas fue del 15.4 por ciento; lo cual equivale a estimar que son más de seis y medio millones de personas, las que las usan. El uso de este tipo de sustancias en los últimos 12 meses mostró una menor proporción en cuanto a su prevalencia, con sólo el 4.8 por ciento siendo aún menor su uso durante los últimos 30 días siendo del 1.8 por ciento. Sin embargo, lo que es muy relevante señalar aquí es, que respecto a su distribución por sexo, hubo una mayor proporción de consumidores entre las mujeres: dos tercios de la población (63 por ciento), lo que equivale a estimar que existen más de 4 millones de usuarias (4 101 403); esto indica, que por cada consumidor varón existen casi dos mujeres que utilizan estas sustancias. Al analizar la distribución según sexo y edad, las diferencias se hacen más notorias conforme se incrementa la edad, de tal forma que en el grupo de adolescentes el consumo es igual en hombres y mujeres, con una discreta preferencia en estas últimas. Asimismo, este fenómeno se repite en el grupo de jóvenes de entre 19 y 25 años, donde las diferencias intragénero son menores. En conjunto, estos dos grupos representan un poco más de la cuarta parte de los usuarios de drogas médicas. Los grupos de mayor edad, los que rebasan los 26 años, las mujeres consumen dos veces más drogas médicas que los hombres. De tal forma, se puede considerar que el uso de estas sustancias es mucho más prevalente en el grupo de adultos y sobre todo dentro del sexo femenino, ya que éstos representan aproximadamente tres cuartas partes de los consumidores del estudio.

En relación al ingreso a tratamiento o al sistema de procuración de justicia, el SRID⁶ (1995) indica que el ingreso de las mujeres a este tipo de instituciones es muy cambiante. En los hospitales va del 7.2% al 60.9%, en otro tipo de centros gubernamentales del 9.6% al 32.1% y finalmente en las instituciones de procuración de justicia del 2.7% al 10.8%.

Esta información relevante sin duda, describe un panorama general, pero no lleva a la comprensión de la(s) especificidad(es) de la vida de la mujer que ingresa a la vida adictiva, permanece en ella y de las barreras que enfrenta para conseguir tratamiento.

Reflexiones Metodológicas:

Desde 1994, se está realizando la investigación titulada "Estudio de las adicciones a sustancias psicoactivas en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Un enfoque cualitativo" (Romero, 1995). La investigación se inserta dentro del área de la antropología médica entendiéndola como el campo que evidencia los factores, mecanismos y procesos que participan o influyen en la forma en que los individuos y los grupos son afectados y responden al padecimiento y la enfermedad. Examina éstos problemas, poniendo énfasis en los patrones de conducta (Foster G. Anderson B , 1978). Esta investigación descansa en una perspectiva de género, feminista⁷ (Van der Bergh N, 1991).

⁶El Sistema (Ortiz y cols, 1995), recibe información de 44 Instituciones de Atención a la Salud y de Procuración de Justicia del área metropolitana de la ciudad de México que tienen contacto con usuarios de drogas, recaba datos sociodemográficos y datos sobre consumo a través de la cédula denominada "Informe Individual sobre Consumo de Drogas". Dicha cédula es aplicada semestralmente durante los 30 días de junio y noviembre de cada año a todos los usuarios de drogas-casos que son captados por las instituciones participantes. El criterio de "caso" es el siguiente: se considera caso a toda persona mayor que afirme haber consumido, al menos una vez en la vida, alguna droga fuera de prescripción médica. Aquí hay dos posibilidades para considerar: 1) es necesario que nunca haya sido prescrita, o bien que 2) el sujeto haya variado por su cuenta la dosis, la frecuencia o extendido el tiempo de consumo en términos diferentes a los indicados por el facultativo. En las ocasiones en que la prescripción no indique fecha límite de uso, se considera consumo fuera de prescripción médica al que exceda a los 3 meses siguientes a la última prescripción. Se excluye del criterio de caso la intoxicación ocupacional y/o accidental como en el caso de los niños que pueden por ejemplo tomar tranquilizantes por descuido de sus padres. Aún cuando el consumo de alcohol y tabaco es explorado en relación al uso de otras drogas, se excluyen del estudio aquellos sujetos que sólo consumen alcohol y/o tabaco. El criterio para la detección de caso es aplicado a todos los sujetos que ingresan a las instituciones durante el período de evaluación, sea cual fuere el motivo de su ingreso. Los reportes semestrales como productos terminales del Sistema:

⁷ Una perspectiva feminista incluye la eliminación de dicotomías falsas y separaciones artificiales; la reconceptualización del poder; el considerar tanto el proceso para conseguir una meta como el resultado ; valida el proceso de renombrar, es decir el que la persona tenga el derecho de definir la propia dirección y

Como estrategia de acercamiento se han utilizado la recopilación de las historias de vida e investigación etnográfica, de 24 mujeres que se encuentran en muy diversos contextos porque pueden permitir el esclarecer experiencias en ocasiones conflictivas y complejas de la vida de las mujeres . Los testimonios orales, permiten por un lado, la construcción por parte del sujeto de su propia historia. El método etnográfico por otro, al combinar la observación participante de los diferentes contextos de entrevista y las entrevistas en profundidad con los mismos sujetos posibilitan el tener una aproximación a la cultura del grupo. Ambas técnicas, se derivan de un paradigma de investigación naturalístico ó cualitativo.

