

01081 17
297-

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ESTUDIO DE LAS ADICCIONES EN MUJERES Y SU
RELACION CON OTROS PROBLEMAS
DE SALUD MENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN ANTROPOLOGIA
P R E S E N T A :

MTRA. MARTHA PATRICIA ROMERO MENDOZA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MARCELA LAGARDE

COMITE DE TESIS: DRA. LARISSA ADLER.

DRA. VANIA SALLES.

DRA. ELENA AZAOLA.

DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA.

DR. LUIS VARGAS.

DR. CARLOS SERRANO.

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Titulo de la tesis:

ESTUDIO DE LAS ADICCIONES EN MUJERES Y SU RELACION CON OTROS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Grado y nombre del tutor o director de tesis:

DRA. EN ANTROPOLOGIA DRA. MARCELA LAGARDE Y DE LOS RIOS

Institución de adscripción del tutor o director de tesis:

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES/ FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

Resumen de la tesis: (Favor de escribir el resumen de su tesis a máquina, como máximo en 25 renglones a un espacio, sin salir de la extensión de este cuadro.)

La presente tesis se aproxima al fenómeno del abuso de sustancias en las mujeres desde la antropología con una perspectiva de género por considerar que la utilización de herramientas tales como las historias de vida y las narrativas de los padecimientos, además de la utilización de las categorías de análisis del feminismo permiten acercarse a la versión émica de las usuarias de sustancias en torno a su experiencia adictiva.

Esta tesis intenta brindar información que permita comprender el contexto en el que se desarrolla la vida de las mujeres con problemas de abuso y adicción a sustancias psicoactivas y la descripción de sus experiencias en torno a la familia de origen, la educación, la violencia, la sexualidad y algunos problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad.

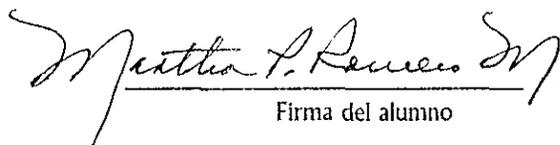
La tesis está dividida en dos partes. La primera parte tiene tres capítulos, en el primero se establece el marco conceptual, se revisan las aportaciones que desde la antropología se han hecho al campo del estudio del abuso de sustancias. En el segundo capítulo se describe brevemente la magnitud del problema de las adicciones en las mujeres y revisa las perspectivas teóricas sociales que han brindado conocimiento al fenómeno. Asimismo presenta críticas a tales posturas teóricas desde la teoría de género feminista. El tercer capítulo ubica metodológicamente la investigación y describe las fuentes e instituciones que participaron en el proyecto, plantea las hipótesis de trabajo.

La segunda parte presenta las historias de vida de las 18 mujeres entrevistadas y los hallazgos y reflexiones en torno a este grupo de mujeres ubicadas en cuatro contextos diferentes: organizaciones no gubernamentales, instituciones de procuración de justicia, servicios de tratamiento y grupos de autoayuda.

Se presentan conclusiones y una discusión final.

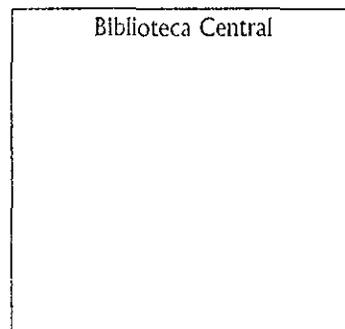
LOS DATOS ASENTADOS EN ESTE DOCUMENTO CONCUERDAN FIELMENTE CON LOS REALES Y QUEDO ENTERADO QUE, EN CASO DE CUALQUIER DISCREPANCIA, QUEDARÁ SUSPENDIDO EL TRÁMITE DEL EXAMEN

Fecha de solicitud: _____


Firma del alumno

Acompaña los siguientes documentos:

- Nombramiento del jurado del examen de grado
- Aprobación del trabajo escrito por cada miembro del jurado
- Copia de la última revisión de estudios
- Comprobante de pago de derechos por registro del grado



STUDY ON WOMEN ADDICTIONS AND THEIR RELATION WITH OTHER MENTAL HEALTH PROBLEMS.

M.C. MARTHA P. ROMERO MENDOZA

ABSTRACT

The present thesis approaches de substance abuse phenomena on women from anthropology with a gender perspective, for considering that the use of tools such as life histories and illnesses narratives besides the use of the analysis categories from feminism, allows to reach the emic version of the women users in relation with their addictive experience.

This thesis pretend to give information that permit understand the social context in which the lives of these women with psychoactive substance abuse and addiction develop and describe their experiences related with their family of origin, education, violence, sexuality and some problems of mental health such as depression and anxiety.

The thesis is divided in two parts and seven chapters. The fist part has three chapters, in the first one it is established the theoretical frame of reference, they are reviewed the contributions from anthropology into the field of substance abuse. The second chapter describes briefly the problem magnitude in women and offers a review of the social theoretical perspectives that have given knowledge to the phenomena. Also presents the critic to such perspectives from the gender perspective. The third chapter gives the methodological frame of reference and describes the sources and institutions that participated in the project, describes the work hypothesis.

The second part presents the life histories of the 18 women interviewed and the results related with this group of women located in four different contexts: non-gubernamental institutions, justice institutions, treatment services and self-help groups. Also it is presented the final conclusion and discussion.

AGRADECIMIENTOS

La investigación en la que se basó la presente tesis fue financiada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, proyecto número 4291, por el Programa Universitario de Investigación en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, gracias al convenio promovido por los doctores Dr. Ramón de la Fuente, Dr. José Eduardo San Esteban y el Dr. Alejandro Díaz Martínez.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) financió el proyecto bajo contrato No.0525-H9506.

Esta tesis es la conclusión de un trabajo que fue apoyado en forma entusiasta y decidida por numerosos profesores e investigadores. En primer lugar agradezco al Dr. Luis Vargas quien siendo director del Instituto de Investigaciones Antropológicas, aceptó el proyecto para ser llevado a cabo dentro del mismo. Al Dr. Carlos Serrano quien siempre tuvo la disposición para la orientación y la ayuda incondicional para cursar todos y cada uno de los requisitos del doctorado. La Dra. Leticia Méndez y Mercado* guió el trabajo en los primeros semestres. La Dra. Larissa Adler y la Dra. Vania Salles compartieron conmigo sus conocimientos, su experiencia y sobre todo su valioso tiempo.

Muy especialmente el agradecimiento infinito a la Dra. Marcela Lagarde y de los Ríos quien con su generosa ayuda y sororidad, me permitió compartir dentro de sus seminarios numerosas inquietudes y posibilitó el intercambio con otras investigadoras cuyos comentarios, críticas y señalamientos sin duda mejoraron el trabajo final.

A la Sra. Teresa García, secretaria de la coordinación del doctorado del Instituto de Investigaciones Antropológicas, mi sincero reconocimiento por desarrollar siempre con gran eficiencia y cordialidad el trabajo administrativo.

El trabajo de campo fue posible a las facilidades que brindaron las siguientes instituciones y personas: El Consejo Tutelar de Menores Infractores de la Secretaría de Gobernación; el Patronato de ayuda y solidaridad con las niñas de la calle (Casa Alianza) en especial por la ayuda brindada por el Psic. Carlos Nuñez; el Centro de Atención Toxicológica Venustiano Carranza del Departamento del Distrito Federal en especial por el apoyo del Dr. Conrado del Arco, el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan de la Secretaria de Gobernación; al Hospital Español y a diversos grupos de autoayuda que permitieron la asistencia a sus juntas y me brindaron su amistad

A la Dra Ma. Elena Medina-Mora, jefa de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, del Instituto Mexicano de Psiquiatría por las facilidades y apoyo otorgados para la realización de ésta investigación y propiciar mi participación en foros nacionales e internacionales que ayudaron a tener un marco teórico extenso..

La Psic Cecilia Gómez Castro y el Psic. Guillermo Pérez-Galán fueron investigadores asociados al proyecto La Psic. Rosa Ma. Aguilera y la Psic. Liliana Mondragón colaboraron en algunas secciones. Asimismo las pedagogas Aurea Cano y Jazmín Roberts realizaron su servicio social apoyando la búsqueda y clasificación de información bibliográfica.

A mis hijas: Andrea y Michelle

A mi esposo: Miguel Angel

*A mi madre, hermanas y hermanos: Paquita, Francisco, Mavi, Guadalupe,
Luis Enrique, Federico y Alejandra.*

A todos mis amigas y amigos

A todos mis compañeras y compañeros de trabajo

ÍNDICE

PRIMERA PARTE

Capítulo 1. Introducción

Antecedentes	3
Cultura y género	12
Subjetividad	14
Salud Mental	15
Malestar femenino y subjetividad femenina	17
El problema de la adicción	18
Dependencia a sustancias psicoactivas vs dependencia emocional	21
Especificidad de las mujeres	21
Condición de la mujer	22
Situación de la mujer	22
Opresión de género	22
Poder	23
Cuerpo y sexualidad	23
Violencia genérica	24

Capítulo 2. Magnitud del problema y perspectivas teóricas sociales.

Principales hallazgos epidemiológicos sobre el consumo de sustancias en mujeres	26
Perspectivas teóricas sociales	39
Perspectivas orientadas en el usuario	39
Perspectiva funcionalista	39
Perspectivas estructurales	46
Perspectiva del construccionismo social	47
Implicaciones de las perspectivas orientadas en los usuarios	48

Capítulo 3. Metodología y fuentes de información.

Planteamiento del problema	52
Objetivos	52
Hipótesis Generales	53
Descripción del estudio y características de la muestra	53
Metodología	56
Historia oral e historia de vida	57
Historia oral feminista	61

SEGUNDA PARTE

Capítulo 4. Las mujeres adictas en el encierro

Las mujeres adictas en el encierro	68
Los delitos contra la salud	72
Historia de los centros, contextos de entrevista y descripción de la población.	
<i>Consejo Tutelar de Menores Infractores</i>	
73	
Centro de Readaptación social femenil Tepepan	80
Hallazgos y Reflexiones	
Familia	85
Violencia en casa	89
Fase de Calle	94
Violencia fuera de casa	96
Consumo de sustancias	99
Violencia delictiva	104
Salud reproductiva	106
Psiquiátricos	111
Vida en las instituciones	114
Discusión	118
Cuadros.	
Cuadro 1. Datos generales	121
Cuadro 2. Tipos de familias	122
Cuadro 3. Consumo de alcohol y drogas en la familia	123
Cuadro 4. Violencia en casa	124
Cuadro 5. Fase de calle	125

Cuadro 6	Violencia fuera de casa	126
Cuadro 7	Drogas Parte I	127
Cuadro 8,	Drogas Parte II	128
Cuadro 9.	Sexualidad I	129
Cuadro 10	Sexualidad II	130
Cuadro 11	Diagnósticos Psiquiátricos	131

RESUMEN DE LAS HISTORIAS DE VIDA

CERESO

Adela	132
Pachuli	138
Sandra	144
Susana	151

CENTRO DE ORIENTACION MUJERES

Areidy	158
Jazmin	163
Mayra	169
Sarahi	177
Willy	182

Capítulo 5. Organizaciones no gubernamentales de asistencia privada

Las ONG's de asistencia privada	188	
Método	197	
Grupos focales	197	
Trabajo infantil	199	
Trabajo domestico	203	
<i>Hallazgos en historias de vida</i>		
Familia	208	
Violencia	208	
Violencia fuera de casa	209	
Consumo de alcohol y de drogas	211	
Aspectos psiquiátricos	212	
Discusión	212	
Cuadros.		
Cuadro 1	Datos generales	216
Cuadro 2	Tipos de familias y	
Cuadro 3.	Consumo de alcohol y drogas en la familia	217
Cuadro 4	Violencia en casa	218
Cuadro 5	Violencia fuera de casa	219
Cuadro 6	Drogas Parte I	220

Cuadro 7. Drogas Parte II	221
Cuadro 8. Sexualidad I	222
Cuadro 9. Sexualidad II	223
Cuadro 10. Diagnósticos Psiquiátricos	224