El campo de estudio del abuso de sustancias ofrece un área fértil de prueba de los métodos cualitativos y de diseños de investigación. Hablando en forma general, existen dos factores que contribuyen a que los métodos cualitativos en el campo del abuso de sustancias se vuelvan importantes. En primer lugar, los patrones crecientes y las tendencias en el abuso de sustancias dentro de la sociedad son una situación constante en la que fenómenos emergentes y nuevos son facetas integrales del escenario de las drogas. Cuando se intenta el construir instrumentos con datos significativos para la investigación en drogas, el investigador debe adquirir suficiente familiaridad *a priori* con el tema en cuestión con preguntas significativas. Tal conocimiento es el dominio y producto de la metodología cualitativa. El segundo factor, se relaciona más con el tipo de información requerida para la investigación. El "valor" de un diseño de investigación puede considerarse limitado, si sólo se considera como producto potencial para resolver un paradigma científico particular, pero es mayor si genera evidencia pragmática para la toma de decisiones. Claramente la investigación cualitativa, que *tiende a enfocarse a una unidad social de análisis pequeña para investigar en profundidad*, frecuentemente es el único medio apropiado y disponible para obtener datos sensibles y válidos de poblaciones que permanecen ocultas y que abusan de sustancias. El término "poblaciones ocultas" se refiere aquí al conjunto de población general cuya membresía no se distingue fácilmente o se enumera basada en el conocimiento existente y/o en capacidades de

muestreo. La primer tarea requiere la identificación de unidades de análisis significativas (Lambert E., 1990).

Los ejes analíticos que guían la investigación son: *la condición y la situación de las mujeres*, que Lagarde define como:

"La condición de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico, es decir, con un conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres- desde formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, hasta su lugar en las relación económicas y sociales y la opresión⁸ que las somete. Por otro lado, esta condición de la mujer se constituye por el conjunto de instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman y por las concepciones del mundo que las definen y la interpretan."

Si bien, culturalmente esta condición social de mujer adicta, la define como un grupo que carga ciertos estereotipos y estigmas sociales, cada una de estas mujeres puede tener *situaciones* especiales. Así, aunque puede resultar práctico referirse a la "mujer adicta", se debe considerar que hacia dentro de la categoría se da la diversidad: la niña, la adolescente, la mujer embarazada, la mujer casada, la mujer lesbiana, la mujer anciana y cada una de ellas tiene un estilo de vida diferente, un contexto social en el que nace, vive y muere y cada una tiene una filiación de clase, del grupo de clase, del tipo de trabajo o de actividad vital. Cambia su visión del mundo y de su proceso adictivo en relación con la maternidad, la conyugalidad y la filialidad, su adscripción familiar.

La situación de la mujer también se define por su nivel de vida y el acceso a los bienes materiales (trabajo, educación, vivienda, servicios de salud) y simbólicos (tales como identidad, cohesión cultural), la etnia a la que pertenece, la lengua que habla y comprende, la religión que le imponen y la que elige, su afiliación política si es que la tiene, el grupo de edad, su relación con otras mujeres, con los hombres y el poder.

⁸La opresión Lagarde (1993) la define como la inferiorización de la mujer frente al hombre constituido en paradigma social y cultural de la humanidad. Las mujeres están subordinadas porque se encuentran bajo el mando del otro (los hombres, las instituciones, las normas, sus deberes y los poderes patriarcales) bajo su dominio y dirección, bajo y el mando y las órdenes en la obediencia. La opresión se estructura y surge de la dependencia vital de las mujeres en relación a los otros. Consiste en formas de repudio social y cultural, de desprecio y maltratos, se expresa y se funda en la desigualdad económica, política, social y cultural de las mujeres " (pags. 96 y 97)

Todo lo anterior se traduciría en que cada mujer tiene una particular capacidad de sobrevivir, de asumir cierta subjetividad personal y de crear una identidad propia (Lagarde 1993).

Asimismo, partimos de la base de que algo que caracteriza estas narrativas, es una trayectoria específica de sufrimiento Kleinman (1991)⁹. En éste contexto, consideramos que las mujeres, tienen una condición de sufrimiento específica; porque en general, dentro de las sociedades, conforman un grupo marginado, oprimido y abusado.