RESUMEN DE LAS HISTORIAS DE VIDA

Michelle	225
Aimee	234
Mónica	242

Capítulo 6. Servicios de tratamiento

Los servicios de tratamiento	252
Descripción del programa del Centro de Atención Toxicológica "Venustiano Carranza". Jóvenes por la Salud	255
Hallazgos en las historias de vida	
Familia	256
Violencia	256
Violencia fuera de casa	260
Consumo de alcohol y de drogas	261
Sexualidad	262
La mujer lesbiana	263
Diagnósticos psiquiátricos	265
Discusión	265
Cuadros	
Cuadro 1. Datos generales	267
Cuadro 2. Tipos de familias y	
Cuadro 3. Consumo de alcohol y drogas en la familia	268
Cuadro 4. Violencia en casa	269
Cuadro 5. Violencia fuera de casa	270
Cuadro 6. Drogas Parte I	271
Cuadro 7. Drogas Parte II	272
Cuadro 8. Sexualidad I	273
Cuadro 9. Sexualidad II	274
Cuadro 10. Diagnósticos Psiquiátricos	275

RESUMEN DE LAS HISTORIAS DE VIDA

Guille	276
Paty	283
Magda	289

Capítulo 7. Grupos de Autoayuda

Los grupos de autoayuda	296
Estudio de los grupos	297
Niveles de comprensión	299
A A y las mujeres	301
Mujeres por la sobriedad	303
Hallazgos en las historias de vida	
Familias	308
Violencia en casa	308
Violencia fuera de casa	308
Alcohol y drogas	309
Salud reproductiva	309
Psiquiátricos	310
Discusión	310
Los Doce pasos de A A.	314
Cuadros	
Cuadro 1. Datos generales	315
Cuadro 2. Tipos de familias	
Cuadro 3. Consumo de alcohol y drogas en la familia	316
Cuadro 4. Violencia en casa	317
Cuadro 5. Violencia fuera de casa	318
Cuadro 6. Drogas Parte	319
Cuadro 7. Drogas Parte II	320
Cuadro 8. Sexualidad I	321
Cuadro 9. Sexualidad II	322
Cuadro 10. Diagnósticos Psiquiátricos	323
RESUMEN DE LAS HISTORIAS DE VIDA	
Isabel	324
Carmen	330
Elisa	344
Discusión y conclusiones	363
Anexo	379
Bibliografía	383

INTRODUCCION

El estudio del uso y abuso de sustancias desde la antropología no es nuevo. Sin embargo, ha existido una ausencia de proyectos diseñados para la comprensión de dicho fenómeno exclusivamente en las mujeres. La reflexión en el área de adicciones a sustancias psicoactivas en este grupo, se justifica porque expone una serie de problemas vinculados que, entre otros *incluyen la tensión entre las ciencias sociales y naturales dentro de la investigación, la priorización de los proyectos dirigidos con criterios diseñados para población masculina en detrimento de los proyectos dirigidos a mujeres; el positivismo vs la investigación social crítica.* 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 de sentir las mujeres que tienen problemas de adicciones y por ende define como deben de ser tratadas.*

Lo anterior hace evidente el hecho de que la problemática de las mujeres adictas a sustancias psicoactivas ha permanecido invisible, es decir, estudiada, explicada, dirigida y tratada desde una perspectiva masculina, sin hacer evidente la especificidad, la condición y la situación de las mujeres en general, y de las usuarias de sustancias en particular además de no tomar en cuenta su diversidad

La presente tesis se aproxima al fenómeno del abuso de sustancias en las mujeres desde la antropología con una perspectiva de género por considerar que la utilización de herramientas tales como las historias de vida y las narrativas de los padecimientos (*illnesses narratives*) además de la utilización de las categorías de análisis del feminismo, permiten acercarse a la versión émica de las usuarias de sustancias en torno a su experiencia adictiva.

Esta tesis intenta brindar información que permita comprender el contexto en el que se desarrolla la vida de las mujeres con problemas de abuso y adicción a sustancias psicoactivas y la descripción de sus experiencias en torno a la familia de origen, la educación, la violencia, la sexualidad y algunos problemas de salud mental como la depresión y la ansiedad.

Para la presentación de la misma se dividió la información en dos partes y 7 capítulos. La primera parte tiene tres capítulos, en el primero se establece el marco conceptual, se revisa someramente las aportaciones que desde la antropología se han hecho al campo del estudio del abuso de las sustancias. Explica la importancia de abordar el problema desde la antropología

médica/social con una visión de género feminista y las categorías que pueden resultar útiles para el análisis. En el segundo capítulo se describe brevemente la magnitud del problema de las adicciones en las mujeres y revisa las perspectivas teóricas sociales que han brindado conocimiento al fenómeno. Asimismo presenta algunas críticas a tales posturas teóricas desde la teoría de género feminista.

El tercer y último capítulo de la primera parte, ubica metodológicamente la investigación y describe las fuentes e instituciones que participaron en el proyecto y plantea las hipótesis del trabajo. Describe algunas características del grupo de mujeres que constituyó la muestra.

La segunda parte presenta las historias de vida de las 18 mujeres entrevistadas y los hallazgos y reflexiones en torno a este grupo de mujeres ubicadas en cuatro contextos diferentes: instituciones de procuración de justicia: el Consejo Tutelar de Menores Infractores y el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan, las organizaciones no-gubernamentales de asistencia privada en este caso el Patronato de ayuda y solidaridad con las niñas de la calle; el programa denominado "Jóvenes por la Salud" del Centro de Atención Toxicológica del D.D.F.; los grupos de autoayuda (Alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos).

PRIMERA PARTE

Antecedentes

Las sustancias químicas utilizadas para modificar los estados de conciencia han aparecido en diversas culturas arqueológicas e históricas, la tradición oral, las prácticas primitivas, las antiguas crónicas así como en las historias heroicas que señalan el hecho de que los hombres y las mujeres, a diferencia de cualquier otro ser viviente, tiene cierta fascinación por inducirse estados de realidad considerados no ordinarios. Estas sustancias han sido utilizadas para situaciones valoradas como positivas y negativas: curar, embrujar, profetizar y entretener. Le han dado al hombre y a la mujer los medios para adquirir la "guía divina"¹, como fuente de actividad religiosa, para brindar esparcimiento en situaciones de cambio cultural y como beneficio terapéutico en prácticas curativas. Sin embargo, también se ha probado que las sustancias psicoactivas no son los únicos medios mediante los cuales los seres humanos han intentado modificar la vida cotidiana. Los ejercicios, la meditación, los cánticos, la flagelación, la hipnosis, el fenómeno de trance inducido por la danza rítmica y otras actividades son medios para adquirir una realidad diferente (Knipe E, 1996, Viesca C, 1994)

Ludwig (citado por Dobkin M, 1984) afirmó que los estados alterados de conciencia tienen diferentes funciones en las diversas sociedades, pudiendo ser adaptativos o desadaptativos siempre tratando de lograr alguna de las diez alteraciones siguientes

- a) Alteraciones en el pensamiento. a un nivel subjetivo, perturbaciones en la concentración, en la memoria, en la atención, en el juicio
- b) Perturbación en el sentido del tiempo. alteraciones en la forma en cómo el sujeto percibe el tiempo ya sea lento o acelerado. El tiempo también puede ser infinito o increíblemente corto en su duración
- c) Pérdida de control. Si en la cultura del sujeto existe la idea que a través de la experiencia del consumo de alguna sustancia se puede experimentar la divinidad o llegar a ser el vocero de un dios, la pérdida de control, no aparecerá como una experiencia amenazante

¹ De acuerdo a Vargas L (1998) algunos de estos productos se les llama enteógenos, es decir permiten comunicarse de la divinidad (comunicación personal).

d) Cambios en la expresión emocional: A diferencia de la expresión emocional durante la vida diurna, una persona puede exhibir experiencias emocionales extremas que pueden ir del éxtasis hasta miedos y depresiones profundas

e) Cambios en la imagen corporal: Algunas personas en ciertas culturas experimentan despersonalizaciones es decir, una escisión entre la mente y el cuerpo; tales como la disolución de los límites entre el propio ser y el otro, el mundo o el universo

f) Distorsiones perceptuales: pueden experimentarse imágenes visuales múltiples, hiperagudeza perceptual e ilusiones de diversas índoles. Muchos factores pueden ser primordiales aquí tales como las expectativas culturales, las fantasías individuales ó la realización de deseos así como patrones geométricos que difieren en color, diseño y figura Algunas drogas alucinógenas pueden provocar un fenómeno llamado cinestesia combinando dos o mas modalidades sensoriales. por ejemplo uno puede ver lo que escucha

g) Cambio en el significado: Cada persona otorga un significado diferente a su experiencia subjetiva, idea o percepción.

h) Sentido de lo inefable. dificultad en poder compartir la naturaleza o la esencia de lo vivido.

i) Sentimientos de rejuvenecimiento espiritual

j) Hipersugestibilidad

Desde el punto de vista antropológico para Dobkin M (1984) las sustancias psicotrópicas pueden tener tres grandes vertientes de estudio la utilización de "las drogas y lo sobrenatural" que son aquellas situaciones en las que los hombres y las mujeres utilizan dichas sustancias con fines mágico-religiosos, para adivinar el futuro, para orientarse en su búsqueda de lo bueno y lo diabólico La segunda categoría sería "Las drogas y el tratamiento de las enfermedades" y la tercera categoría la conformaría "Las drogas, el placer y la interacción social"

El trabajo antropológico sobre el consumo de alcohol y de drogas² en la actualidad con frecuencia cuestiona los supuestos convencionales acerca del uso y abuso (Agar 1997, Heath

² Los antiguos griegos llamaban a las drogas *pharmakon*, una palabra que al mismo tiempo significaba ser medicina y veneno En forma similar, *pharmakeuein* denominaba dependiendo del contexto, tanto la práctica de la brujería como la utilización de medicinas. Estos conceptos simples, que reflejan cierta ambivalencia, representan el intento de la sociedad griega de entender el poderoso efecto de las drogas en la mente y el cuerpo del individuo Aún en nuestra época, las sociedades tiene grandes dificultades para llegar a una definición satisfactoria de la

1998) Los antropólogos poseen un enfoque diferente al acercarse el estudio del uso y abuso de sustancias, en consecuencia, su trabajo a menudo crea controversias para los encargados de la política pública, y los prestadores de servicios. La controversia - y en ocasiones el escepticismo - cuestiona el enfoque y los métodos aplicados, la interpretación de los datos y las recomendaciones para la política (Bennett L, 1996)

El interés desde la antropología en los estudios del uso y abuso de las drogas ha estado presente por muchos años. Sin embargo, no es sino hasta 1970 que esta investigación se amplía a estudios etnográficos más amplios en sociedades de diversos países de Latinoamérica, África, Oceanía y la India. En esta tradición la recolección de información sobre sustancias que alteran la mente formaban tan solo un componente de un estudio global, tal como el uso de plantas con propósitos medicinales ó para describir ceremonias de curación donde se utilizaban plantas sagradas (Viesca C, 1994, Barrera E, 1991). Algunos estudios que tuvieron su origen en investigaciones sobre experiencias religiosas y de sustancias alucinógenas por ejemplo el teonanácatl por Wasson, y se especializaron en el contexto cultural de la ingestión de alucinógenos tales como el peyote y la mezcalina (Dobkin M, 1984, Furst P, 1980)

Para los años 70s, la antropología no había desarrollado una tradición de investigación en el área de uso de sustancias de forma explícita, especialmente en relación al abuso de drogas. Con

palabra "droga" Para mucha gente, las drogas son simplemente sustancias que los médicos prescriben para aliviar una enfermedad o malestar. Tal definición, inofensiva, no ayuda a aclarar la confusión. ¿Qué es una droga? es complicado por el hecho de que diversas sustancias no consideradas como tales pueden funcionar como drogas bajo diversas circunstancias, por ejemplo, algunos alimentos y bebidas ó los solventes y los aerosoles. Además la gente piensa a menudo en el alcohol simplemente como una bebida cuyo uso normal puede ser intercambiado por el uso de otras. Por ello, la definición de sustancias psicoactivas puede construirse como aquellas sustancias externas al cuerpo que tienen la capacidad de influir en el comportamiento mediante la alteración de los sentimientos, el estado de ánimo, la percepción u otros estados mentales y, cuya definición compartida por un grupo particular incluye la creencia en su habilidad de alterar las funciones normales del cuerpo, en ciertos contextos y situaciones determinadas. Desde la farmacología el efecto de tales sustancias es una alteración funcional de la estructura o proceso sobre el cual actúa la droga. Por la influencia del contexto cultural del consumo, las definiciones de un gran número de sustancias varían. De acuerdo a Cox, Jacobs, Leblanc y Marshman (1983) las drogas psicoactivas pueden dividirse en ocho grandes grupos por su origen (naturales, semi-sintéticas o sintéticas), por su acción, por su uso terapéutico (anorexigénicos, antidepresivos, analgésicos), por el sitio de acción al nivel del Sistema Nervioso Central (estimulantes-depresores), por su estructura química, por su mecanismo de acción (inhibidores de la monoaminoxidasa), por los nombres que reciben en la calle (activo, chemo, etc.), por su dimensión de legalidad e ilegalidad. Además podría agregarse el tipo de uso: uso médico, uso recreacional, uso sociocultural.

los financiamientos más disponibles para tales estudios y con la expansión de la antropología aplicada, la situación ha cambiado dramáticamente en las últimas dos décadas

En respuesta a la epidemia del SIDA y su asociación al consumo de drogas intravenosas, los antropólogos pasaron a ser investigadores clave en la agenda del contexto sociocultural de conductas de riesgo en un esfuerzo para desarrollar programas de prevención efectivos. De hecho, los antropólogos han sido muy exitosos para obtener financiamiento para proyectos de VIH y SIDA asociados a la vida en la calle, el riesgo de infección por drogas intravenosas y la propuesta de políticas para controlar el intercambio de jeringas y en parte por la necesidad de conducir trabajos cualitativos en esta área (Hopkins W 1988; Feldman H y Biernacki P 1988, Buning E, van Brussel G, van Santen G 1988; Liguori A, 1995 Trotter R, 1995). Así el campo del estudio de drogas ha desarrollado diversas subespecializaciones entre los antropólogos preocupados con la familia, el tratamiento y las poblaciones especiales, también denominadas ocultas (considerando entre ellas los indios norteamericanos, los grupos hispanos, los obreros y las mujeres, Lambert E, 1990).

A la fecha, las discusiones de los antropólogos acerca del uso y abuso de sustancias con frecuencia tratan en forma separada el alcohol respecto de otras drogas. Esta tendencia en los Estados Unidos refleja las políticas nacional e internacional y de investigación así como de tratamiento. En la antropología misma es relativamente raro que una o más drogas se incluyan en un estudio o en sus publicaciones.

Los antropólogos del campo del uso de sustancias se han enfocado primordialmente en los estudios del alcohol, tanto en los Estados Unidos como en nuestro país destacando los estudios de Menendez E (1992,1996) y de Berruecos L (1988,1994). El primer autor ha desarrollado su trayectoria de investigación basándose en la crítica del modelo médico hegemónico al describir y analizar la institucionalización de la biomedicina en términos de las relaciones de hegemonía-subalternidad que operan entre la medicina científica y otros saberes médicos y que fueron subordinados, excluidos, transformados o negados por la expansión de la biomedicina. Este modelo es un conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta lograr identificarse como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar

los problemas de la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos³ entre otros, el problema del alcoholismo

Así, las definiciones y modelos conceptuales desarrollados desde el modelo médico de las adicciones para explicar la naturaleza esencial de la dependencia a las drogas, no siempre corresponden a los conceptos y definiciones que son de utilidad para otras disciplinas. Ambos, las definiciones y los modelos se ven influidos e influyen en los conceptos y en las definiciones utilizadas por otros grupos en la sociedad contemporánea. Actualmente, para los investigadores clínicos, las ideas que más influyen sobre la naturaleza del abuso y dependencia a las drogas están incluidas en el Manual Diagnóstico y Estadístico, cuarta revisión (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11). Son respectivamente el compendio oficial de los desórdenes que consideran la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud. Ambas publicaciones incluyen secciones sobre los trastornos mentales y conductuales debidos al uso de sustancias psicoactivas. Las publicaciones citadas, incluyen secciones que presentan definiciones breves de los diversos síndromes y el conjunto de criterios que le permiten a un clínico ó a un epidemiólogo, el juzgar si cierto caso reúne los criterios para considerar que una persona abusa o es dependiente a las drogas. Estos conceptos han sido creados a lo largo del tiempo por un grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud que si bien no son idénticos, comparten algunos rasgos formales estructurales y sus fundamentos teóricos pueden seguirse desde sus primeras reuniones en 1976

Las tres funciones que cumple este modelo médico son: las curativas, preventivas y mantenimiento, el control normatización-medicalización-legitimación y económico-ocupacionales.

³ Entre sus características más importantes están: biologicismo, concepción metodológica positivista, dominio de un marco teórico-ideológico evolucionista y cartesiano, ahistoricidad, asoialidad, individualismo, la salud y la enfermedad como mercancías en términos directos o indirectos, eficacia pragmática, dominación de una orientación curativo-asistencial, concepción de la enfermedad como ruptura-diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del sintoma, relación asimétrica médico-paciente, concepción del paciente como ignorante o como portador de un saber médico equivocado, el paciente como responsable de su enfermedad, el paciente como consumidor pasivo, exclusión del paciente del saber médico, escasa aplicación de actividades preventivas y dominio de una prevención no estructural, no legitimación científica de otros saberes, profesión formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, tendencia a la escisión teoría-práctica.

En la última década los estudios antropológicos se han centrado en el estudio de drogas de abuso reciente como los solventes, la cocaína y el crack, esto se debe en parte a la definición occidental del uso de la heroína, el opio, la marihuana y la cocaína como una conducta claramente desviada y en parte por la demanda de intervención clínica y legal. Por otro lado, la cultura de la calle alrededor del uso de heroína y el uso de metadona en el tratamiento de la adicción, tiene gran interés para los centros de tratamiento (Funes J, Romani O, 1985). El interés antropológico hacia las drogas de los 70s hacia la heroína cambia en los 80s hacia el crack y la cocaína, incluso en los 90s se realizan estudios europeos transculturales sobre el tema (Bieleman B, Diaz A, Merlo G, Kaplan Ch 1993) y estudios coordinados por la Organización Mundial de la Salud, basados en enfoques cualitativos para la comprensión del uso y abuso de sustancias en diferentes culturas, en los que participó México (Campillo C, Romero M, Medina-Mora M E, Cerrud J, 1998). Asimismo es de interés para la antropología el estudio del lenguaje que gira en torno al consumo descubriendo "argots" claramente diferenciados por tipo de drogas y usuarios (Flores Farfán, 1992) No sería extraño que los nuevos proyectos cambiaran la dirección hacia las nuevas drogas sintéticas tales como el éxtasis.

El enfoque *émico*⁴ del antropólogo sobre el mundo social y cognitivo del usuario de drogas es con frecuencia contrario a la percepción del clínico y de la política pública acerca del problema. Los dominios de la clínica y de la política de la sociedad tienen una perspectiva *ética*, con respecto al uso de sustancias y así expresan su impaciencia, ante los argumentos que sugieren que el uso de estas sustancias desde la perspectiva del usuario no necesariamente constituye una conducta desviada. Esta perspectiva ha caracterizado gran parte de la investigación antropológica sobre el alcohol y las drogas en los 90s.

⁴ Emico/ético: basándose en una sugerencia Pike Kenneth (1971) construyó el par ético/émico. El enfoque émico se caracteriza frente al enfoque ético por los siguientes rasgos: es específico e intracultural (el ético es genérico e intercultural), se basa en el descubrimiento (el ético en la predicción), constituye un punto de vista interior (el ético es exterior), es relativo (el ético es absoluto), es integrador (el ético fragmentador) es final es decir proporciona un punto de llegada - (el ético es inicial - proporciona un punto de partida). El enfoque objetivo o ético es aquel en el que el investigador analiza la conducta de otros desde la perspectiva de su ciencia y por lo tanto de su cultura. Este suele ser el punto de partida y es externo a lo analizado. Sus unidades de análisis se establecen con anticipación. El enfoque subjetivo o émico analiza la conducta mediante el enfoque y los términos de sus actores. Sus unidades de análisis no se predicen, se descubren.

Las drogas se acomodan y adaptan a un conjunto de conductas y creencias, y los programas de tratamiento deben trabajar con la realidad al proponer formas alternativas de vida para una adicto en recuperación. Así, una comprensión lúcida de los mundos sociales y cognitivos de la cosmovisión de los usuarios es muy pertinente para los esfuerzos de prevención e intervención.

El enfoque de investigación de los antropólogos en el campo del uso de sustancias, da cuenta del contexto en que tiene lugar y del por qué otras personas provenientes de otras disciplinas, muestran interés en conocer el papel de la cultura en el uso y abuso de sustancias. Sin embargo, el concepto de cultura con frecuencia se aplica en formas discrepantes en relación al concepto en la antropología. Específicamente, en las mentes de algunos investigadores la "cultura" ha llegado a ser sinónimo de una membresía supuesta a un grupo étnico particular, nacionalidad, grupo racial, afiliación religiosa. Sin embargo esto es contrastante con la definición de cultura de la antropología, que la considera como un proceso dinámico a través del cual los individuos y las sociedades aprenden la suma total de conductas de la sociedad y los sistemas de creencias asociados, incluyendo aquellos sobre las prácticas y creencias respecto al uso de drogas y alcohol (Bennett, 1996).

La cultura es simbólica pero los fenómenos culturales están insertos en contextos sociales estructurados. Por ello, el análisis cultural es el estudio de las formas simbólicas- de las acciones, objetos y expresiones significativas de diversos tipos- en relación con los contextos y procesos históricamente específicos y estructurados socialmente (edad, etnia, clase social) dentro de los cuales se producen, transmiten y reciben tales formas simbólicas⁵ (Thompson 1990)

Dos enfoques desde la antropología en consecuencia han mostrado interés por el uso y abuso de sustancias, la antropología social y la antropología médica.

Antropología médica. Cuando la medicina está exenta de un análisis cultural, diversos supuestos usualmente aparecen: que la naturaleza y la cultura son categorías dicotómicas, que es posible comprender el mundo lógico y naturalmente a través de la aplicación de la ciencia y que el

⁵ Las formas simbólicas tienen cinco características: intencionales, convencionales, estructurales, referenciales y contextuales.

desarrollo tecnológico finalmente triunfará sobre la naturaleza incluido el cuerpo humano. En relación a la salud y los padecimientos (illness), esta perspectiva objetivista asume que el amplio rango de explicaciones y prácticas humanas en relación a la salud, los padecimientos, las patologías y las muerte, pueden ser superfluas si se suplen con la educación universal en educación pública y biología humana y a través de la disponibilidad de cuidado médico accesible

De aquí surge en parte, el reconocimiento fundamental de lo en ocasiones es irreconciliable epistemológicamente hablando, entre la antropología y la biomedicina dominante: sus formas de conocer y de observar. La mayor parte del conocimiento antropológico es fundamentalmente esotérico/particular (tiene que ver con la diferencia, la alteridad y la singularidad) con lo local, lo simbólico y lo relativo. Gran parte del conocimiento biomédico permanece intrínsecamente universal, objetivista y radicalmente reduccionista/materialista- como resultado de una herencia cartesiana. Mientras que la biomedicina, en teoría supone no siempre en la práctica, un universal, los antropólogos médicos interpretativos desde la teoría crítica, se ven confrontados con cuerpos rebeldes “anárquicos”- cuerpos que se rehusan a conformarse (subsumirse) en categorías supuestamente universales y conceptos de patologías, stress y eficacia médica. A este otro lado de la división teórica, le preocupan menos las explicaciones ordinarias y se aboca más a la comprensión de la vida social como “la negociación de significados”. Aquí, en lugar de simplemente estudiar los sistemas y prácticas médicas “alternativas”, la antropología médica viene a ser más radical, la forma en como todo el conocimiento que se relaciona con el cuerpo, a la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico en el tiempo y en el espacio (Lock M, Scheper-Hughes N, 1996)

Por lo anterior no es de extrañar que en la actualidad se debate sobre las ventajas y desventajas del par de enfoques cuantitativo-cualitativo y es frecuente que se especule sobre el comportamiento futuro de ambos , pero pocas veces se reflexiona sobre la contingencia histórica de su génesis y su relación constructiva-interpretante respecto de la realidad social (Delgado y Gutiérrez, 1996). De hecho una parte del desarrollo del enfoque cualitativo parte del cuestionamiento de para qué o para quién se hace aquellos que se hace, como se observa, la trascendencia de la posición de observación y el lugar desde el que se habla (Ibañez J1994).