Por otro lado, autores como Saris (1995), señalan que al obtener la narrativa de un padecimiento no se obtiene simplemente la historia de la experiencia personal. Está profundamente inmersa dentro de diversas estructuras institucionales que influyen su producción como un relato. La narrativa es una herramienta clave en el análisis social, por tanto el armar una historia de vida es una estrategia para entretejer la presencia de la institución, el significado y el poder en la producción de la historia. Cuando uno menciona una institución, se habla de una estructura que muestra un discurso y una práctica y por tanto, las instituciones tienen estilos narrativos, modos de discurso y en forma importante omisiones y silencios.

En la investigación, los testimonios han permitido ejemplificar los distintos contextos sociales de las mujeres, transcribiéndolos de manera literal, con la finalidad de respetar su voz . La participación de las mujeres en el estudio es completamente voluntaria y con conocimiento de los objetivos del estudio. Por consideraciones éticas, los nombres son pseudónimos elegidos por las mismas participantes.

⁹La trayectorias se definen desde un registro histórico transcultural, como un aspecto universal de la experiencia humana en la que los individuos y los grupos tienen que experimentar y soportar ciertas formas de preocupaciones, problemas y heridas serias al cuerpo y al espíritu que pueden agruparse de cierta forma. Existen *desgracias contingentes* como pueden ser las enfermedades agudas. Existen *formas rutinarias de sufrimiento* que son aspectos compartidos de la condición humana como la enfermedad crónica y la muerte- o experiencias de privación y explotación y de degradación y opresión a la que ciertos grupos de individuos (los pobres, los vulnerables, los marginados) están expuestos en forma especial y otros relativamente protegidas de ello.

Existe también el *sufrimiento resultante de condiciones extremas*, tales como los sobrevivientes a los holocaustos.

Los significados culturales del sufrimiento (como por ejemplo el del castigo) pueden ser elaborados en diferentes formas, pero la experiencia intersubjetiva del sufrimiento es en sí una característica definitoria de la experiencia humana en todas las sociedades. (Kleinman 1988)..

Mujeres en diversas situaciones

A lo largo del proyecto nos hemos acercado a diversos contextos: mujeres en tratamiento, mujeres en reclusión, mujeres en ong's, mujeres en la calle, mujeres en la comunidad- y a ciertas situaciones específicas de mujeres: la mujer en la pobreza, la mujer adicta-madre, la mujer lesbiana, la mujer que vive en pareja, la mujer delincuente.

Acercarse a cada situación implica un ejercicio de reflexión sobre los eventos, trayectorias, recursos específicos que cada mujer tiene al ser adicta a sustancias y sus posibilidades de abandono de la adicción. En esta sección ahondaremos sobre 5 casos de mujeres menores delincuentes cuyos orígenes son la pobreza.

La situación de menores delincuentes

Antes de describir las historias de las menores es necesario hablar sobre la pobreza. En todos los países ésta constituye la forma más extrema de exclusión de los individuos y las familias de los proceso productivos de la integración social y del acceso a múltiples bienes , servicios y oportunidades. El fenómeno de la pobreza tiene efectos destructivos: daña a la gente no solo por la ausencia de bienes materiales que implica, sino debido a que previene al sujeto de desarrollar todas sus potencialidades humanas..

Las raíces profundas de la pobreza se originan en la distribución inequitativa de la riqueza y por el acceso socialmente diferenciado a las oportunidades y productos del progreso. La pobreza es muy aguda en América Latina, pero no es exclusiva del continen, otros países del mundo tiene grandes sectores de población sumergidos en la pobreza.

Es evidente que lo que significaba ser pobre en el último siglo, no es lo que significa en nuestros días; de forma similar, ser pobre no es lo mismo en un país desarrollado que en México.

Sabemos que la proporción de población pobre fue significativamente reducida en México durante los 60 y 70s. Con la crisis que empezó a los inicios de los 80s, la tendencia hacia el descenso no solamente terminó, sino se revirtió, por esta razón aún persisten altos niveles de pobreza. En ese periodo se pudo observar la tendencia hacia la

"urbanización" de este fenómeno, lo que dio como resultado que una gran proporción de la gente pobre vive en las ciudades. Sin embargo, debe uno percatarse que la pobreza está más generalizada en las áreas rurales, y es aún más crítica que en las ciudades. (CONAPO 1995, Boltvinik 1995a).

Boltvinik (1995b), calculó que en México, el 70% de la población total vive en el presente en la pobreza, distribuida en cuatro categorías, siendo las prioridades para combatirla: el ingreso, la salud, la seguridad social, la habitación y la educación.

A pesar de que es una condición vivida por amplios sectores de la población, la pobreza femenina no puede ser entendida o abordada de la misma forma que la pobreza en general. Las desigualdades entre hombres y mujeres, al intersectarse con otras formas de asimetría social, provocan una acumulación de desventajas para las mujeres que las hace más vulnerables a situación de pobreza y privación (Banyard 1995; Goodman, 1995; Rog 1995a, Rog 1995b)..