La experiencia ha sido abierta a la redefinición y por lo tanto, una crisis en la representación es inevitable. Si la forma tradicional hegemónica de ver el mundo ha sido cuestionada, los cánones de todos los campos han sido cuestionados también.

Los investigadores tanto de las humanidades como de las ciencias sociales se han preguntado sobre las vidas de quienes se ha vuelto modelos en los estudios contemporáneos e históricos, y se preguntaron que impacto tendría en la comprensión de la vida humana, la inclusión de experiencias de vida diferentes.

En el estudio de la literatura, por ejemplo, los investigadores empezaron a interesarse en el por que los espacios habían sido dominados por los escritos de un pequeño grupo de literatos y por que algunas formas de expresión literaria habían sido valoradas sobre otras. No solamente surgieron nuevos autores en el campo del estudio, sino que las bases formales del campo fueron muy criticadas, insistiendo que todas las formas de expresión cultural, tales como los diarios, las películas y las novelas populares demandaban un análisis.

En el campo de los estudios históricos, tanto la nueva historia social que intenta reconstruir la experiencia histórica "desde abajo" y las variedades de la historia radical, que documentan el conflicto social desde el punto de vista del oprimido, atacaron la teoría y los métodos de la historia dominante de "los grandes hombres". Al descansar en biografías colectivas basadas en narrativas de experiencias personales de gente común y corriente, los nuevos estudios redefinieron los que significaba escribir la historia.

En la antropología, una generación nueva, cuestionó la ausencia de las personas en las etnografías. Se notaba la ausencia tanto del etnógrafo como del sujeto de los relatos antropológicos, reclamando que el género, la emoción, el poder informal, y las concepciones culturales del sí mismo estaban ausentes. Al mismo tiempo, se preguntó el por que las sociedades que continuamente presentaban cambios y dominación, eran retratadas como "primitivas" y aisladas en un presente etnográfico ahistórico. Se re-evaluaron las implicaciones políticas de la representación de las culturas no-occidentales en otros contextos y el significado de la relación entre el etnógrafo y el informante en la producción de los textos etnográficos (PNG, Ettore E., 1996)

Desde la sociología, al tratar de recuperar al sujeto Plummer K (1985) afirmaba que debiera reconocerse la subjetividad humana y la creatividad - "mostrando como los individuos responden a sus restricciones y activamente arreglan sus mundos sociales" Afirmaba que han existido movimientos en la sociología para quitar al sujeto del discurso, haciéndolo aparecer como una entidad predefinida con propiedades sociales o psicológicas específicas

Así, un enfoque importante para comprender la vida humana (basándose precisamente en el sujeto) ha sido persistentemente denominado marginal En la cultura actual se está descubriendo una individualidad más amplia, más disponible, que necesita de un enfoque que refleje esta nueva emergencia de la individualidad y que tome la subjetividad y la vida transcurrida como una base (Ettore E. 1996).

En una línea de pensamiento similar, Figlio K (1987) afirma que la "sociología médica" necesita recuperar al sujeto perdido. Este sujeto perdido, es "un sujeto constituido en la práctica médica institucional y discursiva".

Lo anterior presupone un trabajo cualitativo que tiene que contemplarse por lo menos en tres niveles: las experiencias del individuo, los valores sociales y las instituciones y lo macrosocial, a fin de obtener una comprensión global de cualquier problema de salud.

Cultura y género

Uno de los retos más difíciles y más enriquecedores para todas las disciplinas lo ha planteado la teoría de género feminista, que ahora entendemos como parte de una evolución vital, necesaria en la comprensión de la vida humana El hecho de que la experiencia humana es generica, es central a las construcciones de la teoría feminista. El reconocimiento del impacto del género y una insistencia en la importancia de la experiencia femenina han contribuido a formar un fondo común vital para la investigación y el pensamiento de estudios de género

La teoría de estudios de género emerge de la vida de las mujeres Desde la antropología, de acuerdo con Igarde M (1996) se reconoce que todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros y en este sentido, cada sociedad, pueblo o grupo tienen una particular concepción de género que incluye ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes, prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres y cada cosmovisión es parte *estructurante y contenido* de la identidad de cada uno.

El género está asentado en el cuerpo que es histórico y cada quien existe en un cuerpo-vivido. La categoría de género es adecuada para analizar y comprender la condición femenina y la situación de las mujeres, supone una organización social genérica, supone a los sujetos de género que viven en condiciones asignadas y desarrolladas por ellos mismos entre otras: la corporalidad, el psiquismo y la subjetividad así como las identidades de género.

Es una construcción simbólica y contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo. Se trata de características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales (Lagarde M 1996)

De acuerdo a Salles V (1997) el término género es polisémico puesto que puede al menos tener cuatro acepciones distintas:

- a) Como *categoría de análisis*
- b) Como *perspectiva analítica* al ordenar el conocimiento producido por diversos saberes y al reforzar lo imprescindible de la connotación relacional y como marco aglutinador multidisciplinario.
- c) Como *parámetro orientador para la acción* al dirigir la formulación de políticas públicas y persuadir y sensibilizar a instancias del gobierno involucradas en el diseño y puesta en marcha de acciones, políticas y programas
- d) Por último el género puede considerarse como *elemento inscrito y constituyente de la realidad* que opera en el marco de las relaciones sociales, es decir, en tanto que relación, la de género alude a la convivencia humana y a las acciones que dicha convivencia crea y recrea, ancladas en asimetrías sólidamente construidas. Estas asimetrías se construyen con base en un conjunto de normas. En la comprensión de dichas asimetrías intervienen las visiones como elementos formadores de desigualdades sociales, es decir como normas culturalmente instituidas. Así este último uso del género tiene un *valor heurístico al fungir como herramienta adecuada para interpretar* las acciones y las consecuencias involucradas en la convivencia humana y en la relación de personas de distintos sexos. Esta última relación de género involucra objetividades y subjetividades, masculino y femenino que son productos de una dialéctica de los sexos, resultado de una relación entre colectivos de género

Subjetividad

Lo que las perspectivas anteriores (históricas, sociológicas, antropológicas) tratan de asegurar al igual que el feminismo, es que el "sujeto" del que se habla, en cualquier disciplina, tenga la posibilidad de retener, lo que se denomina *subjetividad discursiva*

Aquí la subjetividad discursiva se refiere a el cómo los seres humanos evalúan su vida cotidiana y ordenan su contexto social en el que se encuentran inmersos. La subjetividad discursiva son todas aquellas maneras en que los individuos están marcados por el razonamiento analítico como individuos, como miembros de varios grupos sociales y por la sociedad. Es la forma en como se experimenta uno mismo y la identidad en un contexto social (Ettore E. 1996; Nicolson P, 1995).

Siguiendo a Rivas M (1996) la subjetividad está relacionada íntimamente con estos procesos de *significación y sentido* que responden a los contextos sociohistóricos. En consecuencia, *la subjetividad no puede pensarse como un producto universal* sino como resultado de *expresiones particulares y temporales* de los grupos y los individuos. Estas significaciones inducen a pensarse e imaginarse de una manera específica frente al mundo, condicionando, simultáneamente, las formas de sentir, actuar y establecer relaciones.

Un medio para acceder a la subjetividad es la narrativa. Los antropólogos de la experiencia tales como Turner V y Bruner E, (1986), señalan que las propias expresiones (relatos, historias, mitos, imágenes, etc) alrededor de la experiencia la reconstruyen y en este sentido, la reestructuran. Así pues, existe una relación dialéctica entre la experiencia y la expresión que da cuenta de ella. Como se da cuenta de ellas, entre otras formas hablándola, es decir, narrándola.

De acuerdo a Bruner E (1990) la narrativa además de ser una de las formas cotidianas de la organización del lenguaje, es un vehículo idóneo de expresión y conformación de la experiencia. El ordenamiento de las oraciones cuyo carácter es secuencial, no sólo conduce a la expresión de la experiencia sino que organiza el modo mental para la construcción de la misma. Por otro lado, la narrativa se mantiene en una tensión entre lo excepcional y lo ordinario, es decir, *permite hacer coincidentes los relatos dominantes de la cultura, que interpretados por la singularidad de los individuos se tornan eventos de excepción.*

Según Rivas M y Amuchástegui A (1996) y Bruner E (1986) las narrativas no son solamente estructuras de significación sino también estructuras de poder. Ello quiere decir, que estas narrativas y sus premisas, además de constituir una serie de sentidos colectivos tramados en las cadenas discursivas y legitimados socialmente, modelan también las conductas de los individuos y determinan en buena medida, sus prácticas y experiencias ayudando a conformar el tipo de sujeto social, sexual y psicológico consecuente con ellas.

Estos discursos especializados se vuelven saberes únicos dentro de una cultura al validarse colectivamente como verdades universales. Por su fuerza prevaleciente, tienen un efecto concreto en la experiencia. Las descripciones médicas, las formulaciones jurídicas y las narraciones religiosas elaboradas sobre un hecho, por ejemplo las adicciones de las mujeres, recorren y circulan por diversos ámbitos de la vida social y se inscriben como aspectos clave en la definición dominante de la feminidad para configurar parcialmente la subjetividad. Es decir, estas significaciones y prescripciones se concretan y materializan de modo contundente en las vidas y expresiones de las mujeres.

Dado que la teoría feminista descansa en la vida de las mujeres y tiende a analizar el papel y el significado del género en estas vidas y en la sociedad, las narrativas personales de las mujeres son documentos primarios esenciales para la investigación feminista. Estas narrativas presentan e interpretan la vida de las mujeres. Estas narrativas iluminan el curso de una vida en el tiempo y permite su interpretación desde su contexto histórico y cultural.

Salud Mental

De acuerdo a Castro R y Bronfman M (1993) un tema particular de interés desde la perspectiva feminista es el de salud mental. Por un lado las estadísticas mundiales muestran que las mujeres presentan un índice más alto de trastornos mentales que los hombres. Las hipótesis explicativas son varias y en distintos niveles. Los autores distinguen tres áreas: proceso salud-enfermedad, práctica médica y saber médico

Desde el proceso salud-enfermedad se considera que:

1 Las cifras son un indicador de la opresión a la que están sujetas las mujeres. Las mujeres padecen más padecimientos mentales que los hombres, porque están sujetas a condiciones de vida más opresivas que derivan en última instancia en tales trastornos.

2 Existe una mayor predisposición en la sociedad patriarcal a clasificar a las mujeres como enfermas mentales, que se refleja en tres niveles.

2.1 A nivel micro pues los psiquiatras incluyen con mayor facilidad a las mujeres en ciertas categorías diagnósticas como es el caso de la depresión y la histeria y no en otras..

2.2. A nivel medio se propone que las mujeres, sí padecen mayor número de trastornos mentales porque están sometidas a un sistema de desintegración de personalidad que comienza en el ámbito doméstico y termina en el hospital psiquiátrico, que etiqueta como anormal cualquier intento de independencia por parte de ellas.