Para entender los contenidos inherentes a los estados de pobreza que les son específicos, resulta necesario tomar en cuenta dimensiones tales como el papel que desempeñan las mujeres en la división del trabajo, los arreglos domésticos, el grado de dependencia de la mujer respecto al varón, así como el tipo de vínculo que tiene con el mercado de trabajo. Algunos estudios enfatizan los riesgos de la pobreza ligados al divorcio, la separación o la viudez. La literatura sobre el tema señala que los hogares monoparentales dirigidos por mujeres son usualmente más pobres que los conformados por una pareja, colocados en una situación de extrema vulnerabilidad.(Barquet, Salles Szas, 1993).

Por lo anterior y a pesar de que se pueda hablar de estilos de vida dominantes, en una sociedad subsisten, en estado de convivencia, diversos estilos de vida, que mientras son producidos por grupos particulares, componen marcos de aspiración y también diversificadas pautas de identidad, sin que ello despoje la importancia- ni el dominio- de los estilos de vida hegemónicos, organizados en torno a necesidades socialmente evaluadas como relevantes.

Así, en México y otros países Latinoamericanos desde hace años ha surgido, como consecuencia de la pobreza, un sector marginado de la población que son los niños de la calle o en la calle.

Tanto los niños de la calle como aquellos que trabajan en ella, se distribuyen en la ciudad de acuerdo a una lógica de mercado que les permite subsistir aprovechando los beneficios de la economía informal. Su lugar de trabajo está determinado por diversas condiciones, entre ellas, la voluntad de algún empleador no visible; la tolerancia de líderes, dirigentes o empleados (como sucede en los mercados, tianguis, panteones, centros deportivos, el Metro y terminales de autobuses e incluso en algunas de las principales avenidas), o por extensión del sitio en donde los amigos realizan actividades de comercio o mendicidad.

En un censo realizado en 515 puntos de encuentro en la Ciudad de México (Comisión para el Estudio de Niños Callejeros, 1992), se registraron un total de 11 172 niños y niñas cuya presencia en las calles no es simultánea pues varía de acuerdo con el horario y el día de la semana.

En términos globales se observó que el 75.4% de la población en estudio oscilaba entre los 12 y 17 años y el promedio general correspondió a los 13 años. Sin embargo hay menores desde los 5 años en la calle.

La composición por sexo correspondió a un 72% a la población masculina y un 28% a la femenina. Entre las mujeres predominó el rango de edad entre los 13 y 14 años, mientras que en los hombres entre los 14 y 17 años.

Los niños y niñas no están igualmente representados en poblaciones de niños de calle. En casi todas las comunidades los hombres son mayoría. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1993), existen un número de factores que pueden contribuir a este fenómeno:

- 1) Es menos tolerado la presencia de las niñas en la calle.
- 2) Las niñas con frecuencia se emplean o tienen un ingreso trabajando por ejemplo en fábricas, haciendo artesanías, como empleadas domésticas, se involucran en el comercio sexual o en la mendicidad. También es común que las niñas que trabajan en las calles estén vigiladas por un adulto..

3) Para aquellas niñas que han dejada a sus familias, las diferencias de género se vuelven más evidentes. El abuso físico, sexual y emocional son los motivos más importantes para abandonar el hogar. El sobrevivir en las calles es menos amenazante para un niño que para una niña. Si se deciden hacerlo, en ocasiones encuentran refugio con otra familia ó con otros amigos. Con frecuencia las que terminan en la calle son reclutadas en la industria del comercio sexual ó son llevadas a instituciones de asistencia social, si es que existen..

4) Las niñas son más vulnerables a la explotación sexual y al abuso físico y sexual. Asimismo, experimentan problemas específicos relacionados a su desarrollo adolescente y salud reproductiva. En las calles, los riesgos para tener un embarazo son considerables complicado por la ausencia ó el mínimo cuidado prenatal, la desnutrición y la falta de higiene, la violencia, las ETS, la falta de albergues y el uso de drogas. Con frecuencias las niñas que llevan a término su embarazo tendrán poco apoyo en sus intentos de cuidar a sus hijos (Banyard, 1995; Weinreb, 1995).

5) Además existen algunos tópicos de salud relacionados con su utilización de sustancias psicoactivas.

En este trabajo describimos y analizamos una pequeña parte del material cualitativo obtenido de las historias de vida de cinco menores confinadas en un centro de tratamiento para menores delincuentes, que vivían en la pobreza al vivir con sus familias y que posteriormente vivieron por lo menos dos años en las calles. .