2.3 A nivel macro es necesario problematizar el concepto de salud mental para permitir dar visibilidad política a problemas que anteriormente se consideraron personales tales como la violencia

Desde el saber médico es necesario considerar la forma en que los conceptos de salud y enfermedad son construidos socialmente. El análisis feminista permite desentrañar el papel que juega la ideología y el conocimiento en la dominación de las mujeres sobre todo en áreas como el cuerpo humano y el proceso de reproducción. Asimismo la perspectiva feminista permite rescatar otros saberes, otras formas alternativas de pensar y vivir los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Desde la práctica médica resaltan tres vertientes fundamentales:

1 Los médicos formados profesionalmente bajo un modelo masculino de ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos, no permiten la expresión de las emociones de las mujeres. Ellos deciden cuáles temas son apropiados para hablar y cuales no. Si la mujer entrevistada es de nivel socioeconómico bajo, la asimetría se acentúa. Así desde la epistemología el mundo queda dividido entre el sujeto que conoce (científico, mente, masculino) y el objeto que es conocido (naturaleza, cuerpo ,femenino). (Todd 1989). Aquí el saber de la mujer no es importante.

2. Autores como Fisher y Groce (1985) afirman que los médicos esperan que sus pacientes se adecuen a los supuestos culturales que maneja el médico y esto se relaciona directamente con la calidad de atención que reciben. Así, los médicos esperarían que las mujeres no consumieran alcohol /drogas, que sus pacientes fueran heterosexuales, que quisieran ser madres y que desearan vivir en pareja

3 De acuerdo a Castro R y Bronfman M (1993) en algunas otras situaciones el lugar de la "otredad"⁶ es asignado a las mujeres. Cuando se habla de profesionales médicos, se asume que se habla de médicos varones. Si no es así hay que especificarlo. "Las otras, las diferentes son las mujeres" (pag 390). Asimismo, las ocupaciones dominadas por mujeres (psicología, enfermería, trabajo social) han sido definidas como "semiprofesionales", definidas como otras ocupaciones de menor rango.

Malestar femenino y subjetividad femenina:

Las mujeres expresamos el malestar psíquico de una manera específica, seguimos un proceso específico en el proceso de "enfermar" y éste está ligado a las condiciones sociales de la organización de la vida cotidiana y a las condiciones emocionales insostenibles ligadas a la misma (Daskal A y Ravazzola C, 1990). De acuerdo a Burin M (1996) nuestra cultura ha identificado a las mujeres en tanto sujetos, con la maternidad. Con ello les ha asignado un lugar y papel sociales como garantía de salud mental. La cultura utiliza recursos materiales y simbólicos para mantener dicha identificación tales como los conceptos y las prácticas del rol maternal, la función materna, el ejercicio de la maternidad, el deseo maternal, el ideal maternal etc.

Estos dispositivos de poder de alguna manera producen la división de dos ámbitos de producción y representación social diferenciados: el doméstico (con valores tales como el amor, la generosidad, el altruismo, la entrega afectiva) y el extradoméstico (con valores tales como la rivalidad, el egoísmo, la individualidad) y dos áreas de poder: el poder racional y económico para los varones y el poder de los afectos para las mujeres. El ejercicio de las mujeres del poder de los afectos dentro de espacios específicos como el doméstico, también significó modos específicos de enfermar y expresar malestar. La subjetividad de las mujeres quedó centrada en los roles

familiares y domésticos que pasaron a ser paradigmáticos del género femenino. El cuidado de otros en especial de los niños y de los hombres (padres, hermanos, maridos). Así fueron reforzándose dentro de las subjetividades femeninas características emocionales de receptividad, contención y nutrición.

Si la mujer era capaz de cumplir eficazmente sus roles (de esposa, maternal, de ama de casa) se le garantizaba un lugar y un papel en la cultura, con claras definiciones sobre cómo pensar, actuar y desarrollar sus afectos. Sin embargo, Burín M (1996) señala que la experiencia acumulada históricamente por las mujeres mostró que, el cumplimiento de tales roles, no garantizaba su salud sino que les provocaba numerosas condiciones de malestar psíquico que las ponía en situación de riesgo. Ocurrieron algunas situaciones como los cambios que posibilitaron el ingreso de las mujeres a posiciones de trabajo extradoméstico, la utilización de los anticonceptivos les dio mayor libertad sexual y la invisibilización del trabajo doméstico, que le quitaron el valor y el sentido social que dichos roles tradicionales tenían y por lo tanto, se puso en crisis la subjetividad femenina que se habían construido las mujeres hasta entonces. Esta puesta en crisis no quiere decir que haya desaparecido sino que Burín M (1996) propone que sin dejar en su totalidad esa construcción subjetiva de las mujeres, en algunas otras los estados depresivos son en la actualidad los modos paradigmáticos de expresar su malestar.

El problema de la adicción:

El uso de drogas y alcohol de las mujeres en nuestro país ocurre dentro del contexto social que define cómo son socializadas las mujeres y de que estatus poseen en nuestra sociedad. Este contexto afecta los motivos para el consumo de las mujeres, el tipo y la cantidad que las mujeres utilizan, el cómo y el por qué que las mujeres desarrollan problemas con las sustancias. También afecta los recursos con los que cuenta la mujer para evitar o enfrentar estos problemas, las barreras al tratamiento a las que se enfrenta cuando pide ayuda y que tan eficazmente se trabaja en su problema de uso de sustancias.

Gran parte de lo que sabemos sobre el alcohol y las drogas y cómo trabajar con las personas que desarrollan este problema se ha basado en experiencias masculinas. Este

⁶ La otredad refiere al hecho de que en la sociedad contemporánea la realidad se juzga desde una perspectiva que presupone un punto de vista occidental masculino y de raza blanca. Lo otro, es todo aquello que no pertenece a

conocimiento ha sido por tanto aplicado a las mujeres- sin reconocer o haciéndolo parcialmente, que las mujeres somos diferentes ⁷(ARF,96; Barret M, 1990)

Lo anterior llevó a plantear que una de las alternativas era entrevistar a las mujeres y utilizar todos estos supuestos teóricos interdisciplinarios abordados: teoría de género feminista, narrativas, subjetividades, experiencias, emociones, lo que permitiría acercarnos un poco más a las mujeres con problemas de adicciones, ver su diversidad hacia dentro de la categoría, entender qué experiencias genéricas ayudan a explicar su proceso adictivo y qué percepciones subjetivas las han ayudado a recuperarse

En este contexto, la utilización de las narrativas personales se consideraron como herramientas valiosas al *permitir a las usuarias de drogas el hablar como sujetos pensantes y actuantes*, como seres ordinarios y racionales y *no como gente desviada*.

De acuerdo a Kleinman A (1988), la investigación clínica y conductual no tiene ninguna categoría que describa el sufrimiento, ninguna forma rutinaria de registrar la dimensión humana de las historias de las familias y pacientes por haber experimentado un padecimiento/malestar (illness). Las escalas de síntomas y los cuestionarios y las listas de chequeo cuantifican el desajuste funcional y la incapacidad dejando a un lado la calidad de vida. Para evaluar el sufrimiento se requiere más que la suma de algunas preguntas de autoreporte de una entrevista estandarizada, esto solo puede emerger de una manera completamente diferente de obtener información válida: las narrativas de los padecimientos/malestares. La etnografía, la biografía, la historia y la psicoterapia son métodos de investigación para crear conocimiento acerca del mundo del sufrimiento. Estos métodos permiten obtener más allá de los sonidos simples del dolor corporal y de los síntomas psiquiátricos, el lenguaje interno complejo del dolor, la desesperación y el dolor moral (así como el triunfo) de superar un padecimiento (pag 28 y 29)

En el primer nivel de la mini-etnografía se reconstruye la narrativa del padecimiento /malestar del paciente. Sobre la interpretación emergen cuatro tipos de significados posibles del relato: los símbolos de los síntomas, los trastornos marcados culturalmente, el significado

dicho punto de vista, que en consecuencia no se da por sentado y hay que nombrar (Pag. 390).

⁷ La idea de diferencia según Barret M (1990) tiene al menos tres usos particulares: 1) un sentido que registra efectivamente la diversidad de situaciones y experiencias entre las mujeres 2) la comprensión de que su significado tiene un carácter posicional y no absoluto y 3) la diferencia sexual

personal e interpersonal y los modelos explicativos del paciente y la familia- que ameritan su registro y profundizan la comprensión del clínico sobre la experiencia del sufrimiento. Del análisis del contenido de la narrativa surge el significado otorgado por el paciente y la familia. La deconstrucción de la estructura del relato del padecimiento/malestar- los recursos retóricos y la línea utilizada por el paciente para ensamblar los eventos particulares en una línea de relato más o menos integrada- pueden revelar dimensiones ocultas que el paciente no ha verbalizado. Asimismo se puede descubrir cómo la narrativa del paciente moldea el significado que tienen para él ciertos eventos particulares. En otras palabras, el clínico llega a reconocer que la narrativa del padecimiento en parte crea la experiencia debido a las preocupaciones específicas, cognitivas, afectivas y morales que los pacientes llevan a sus encuentros con sucesos y la trayectoria de un padecimiento crónico.

En nuestro país Vargas L (1991) señala que debe hacerse una distinción entre el enfermar y el padecer, en una forma similar a la que señala Kleinman A (1998). Para este autor la *enfermedad* es lo que tradicionalmente se denomina entidades nosológicas, es decir las abstracciones que hace la mente humana para clasificar los signos y síntomas de la enfermedad en categorías taxonómicas. En este tipo de concepto existe una continuidad entre el agente causal, la lesión anatomopatológica y las manifestaciones clínicas. El médico se apoya en el concepto de enfermedad para hacer sus diagnósticos y etiquetar a sus pacientes.

El *padecer* en cambio es la manera en que cada individuo sufre las alteraciones de su salud de acuerdo con su individualidad biológica, psicológica y sociocultural. El padecer es una entidad dinámica que se modifica en el tiempo, se enriquece con la interacción del sujeto con el ambiente, con la respuesta del paciente, las opiniones de otros, los comentarios hechos por el médico y sobre todo, por la reinterpretación que el paciente hace de su situación. Así Vargas (1991) señala que la antropología ha contribuido en dos formas a integrar el concepto del padecer: reconstruyendo la diversidad de respuestas ante un problema de salud particular y mostrando el papel que juega la ideología y la situación social sobre la construcción de la explicación del problema de salud.

Para acceder al padecer las narrativas son la forma clave. Las narrativas reflejan los sentimientos humanos y la experiencia vivida, y la curación necesariamente involucra el relatar, escuchar y el develar historias.

Dependencia a sustancias vs dependencia emocional:

Iniciando por el lenguaje, el término dependencia implica por los menos dos significados: uno, el de "uso de sustancias adictivas" y el otro, como "subordinación". El primer significado es el que socialmente se sanciona, pero el segundo no solo es un término aceptable sino prescrito para las mujeres. Por ejemplo, la dependencia (del tipo adictivo) es socialmente inaceptable cuando interfiere con el papel de la mujer como ama de casa, madre, hija o trabajadora, mientras que la dependencia (del tipo de subordinación) es vista como buena, altamente valorada ó socialmente aceptable porque involucra el ser dependiente de un esposo, un hombre, de la protección masculina o de los superiores. Esta parte no es solamente vista como buena sino central, casi la razón de ser (Ettore E. 1992).