Población

Las niñas entrevistadas pertenecen a la siguiente población. En 1995 hubo 2 669 menores delincuentes como se observa en la gráfica, existen menos niñas que niños (diapositiva); tienen casi la misma edad que los niños (diapositiva) pero tienen menor escolaridad; 6.8% de las niñas no saben leer y escribir vs 0% de los niños (diapositiva). Otras diferencias de género son las siguientes: 17.69% estaban en casa con pobre supervisión (diapositiva); el delito más común es el robo que es especialmente alto en las mujeres y el homicidio agravado (diapositiva).

La mayoría de los menores vivían en el centro y la parte Norte de la Ciudad de México, que en la actualidad tiene 18 millones de habitantes. Se registraron 110 niños en la calles y solamente 13 niñas (diapositiva). La Delegación política Cuauhtémoc tiene el índice de criminalidad más alto,(diapositiva) e Iztapalapa tiene el número más alto de delincuentes viviendo en su zona (diapositiva).

Muestra

Las menores delincuentes estuvieron de acuerdo en participar voluntariamente en el estudio. (diapositiva). Esta parte del estudio incluyó a aquellas menores que tenían una historia de abuso de sustancias y que no se les hubiera detectado algún problema psiquiátrico severo que pudiese interferir con la entrevista. Cada menor fue entrevistada por los menos durante cinco sesiones de una hora explorando las siguientes áreas. (diapositiva). Cada niña eligió un pseudónimo y aceptó que las entrevistas fueran grabadas. Las entrevistas se realizaron en los campos de volley-ball (diapositiva), el auditorio (diapositiva) o el jardín de la institución de tal manera que se sintieran relajadas y no en una situación de entrevista clínica. (diapositiva).

Sobre las trayectorias

Como puede observarse en la Tabla 1 (diapositiva), cuatro de las niñas no nacieron en la Ciudad de México, migraron de otros estados y perdieron sus redes de apoyo social incipientes. Además todas tienen un nivel educativo muy bajo. Antes de abandonar sus hogares y al vivir en las calles, las menores experimentaron diversos eventos violentos y asimismo presenciaron la violencia doméstica. (diapositiva). Es muy importante resaltar el violencia de género que han recibido como la violación, el aborto a causa de golpes recibidos durante el embarazo, etc.

Es un punto clave observar la edad cuando abandonaron el hogar (diapositiva) y también el tipo de trabajo que pudieron obtener para sobrevivir en la calle. De nuevo, tuvieron problemas específicos por ser mujeres y vivir en la calle..

En relación a su composición familiar las 5 narraron situaciones de desorganización familiar, con padres ausentes, madres agobiadas por la carga laboral cotidiana, la presencia de padrastros en algunos años y el consumo de sustancias tanto

del padre y en una en el caso de la madre (diapositiva). Es importante que reportaron el alcoholismo de sus padres, pero también tres ellas experimentaron la drogadicción de los padrastros antes de abandonar el hogar.

La cinco cometieron sus delitos al estar intoxicadas, y las drogas más utilizadas fueron la mariguana, la cocaína en forma de crack y los solventes inhalables porque son lo más barato. Algo relativamente nuevo son las llamadas "gotas" (refractil oftálmico) que no están registradas como sustancias psicoactivas pero son neurotóxicas, son extremadamente dañinas y muy baratas (diapositiva). Las menores consumen las mismas drogas que los hombres reportan en las encuestas nacionales. Ninguna se inyecta drogas, cuatro tienen tatuajes en el cuerpo.

Finalmente los dos últimos cuadros muestran que (diapositiva y) tienen un total desconocimiento en el área de la salud reproductiva y un gran riesgo de estar contagiadas en ETS o el SIDA.

Discusión

Las discusiones en relación al por qué existen tan pocas mujeres delincuentes, ha sacado a la luz diversos mecanismos de control en especial, sobre los roles femeninos y las formas específicas de control por género. Entre ellos:

a) Barreras de género

a.1. La forma en como se educan a las mujeres pareciera ser una forma preventiva del crimen.

a.2. La socialización de las niñas desde temprana edad esta dirigida al cuidado de otros. Esta sensibilidad hacia los otros aparentemente opera como un escudo en contra del crimen.

a.3. Los estudios sobre estilos de vida y conducta desviada de la gente joven, apoyan la idea de que las diferencias entre los sexos existen aún en el grado de emoción involucrado al cometer los crímenes y el drogarse.

A pesar del hecho de que hombres y mujeres circulaban en los mismos medios ambientes y pertenecían a las mismas bandas, se observó que las niñas conservaban lazos más fuertes a lo que marca la sociedad, a sus reglas y a su sistema de valores. (Por ejemplo, todas mencionaron que una buena parte de su tiempo la pasaban tratando de

hacerse respetar sexualmente por sus compañeros y tratando de mantener el cuidado de los hijos).