Por ello a lo largo del texto hablaremos de adicción en lugar de dependencia, definiendo a la primera cómo:

"Una obsesión mental así como una conducta compulsiva relacionada a la ingestión de una sustancia (alcohol o drogas) ó en el involucramiento de una experiencia (sexo, trabajo). La adicción se manifiesta cuando el vínculo de la persona con la sustancia, persona, o experiencia le causa dificultades ya sea para procurarse el alivio de sus propias necesidades o para responder a demandas ambientales. Cuando la adicción progresa existe una menor habilidad para detener la conducta, por lo tanto, un sentimiento de falta de control se acompaña a la relación patológica con el objeto adictivo, la persona, o la experiencia. Seis características con frecuencia se ven ligadas a la adicción: la negación, la decepción, la deshonestidad, la defensividad, la distorsión y la desesperación" (Van der Bergh, 1991)

Especificidad de las mujeres

No se habla de "la mujer adicta" porque dicha denominación invisibiliza la diversidad de mujeres que tienen problemas con el uso de sustancias y por otro lado no permite ver la

especificidad de cada una de ellas. Dicha especificidad puede comprenderse si se eligen como vertientes analíticas las definiciones de Lagarde M (1993) de condición y situación de la mujer

Condición de la mujer: Es una condición histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico. Es histórica en tanto que es diferente a natural, opuesta a la llamada naturaleza femenina. Esta constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las forma en que participan en ellas; por las instituciones, políticas y jurídicas que las contienen y las norman y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan.

Situación de la mujer: Expresa la existencia concreta de las mujeres particulares a partir de sus condiciones reales de vida. Las mujeres comparten como género la misma condición genérica pero difieren en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de la opresión (Lagarde M 1993 Pags. 77-79)..

Así, las mujeres no solo eligen las sustancias solo por sus efectos, sino de acuerdo al ambiente social en el que se mueve, de acuerdo a sus experiencias particulares de su vida cotidiana y su vinculación desde diferentes ángulos con las instituciones políticas y jurídicas.

El efecto de algunas drogas como los tranquilizantes es mantener a las mujeres mansas y tranquilas, evitando que registren su malestar, lo "expresen abiertamente" y protesten. También así son coherentes con su mandato de hacerse cargo del bienestar de los otros y no contrariarlos, ni molestarlos (Ravazzola 1990). Las emociones de las mujeres si no son controladas, son devaluadas socialmente. Algunas otras mujeres "optan" por el consumo de drogas ilegales y cuando son castigadas en instituciones de procuración de justicia debido al tráfico y consumo, son controladas dentro de las mismas a través del uso las mismas sustancias que las llevaron al castigo.

Opresión de género

La opresión de las mujeres se define por un conjunto articulado de características enmarcadas en la situación de subordinación, dependencia vital y discriminación de las mujeres en

sus relaciones con los hombres, en el conjunto de la sociedad y en el Estado. Se sintetiza en su inferiorización frente al hombre constituido en paradigma social y cultural de la humanidad (Lagarde M, 1993, pag 97)

Poder

Los géneros femenino y masculino no tienen igual status jerárquico ni una misma valoración de su lugar, sus funciones, ni sus productos tal como lo demuestran numerosas investigaciones. Esta desigual valoración de varones y mujeres así como la rigidez de los estereotipos sexuales tienen efectos claros sobre la salud mental y física de ambos.

Parte de los resultados de investigación sobre mujeres sugiere que las adictas poseen autoestima baja y una falta de poder e inadecuación mayor que los hombres, en relación con su trayectoria adictiva. Lo que no ha sido lo suficientemente resaltado, es que estas mujeres son juzgadas por la sociedad con estándares más rígidos, más destructivos y estrictos que los varones y con frecuencia cuando piden ayuda, encuentran desaprobación, regaños, críticas, en lugar de tratamiento.

Cuerpo y sexualidad:

Cada cultura y cada situación histórica construye sus propios modelos de sexualidad permitida, restringida y prohibida. Para las sociedades patriarcales contemporáneas, el modelo dominante se basa en los principios de la diferencia, la exclusividad, la legitimidad y la finalidad. El resultado es una sexualidad definida como heterosexual, monógama, sancionada por la ley y con miras a la procreación. Sin embargo, este modelo no se aplica exactamente de la misma manera a ambos géneros, pues la doble moral sexual los escinde, haciendo que el contenido que alude a las mujeres sea heterosexual, monógamo, privado y maternal, mientras que el que atañe a los hombres es más permisivo y público, lo cual da como resultado la contradicción inherente a las relaciones mujer-hombre. La base biológica de la sexualidad es el cuerpo. A partir del cuerpo físico aprehendemos nuestro entorno, conocemos el mundo, nos realizamos como seres humanos. El cuerpo se convierte en blanco de concepciones que tratan de explicarlos de acuerdo con la racionalidad de la sociedad en la cual existe.

En tanto que la sociedad patriarcal se caracteriza por la desigualdad, la dominación y la explotación, el cuerpo no es un espacio neutral; por el contrario se convierte en campo de

expresión de lo político y por lo tanto, del poder. El cuerpo se concibe, se vive de acuerdo a la posición que su poseedor o poseedora ocupa en el entramado social, por lo que se convierte en receptor y vehículo de poder de acuerdo a dicha posición. (Lagarde M 1993; Castañeda, 1993)

La sexualidad de las mujeres adictas socialmente está ligada a la promiscuidad, y muchas de estas mujeres no necesitan ser prostitutas para tener una imagen de mujeres promiscuas transgresoras del mandato social. Se les construye como promiscuas por el simple hecho de ser usuarias, por acceder aunque sea temporalmente al placer. El tema de la sexualidad, con frecuencia no es explorado, ni expuesto en aquellas mujeres que llegan a tratamiento. Por ejemplo, algunas de ellas se quejan de que los médicos no les preguntan por sus preferencias sexuales, como si estuviese negada esta posibilidad y cuando reportan no mostrar interés en una vida sexual activa no se les cree. Aquí cabría preguntarse si en realidad su sexualidad les pertenece. "Una cultura que exalta el aspecto sexual en la vida de una mujer en detrimento de otras cualidades por desarrollar, impide que esta sexualidad sea verdaderamente suya" (Basaglia citada por Figueroa 1993)

La maternidad de las mujeres adictas es un hecho que conlleva una gran cantidad de problemas éticos y jurídicos que van desde sus derechos reproductivos (hay autores que sugieren que se necesita controlar la sexualidad y la reproducción), su responsabilidad por la salud del hijo que espera (algunos médicos defienden la vida del feto en forma prioritaria sobre la vida de la mujer) y la forma en como ejercen la patria potestad de sus hijos. Podría mencionar aquí, que es una práctica común el que la familia las despoje de sus hijos legal e ilegalmente y que por otro lado, en sus narrativas, sus hijos y la desesperación por querer cumplir su rol de madre y no poderlo hacer, son tema primordial

Violencia genérica

Un tema recurrente y poco atendido, es el efecto que tiene sobre estas mujeres el haber presenciado o haber sido víctimas de la violencia doméstica, entendiéndose por esta la práctica del abuso emocional, físico y verbal del que son objeto mucho tiempo antes de iniciarse en su trayectoria adictiva. Estas experiencias se traducen en lo que se ha denominado "desesperanza aprendida". Son blanco de frases tales como. "no vales nada" "para que naciste"

Un medio poderoso que ha contribuido a moldear las imágenes distorsionadas de las *mujeres adictas en nuestra sociedad*, son los medios masivos de comunicación quienes las construyen como promiscuas, solas, infelices, destructivas y dependientes, que se traduce en la practica en este grupo de mujeres de autodenominarse comò "viciosas", "perdidas" , "locas" ó "putas"

CAPITULO 2

MAGNITUD DEL PROBLEMA Y PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOCIALES

El problema de las adicciones en las mujeres puede observarse desde múltiples enfoques y perspectivas, aquí tan solo se presentan en forma *breve* dos de ellas la epidemiológica y las principales conceptualizaciones teóricas sociales

Principales hallazgos epidemiológicos sobre el consumo de sustancias en mujeres.

La información epidemiológica en mujeres proviene principalmente de tres fuentes:

- 1) Las encuestas nacionales de adicciones
- 2) Los registros computarizados de información en drogas de los Centros de Integración Juvenil y el Sistema de Registro e Información en Drogas.
- 3) Los indicadores indirectos obtenidos a través de fuentes de información como el Servicio Médico forense, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) e indicadores estadísticos de morbilidad/mortalidad

1) Las Encuestas Nacionales de Adicciones

En México, 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 medicamentos que producen adicción fuera de prescripción. Las mujeres utilizan más los narcóticos y los estimulantes.

La segunda Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, por otro lado investigó el consumo de medicamentos que producen adicción 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 medicamentos que producen adicción 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

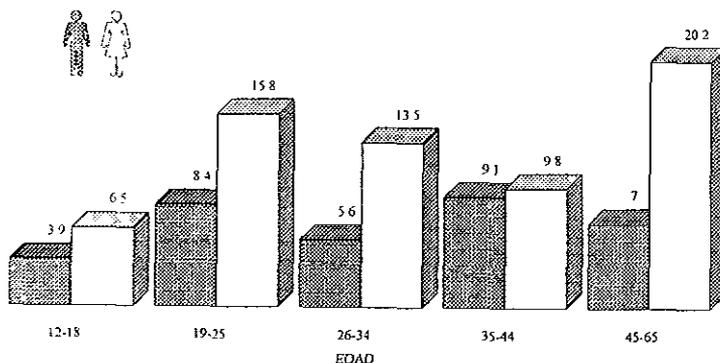
una mayor proporción de consumidores entre las mujeres dos tercios de la población (63 por ciento), lo que equivale a estimar que existen más de 4 millones de usuarias (4 101 403); esto indica que, por cada consumidor varón existen casi dos mujeres que utilizan estas sustancias

De los usuarios de medicamentos que producen adicción, en el uso "alguna vez en la vida", de acuerdo con su distribución por edad, el grupo de adolescentes presentó una prevalencia del 1.4 por ciento que equivale a más de medio millón de usuarios. En cambio el grupo de 19 a 65 años presentó una frecuencia significativamente mayor que fue del 14 por ciento lo que equivale a casi cinco millones y medio de usuarios.

Los hallazgos de esta encuesta indican que entre los grupos de mayor edad, los que rebasan los 26 años, las mujeres consumen dos veces más medicamentos que producen adicción que los hombres. De tal forma se considera que el uso de estas sustancias es mucho más prevalente en el grupo de adultos y sobre todo del sexo femenino ya que éstos representan aproximadamente tres cuartas partes de los consumidores del estudio.

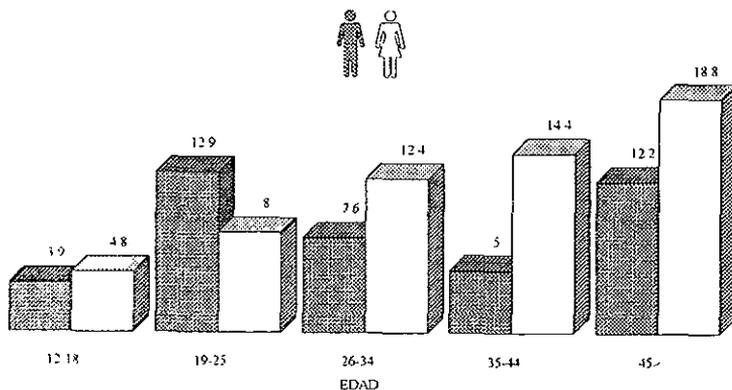
En relación al uso en el último año esta fue del 4.8% los que representa a más de dos millones de consumidores. Se realizaron dos grupos: aquellos que las usan menos de 5 veces en el último año son considerados experimentales y los que señalaron utilizarla más de cinco veces se consideraron frecuentes

DISTRIBUCION DE USUARIOS EXPERIMENTALES DE DROGAS MEDICAS
SEGUN EDAD Y SEXO
(Ultimos 12 meses)



Dentro del grupo de los experimentales se clasificó al 56.7% y como frecuentes al 43.4%. Al igual que en el caso anterior dos tercios de la población es de mujeres experimentales y el 58.4% son mujeres que las utilizan frecuentemente

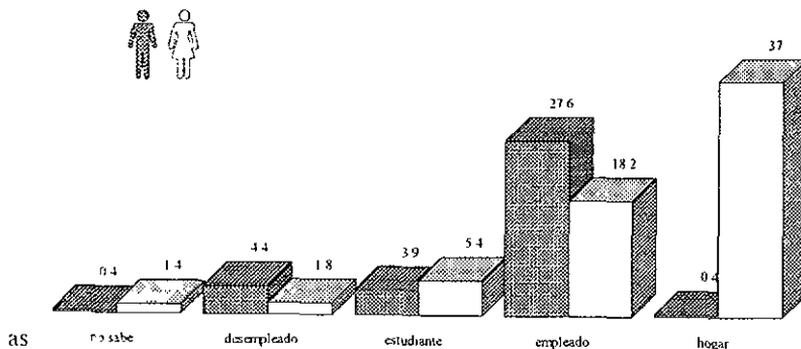
DISTRIBUCION DE USUARIOS FRECUENTES DE DROGAS MEDICAS
SEGUN EDAD Y SEXO
(Ultimos 12 meses)



Ocupación

Respecto a la ocupación, casi la mitad de los usuarios de medicamentos que producen adicción se concentraron en la categoría de empleados seguidos por una tercera parte que se dedica al hogar. Al analizar esta información por sexo, la mayor proporción de hombres corresponde a la categoría de empleados, en las mujeres se presenta esta situación en aquellas dedicadas al hogar, casi toda mayores de 45 años. Sin embargo, no se debe de subestimar la frecuencia presente en los intervalos de 26 a 34 años y de 35 a 44 donde se concentran dos quintas partes de las consumidoras.

DISTRIBUCION DE USUARIOS DE DROGAS MEDICAS
SEGUN OCUPACION Y SEXO
(Alguna vez en la vida)

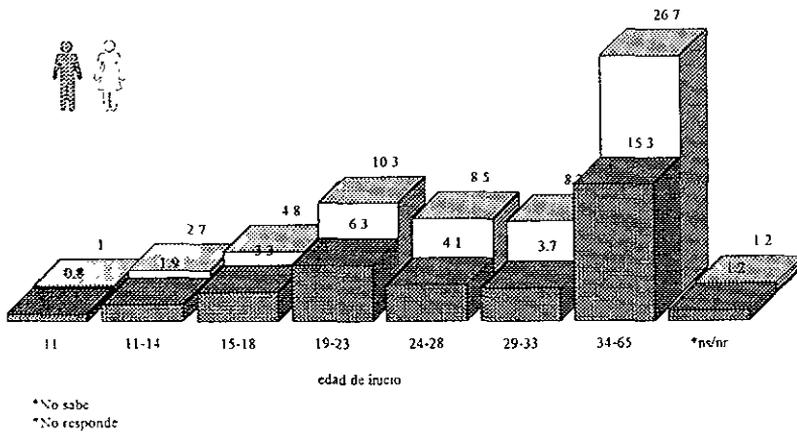


SUSTANCIAS UTILIZADAS

Depresores

Los depresores tales como Valium, Alboral (diazepam), Lexotan (bromazepam), Ativan (Lorazepam), Tafil (alprazolam), Rivotril (clonazepam) respecto a los usuarios de sólo "alguna vez en la Vida, representan el grupo farmacológico más utilizado con una prevalencia de 9.4 % que representa a casi 4 millones de usuarios con una razón de dos mujeres por cada varón

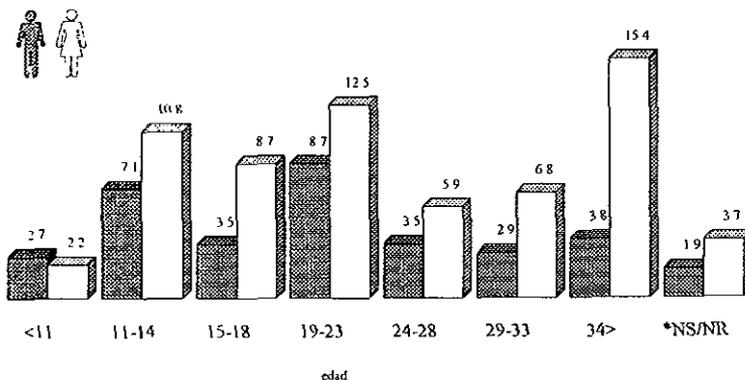
DISTRIBUCION DE USUARIOS DE DEPRESORES
SEGUN EDAD DE INICIO Y SEXO
(Alguna vez en la vida)



Otros Depresores

En este grupo farmacológico se incluyen los barbitúricos como el Equanil (meprobramato) y el Alepsal (fenobarbital) La prevalencia de "alguna vez en la vida " fue del 2.5 % lo que representa más de un millón de consumidores. De éstos existen dos mujeres por cada hombre En estas sustancias, al igual que en los depresores se muestra una mayor preferencia del sexo femenino

DISTRIBUCION DE OTROS DEPRESORES DEL SNC
SEGUN EDAD DE INICIO Y SEXO
(Alguna vez en la vida)



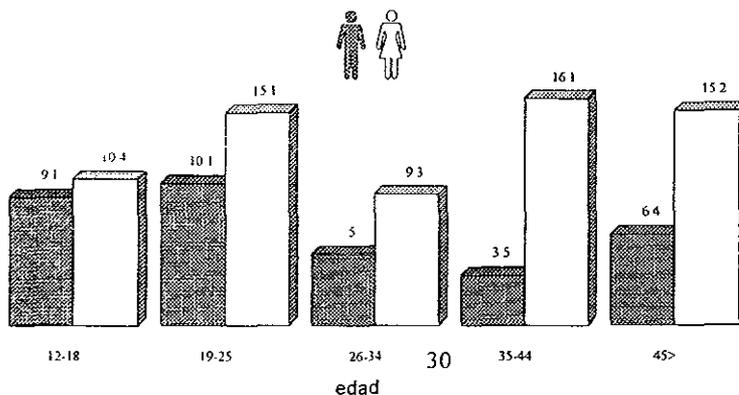
*No sabe / No responde

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

En el análisis por edad y sexo, mostró que en el grupo de 12 a 18 años no hay diferencias por sexo, repitiéndose el patrón encontrado en depresores y opioides para este grupo de edad. Asimismo, a partir del grupo de 19 a 25 años se inicia el predominio en el consumo del sexo femenino.

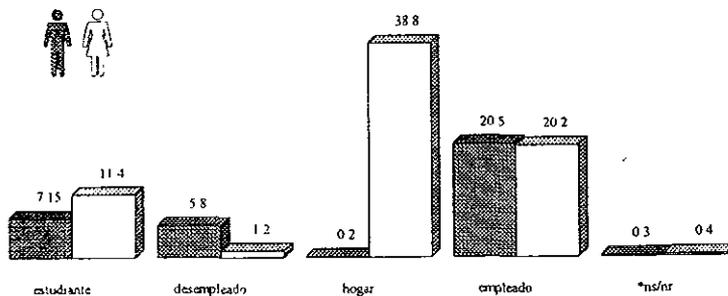
En relación a la ocupación y sexo del uso de otros depresores, vuelve a constatarse que son las mujeres que se encuentran en su hogar (38.8%) las que más lo utilizan.

DISTRIBUCION DE OTROS DEPRESORES DEL SNC SEGUN EDAD Y SEXO
(Alguna vez en la vida)



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE OTROS DEPRESORES DEL SNC
SEGUN OCUPACION Y SEXO
(Alguna vez en la vida)**

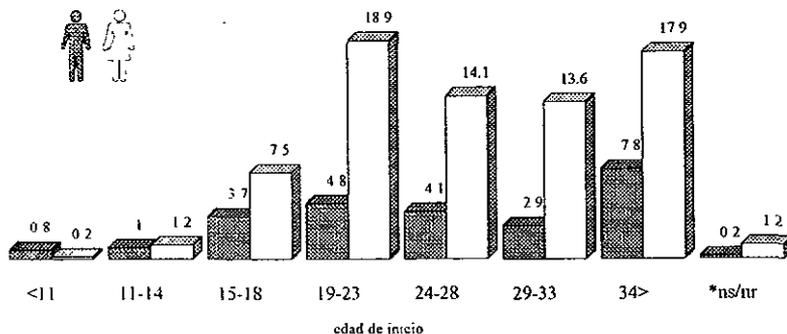


*No sabe / No responde

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

Estimulantes: En este grupo se incluye a las anfetaminas como : Benzedrina (anfetamina), Fenisec Esbelcaps (fenproporex y diacepam), Diestet (mazindol) Fueron en general las sustancias menos utilizadas con tal solo 2.3% de prevalencia en alguna vez en la vida. Los hallazgos destacan que esta sustancia presentó una mayor proporción de consumidores del sexo femenino 74.6%, lo que nos da una razón de 3 a 1 respecto a los hombres

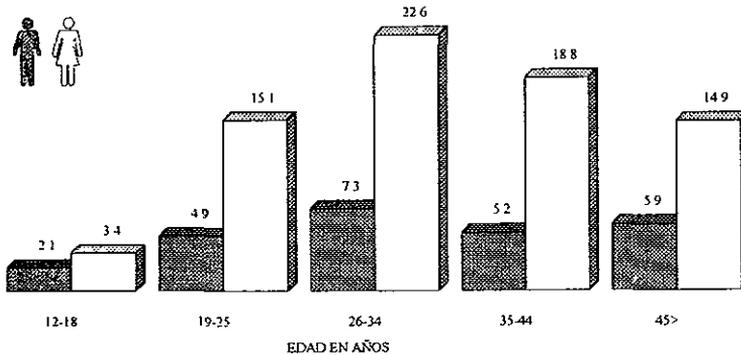
**DISTRIBUCION DE ESTIMULANTES SEGUN EDAD DE INICIO Y SEXO
(Uso alguna vez en la vida)**



*No sabe

*No responde

**DISTRIBUCION DE USUARIOS DE ESTIMULANTES
SEGUN EDAD Y SEXO**
(Uso alguna vez en la vida)

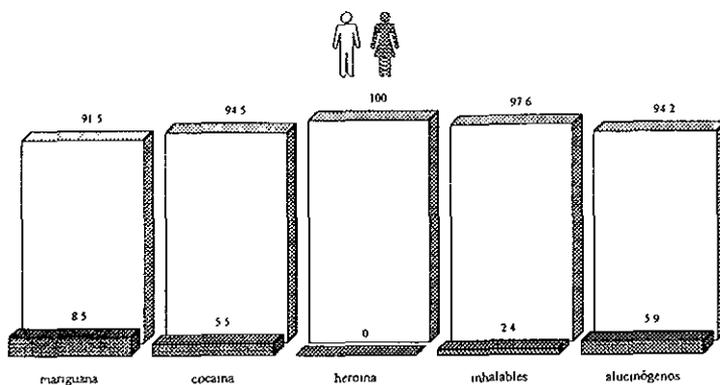


Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

La muestra estuvo constituida por una N= 20 243. En el consumo "alguna vez en la vida" se estimó en el 3.9% esto equivale a 1 589 716 personas que han utilizado drogas ilegales al menos una vez en la vida. Las prevalencias fueron mayores para la población masculina 7.7 y para las mujeres 0.8. Así se estimó que casi 1 414 035 varones han consumido drogas mientras que sólo 175 681 mujeres lo han hecho. En su prevalencia en el último año, 318 913 las han consumido.