A las mujeres se les controla a la distancia vía los lazos emocionales. Aún dentro de una banda se utilizan dobles estándares para el grado de sociabilidad que se espera y es tolerada. El punto clave es que las mujeres son controladas en forma más efectiva a través de canales diferentes a aquellos del sistema de justicia, éste es usado cuando lo demás falla. Es sorprendente que las mujeres constituyen solo un pequeño porcentaje de los prisioneros pero constituyen la mayoría en los pacientes psiquiátricos institucionalizados en muchos países.

Existen dos versiones de las teorías de la participación de la mujer:

- a) El rol cambiante de la mujer, como resultado de la nueva situación que enfrenta, sobre todo en el trabajo.
- b) La elevación en el crimen es un signo de nuevos patrones de roles de género en el que las mujeres imitan a los hombres aún en el campo de la delincuencia.

Los argumentos en contra a de estas teorías son:

No son las mujeres que tienen acceso al empleo bien remunerado las que cometen crímenes, son más bien aquellas mujeres que tienen mayor relación con sustancias adictivas y con drogas psicotrópicas. Las mujeres que cometen crímenes son aquellas que fueron marginadas del trabajo o aquellas que fueron excluidas de las instituciones educativas. Según Holgard (1983) las mujeres que fueron excluidas del empleo.

Las mujeres pierden sus redes tradicionales de apoyo: el soporte económico por sus parejas y un número de mujeres que no trabajaban ahora trabajan. Descansan más en su propio poder adquisitivo en un mercado de trabajo en donde en su mayoría, obtienen trabajos mal pagados, malos o de medio tiempo.

Tienen mayor probabilidad de estar reclutadas en el área de las perdedoras.

La elevación de la criminalidad es el resultado de una mayor número de mujeres que no pueden participar en la vida productiva; es un encuentro con mujeres excluidas.

En resumen: Las experiencias de las mujeres de stress personal y subordinación social no son los únicos factores que deben de resaltarse en relación a la mujer y el

consumo de drogas. El racismo, la clase social, los privilegios de ser joven, el heterosexismo y cualquier otro sistema de inequidad que erosione el poder de la mujer, su coraje, su integridad y su autoestima sirven para contribuir a sus problemas de adicciones, a perpetuarlos y a intensificar sus efectos dolorosos. Para las mujeres, el problema de las adicciones es una gran desgracia y tal vez de manera poco sorprendente, ha sido descrito como "la desviación de la desviaciones.". (Van der Bergh 1991, Ettore 1992).

Los investigadores debemos de estar conscientes de que las inequidades sociales tienen diferentes implicaciones para el hombre y para la mujer y por lo tanto debemos aprender a ver las trayectorias de estas mujeres con otros ojos.

Necesidades de atención y conclusiones

El trabajar con las mujeres que viven procesos adictivos es una tarea difícil pues como se expuso anteriormente, sus trayectorias generalmente tienen contenidos emocionalmente dolorosos y porque su estilo de vida las convierte en un grupo difícil de seguir, en ocasiones complicado. No es raro que los prestadores de servicios se expresen de este grupo de mujeres como inconstantes e inestables. Sin embargo analizando el material obtenido y compilando la información de literatura internacional (Blume, 1992) puede ser de utilidad considerar los siguientes puntos:

- La primera consideración es la económica, dado que en nuestro país el nivel de pobreza es enorme y las mujeres, las más pobres dentro de esta categoría. y existen pocos centros de tratamiento dirigidos a esta población y en ocasiones con recursos limitados, existe la imperiosa necesidad de crearlos o en su defecto apoyar y/o supervisar a los existentes y darles acceso, con modalidades terapéuticas adecuadas y específicas. Asimismo, el personal médico y otros profesionistas de la salud de estos centros deben de sensibilizarse a las trayectorias y problemáticas específicas de estas mujeres.
- Interés especial debe prestarse a la historia de abuso físico y sexual. El abuso con frecuencia no es explorado en las historias clínicas de rutina, debido a los profundos sentimientos de vergüenza que sienten las mujeres cuando los sufren, porque la memoria de estos episodios puede estar reprimida o porque el personal de los servicios de salud se

siente incómodo de explorar estas áreas. Por lo tanto, es imperativo que exploraciones e interrogatorios sutiles al tema del incesto y del abuso puedan explorarse a lo largo del tratamiento.

- Un diagnóstico físico y psiquiátrico cuidadoso, son críticos para el éxito en el tratamiento. Debido a que las mujeres desarrollan daño físico más rápidamente que los hombres y tienen una prevalencia más alta de diagnósticos duales psiquiátricos, especial atención debe tenerse al elaborar el diagnóstico. El tamizaje por drogas de prescripción y la dependencia a la nicotina es especialmente importante, para que el tratamiento también contemple estas adicciones.
- La evaluación y el tratamiento de los miembros de la familia es también de valor especial en la valoración de las mujeres. Sus parejas con mayor frecuencia tiene problemas de alcohol o drogas, y sus hijos pueden llegar a tener síndromes de alcoholismo fetal o efectos de las drogas o en su defecto secuelas por haber crecido en una familia disfuncional.
- La educación sobre los efectos del alcohol y otras drogas debe contemplar el dar información sobre los efectos de estas drogas sobre el embarazo, sobre el control natal, y sobre la prevención del SIDA y de otras enfermedades infecciosas transmitidas a través de la sangre y los fluidos biológicos.
- La educación en roles parentales debe ser particularmente importante para la mujer adicta, quienes con frecuencia son madres solteras o han sido abandonadas. Además, estas mujeres frecuentemente son resultado de padres alcohólicos y tienen poca experiencia con modelos de roles parentales adecuado en relación a su propia infancia.
- Ha resultado de utilidad en algunos países que el apoyo que reciben las mujeres sean brindado por personas de su mismo género, algunas de las cuales también son adictas rehabilitadas y que pueden comprender, respetar y apoyar el proceso de recuperación. Los grupos tales como AA (Rosovsky y cols, 1992), Drogadictos Anónimos, Mujeres por la Sobriedad (Cantor, 1990; Kaskutas, 1989) y los Grupos de Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas, apoyan esta propuesta.(Gonzalez, 1995).
- La baja autoestima de la mujer adicta debe de tomarse en cuenta en el tratamiento. Técnicas especiales tales como: el entrenamiento en la asertividad han sido empleadas con resultados exitosos. (Gudmundsdottir,1994).

- El sexismo y sus consecuencias (por ejemplo: roles sociales inequitativos, devaluación de las labores femeninas, bajo empleo o paga inadecuada), debe de explorarse en relación a la experiencia de la mujer adicta. Es importante que el profesional que está tratando a las mujeres no mida el éxito únicamente en términos de el ajuste estereotipado al rol femenino social, porque al hacerlo le evita a la paciente el confrontar sus sentimientos sobre la individualidad y la independencia y por lo tanto, se pierde la mejor oportunidad de estudiar cuales son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida.
- Debe tenerse especial cuidado para no crear dependencia a drogas iatrogénica. Las benzodiazepinas y otras drogas sedantes y analgésicos que causan adicción deben de evitarse tanto como sea posible. Si es absolutamente necesario prescribirlos, el uso debe ser monitoreado muy de cerca y el medicamento suspenderse tan pronto como sea posible.
- Las mujeres adictas en el sistema de procuración de justicia con frecuencia son desatendidas debido a los menores porcentajes que representan respecto a los varones.

Las facilidades residenciales deben de manejarse de tal manera que eviten la asignación de roles basadas en estereotipos sociales; por ejemplo, no ponerlas a servir café, a barrer, a servir a otros o no brindarles capacitación únicamente en oficios tradicionales para la mujer como costura, repostería, cultura de belleza que en alguna medida obstaculizan la autonomía y el acceso a trabajos bien remunerados.

El entrenamiento al equipo de profesionales y la supervisión a largo plazo será necesaria par instituir y perpetuar una actitud no sexista ante el tratamiento a la adicción.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no hubiera podido llevarse al cabo sin la participación invaluable de las mujeres que compartieron sus experiencias. A todas ellas nuestro respeto y agradecimiento.

Este proyecto ha sido financiado por CONACYT bajo contrato 0525P-H9506 y por el Programa Universitario de Investigación en Salud.

Diversas personas y organizaciones han permitido el acceso a sus instalaciones para poder realizar parte del trabajo de campo, en especial se agradece el apoyo al Consejo Tutelar de Menores Infractoras, Secretaría de Gobernación

La revisión ortográfica del material transcrito fue realizada por el Psic. Guillermo Perez-Galán.

Gran parte de la recuperación de información bibliográfica y de clasificación de material fue realizado por las Pasantes de la Carrera de Pedagogía: Yasmín Robert y Aurea Cano, a ellas nuestros agradecimiento.

BIBLIOGRAFIA

BANYARD V., GRAHAM, BERMANN S.: Building and empowerment policy paradigm: self reported strengths of homeless mothers. Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 65 No. 4, 479-491 1995.

BARQUET M: Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres. En GIMTRAP. grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza. Las mujeres en la pobreza. El Colegio de México. 393, 1994.

BLUME S: Alcohol and other drug problems in women. En: Williams and Wilkins (second edition). J Lowinson, P Ruiz, R Millman, J Langrod. Substance abuse. A comprehensive textbook. U.S.A. cap 58: 1110, 1992.

BOLTVINIK J.: La Pobreza en México. II. Magnitud. Salud Pública Mex. Vol. 37, 298-309, 1995.

BOLTVINIK J.: La Pobreza en México. I Metodologías y Evolución. Salud Pública Mex. Vol. 37, 288-297, 1995.

CANTOR G: Women's friendships. Women's Groups. Psychiatric Annals. 20:398-401, 1990.

COMISION PARA EL ESTUDIO DE LOS NIÑOS CALLEJEROS. Ciudad de México: Estudio de los Niños Callejeros. Resumen Ejecutivo. México, 1992.

CONAPO: Situación de la mujer en México. Desafíos hacia el años 2000. p.p. 78, 1995.

DUNCAN G., BROOKS-GUN J., KATO P.: Economic deprivation and early childhood development. Child Development Vol. 65 296-318, 1994.

ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (1988) Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (1993) Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

- ETTORE E. , RISK A E.: Gendered Moods. Psychotropics and society. Routledge. London and New York p.p. 177,1995.
- ETTORE E.: Women and substance Use. Rutgers University Press , U.S.A. p.p.204, 1992.
- FOSTER G, ANDERSON B: Medical Anthropology. En: J Wily & sons (ed). Etnopsiquiatry. Cap. 5: 81-100, 1978.
- GOFFMAN E: Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu. Buenos Aires (ed). 172, 1993.
- GONZALEZ G: Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas. Entrevista. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995.
- GOODMAN L., DUTTON M.A., HARRIS M.: Episodically homeless women with serious mental illness: Prevalence of Physical and sexual assault. Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 65 No. 4, 468-478,1995.
- GUDMUNDSDOTTIR A: Women seeking treatment, alcohol abuse and psychological problems. Paper presented at the 20th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Switzerland, spi. June 4-8, 1994.
- KASKUTAS L: Women for sobriety: a qualitative analysis. Contemporary Drug Problems Summer:177-200, 1989.
- KLEINMAN A, KLEINMAN J: Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. Culture, Medicine and Psychiatry, 15:25-301,1991.
- KLEINMAN A: The Illness Narratives. Suffering, healing and the human condition. H Collins (ed). Basic Books p, U.S.A:269, 1988.
- LAGARDE M: Los cautiverios de las mujeres: madre-esposas, monjas, putas, presas y locas. Universidad Nacional Autónoma de México. Colección de posgrado. Facultad de Filosofía y Letras: 878, 1993.
- LAMBERT E: The collection and interpretation of data from hidden populations. NIDA Research Monograph 98:162, 1990.
- LEIGH B: A thing so fallen and so vile: images of drinking and sexuality in women. Contemporary Drug Problems. 22:415-451,1995.
- ORTIZ A, RODRIGUEZ E., GALVAN J., GONZALEZ L, UNIKEL C., SORIANO A: Sistema de Reporte de información en drogas. Tendencias en el área metropolitana. Reporte No 19, Instituto Mexicano de Psiquiatría., 1995.

ROG D., HOUPKA S., MCCOMBS-THORTON K.: Implementation of the homeless families program: 1. Service models and preliminary outcomes. Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 65 No. 4, 502-513,1995.

ROG D., MCCOMBS-THORTON K., GILBERT-MONGELLI A., BRITO C., HOLUPKA S.: Implementation of the homeless families program: 2. Characteristics, strengths and needs of participant families Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 65 No. 4, 502-513,1995.

ROMERO M., GOMEZ C., RAMIRO M, DIAZ A: Necesidades de atención a la salud mental en la mujer adicta. Trabajo aceptado para su publicación en Suplemento de Salud Mental. (1996 en prensa).

ROMERO M: Proyecto: Estudio de las adicciones a sustancias psicoactivas en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1995.

ROMERO M: Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones. Revista Psicología y Salud. 5(5), 1995.

ROSOVSKY H, CASANOVA L, PEREZ-LOPEZ C, NARVAEZ A: Alcoholics Anonymous in Mexico. En: J. Cohen-Yañez et al, Elsevier Science Publishers (ed). Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence. From the Molecular to the social Level. Amsterdam, New York, Tokyo: 404, 1992.

SALLES V: Pobreza, pobreza y más pobreza. En: GIMTRAP. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer. Trabajo y Pobreza. Las mujeres en la pobreza. El Colegio de México, 393, 1994.

SANDAMAIR M : The invisible alcoholics: women and alcohol abuse in America . ed. Mac Graw Hill, New York,1980.

SARIS J: Telling stories: life histories, illness narratives, and institutional landscapes. Culture, medicine and Psychiatry. 19:39-72, 1995.

VAN DER BERGH N: Feminist perspectives on addictions. Springer Publishing Company (ed), New York, 222, 1991.

WEINREB L., BROWNE A., BERSON J: Services for homeless pregnant women: Lessons from the field. Amer. J. Orthopsychiat. Vol. 65 No. 4, 492-501, 1995.

WHO. Programme on Substance Abuse. A one-way street? Report on phase I of the street children project. World Health Organization. 1993.