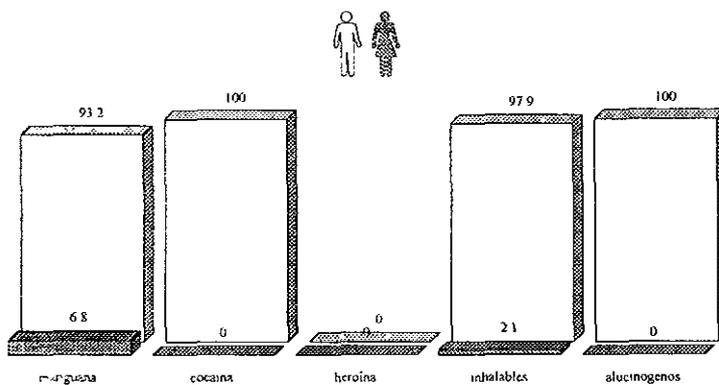
PREVALENCIA DE DROGAS ILEGALES POR SEXO
(Últimos 12 meses)



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

En la prevalencia de los últimos 30 días existían 186 099 personas que consumieron drogas ilegales. Existen en general una razón de 8 hombres que la consumen por cada mujer

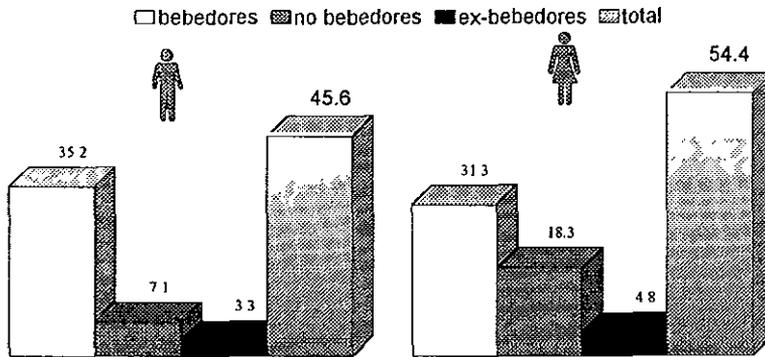
PREVALENCIA DE DROGAS ILEGALES POR SEXO
(Últimos 30 días)



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

CONSUMO DE ALCOHOL

PREVALENCIA SEGUN TIPO DE BEBEDOR POR SEXO
(N= 42,425,426)

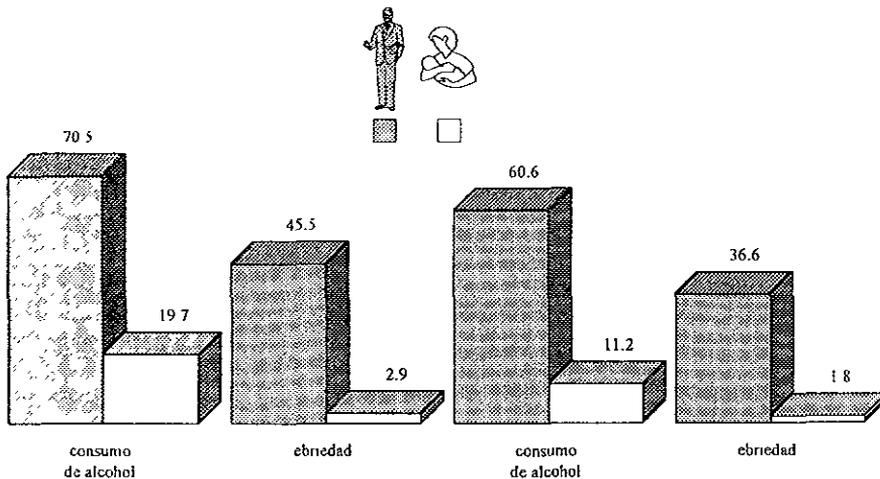


Nota: N= Población expandida

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993.

En la encuesta sobre consumo de alcohol fue incluida una muestra de N= 20 243 personas. Dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse de acuerdo a los criterios utilizados por esta encuesta, como bebedores, lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos bebedores. De esta población de bebedores 77.2% son hombres y 22.8% son mujeres.

EBriedAD EN LOS PADRES DE LA POBLACION BEBEDORA Y NO BEBEDORA



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones / Dirección General de Epidemiología / SSA, 1993

La influencia del consumo de alcohol y su posible asociación con la embriaguez del padre o de la madre solamente se reflejó en esta encuesta en un pequeño porcentaje. La mayor parte de los padres de la población bebedora y no bebedora consumían alcohol (70.5% y 60.6%) un alto porcentaje llegaba a la embriaguez (45.5% y 36.6%). Respecto al consumo materno entre la población bebedora y no bebedora, esa diferencia es del 9% y en la embriaguez solo alcanza un 1%

SISTEMA DE REPORTE E INFORMACIÓN EN DROGAS

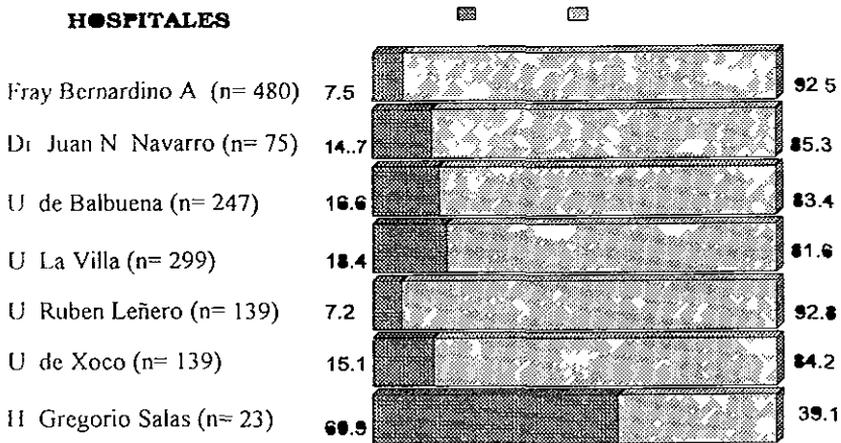
El sistema recibe información de 44 instituciones del sector salud y de instituciones de procuración de justicia localizadas en el área metropolitana de la Ciudad de México que están en contacto con usuarios de drogas (Ortiz y cols 1995). Reúne información sociodemográfica y datos acerca del consumo a través de una cédula llamada "Informe individual sobre el consumo de drogas" Esta cédula es aplicada a todos los usuarios de drogas admitidos por las instituciones participantes cada seis meses en junio y en noviembre. Cualquier persona mayor de 18 años que acepte el consumo de drogas no prescritas por lo menos una vez en la vida son considerados

como casos. Existen dos consideraciones: La droga nunca fue prescrita o el sujeto ha modificado la dosis, la frecuencia o la extensión del consumo por un periodo prolongado diferente a que le fue prescrito originalmente por el médico. La intoxicación ocupación o accidental está excluida.

Al analizar la información que proviene de esta fuente se puede observar que el porcentaje de mujeres que ingresan a hospitales por esta causa varía del 7.5% al 60.9%

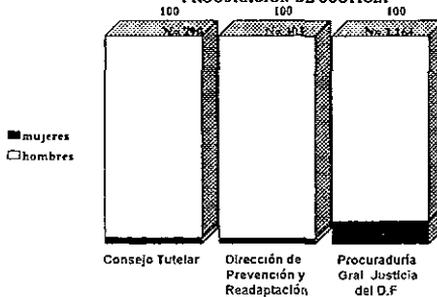
SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACION EN DROGAS 1987- 1995

HOSPITALES



* Porcentajes obtenidos del total de cada muestra

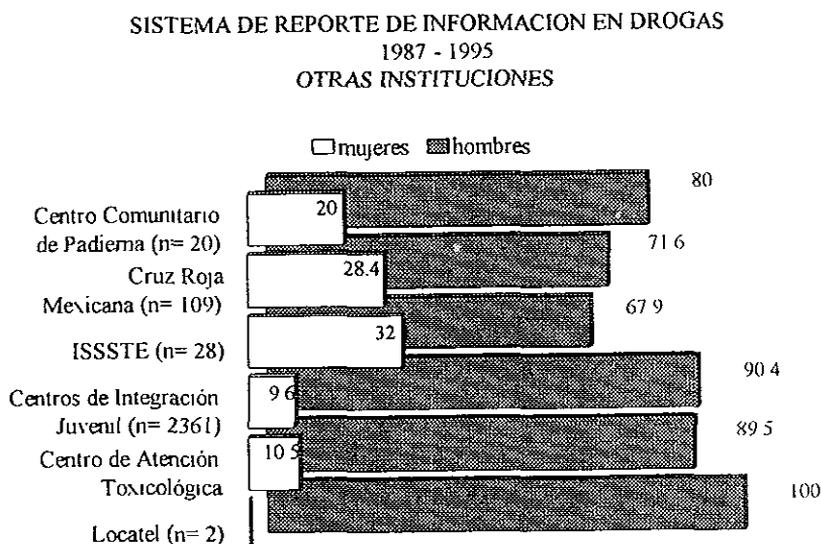
SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACION EN DROGAS 1987 - 1995 PROCURACION DE JUSTICIA



* Porcentajes obtenidos del total de cada muestra

En las instituciones de procuración de justicia varía del 2.7% al 10.8% y en otras instituciones del 9.6% al 32.1%

A pesar de estas diferencias en el ingreso, el reporte no presenta datos desagregados por sexo a fin de poder observar las tendencias en el consumo en las mujeres.



* Porcentajes obtenidos del total de cada muestra

Los Centros de Integración Juvenil en su informe de investigación No 96-62 el único dato que reporta sobre mujeres que solicitaron ayuda a esa institución fue que existen 10 pacientes varones por cada mujer atendida. En 1995 la razón fue de ocho hombres por cada mujer (Centros de Integración Juvenil, 1996).

3) Los indicadores indirectos obtenidos a través de fuentes de información como el Servicio Médico Forense, INEGI e indicadores estadísticos de morbilidad/mortalidad.

En este tipo de indicadores se revisaron la defunciones por suicidio, homicidio y accidentes bajo la influencia de alcohol en población femenina, en el Distrito Federal de 1990 a 1995 (Gutiérrez, 1998). Se puede observar que los porcentajes han aumentado. Para 1990 en el

rubro de suicidios el 10% (N= 6)(respecto al total) de mujeres se suicidaron bajo el consumo de alcohol, para 1995 el porcentaje aumento al 25% (N=25)

En el área de homicidios en 1990 8.3% (N=9) fueron asesinadas estando bajo los efectos del alcohol y para 1995 aumentó al 28.4% (N=42)..

Por último en la sección de accidentes pasó del 5.8%(N=37) en 1990 al 17.5% (N=132) en 1995. La información al menos parece indicar una leve tendencia al aumento en el consumo de las mujeres. No obstante su importancia de estas fuentes, no existen indicadores en estos rubros bajo la influencia de otro tipo de sustancias.

En relación a la mortalidad por cirrosis hepática era de 53.9% 1995 para toda la población con consumo de alcohol; en la en población femenina fue del 31.6% y en la masculina del 60.7% (Gutiérrez R, 1998)

Después de haber revisado los datos epidemiológicos se puede afirmar que el abuso de sustancias no es como siempre se ha pensado un problema de hombres. En nuestra sociedad el consumo de algunas sustancias como las medicamentos que producen adicción una vez que son utilizadas por la mujer, tiende a persistir y siguiendo la información podría decirse que aumenta conforme avanza la edad. Esto podría llevarnos a cuestionar si el consumo persiste y aumenta, si la vida de las mujeres conforme pasan los años, tiende a ser mas opresiva y más inequitativa.

Se debería de tener en mente que las drogas aceptadas socialmente no son necesariamente buenas para los individuos por el solo hecho de ser legales. Un ejemplo sin lugar a la menor duda, es el observar de nueva cuenta, como en el caso de las mujeres, el abuso y la dependencia a las sustancias se da en su mayoría precisamente a aquellas denominadas medicamentos que producen adicción, por lo que los discursos de la legalización de las drogas y la lucha contra el narcotráfico, en el caso de cierto grupo de mujeres tienen una importancia secundaria.

Las encuestas, si bien pueden ser un indicador de la dirección hacia donde debe dirigirse la investigación en profundidad en las mujeres, tienden a ver a las mujeres iguales en cuanto a sintomatología que los hombres (intergenéricamente) y hacia dentro (intra-genéricamente) como un grupo homogéneo sin hacer referencia explícita a factores sociales clave tales como la edad (no entran en los datos las niñas ni las mujeres ancianas), los orígenes étnicos, la clase social, la orientación sexual, la capacidad o discapacidad del cuerpo de la mujer. Es decir, no toman en

cuenta la condición ni la situación de género. Esta "homogeneización" tiende a esconder la inequidades de género en la investigación, en el acceso a los recursos de atención a la salud y de la calidad de tratamiento.

¿Qué dicen las perspectivas teóricas sociales sobre el tema?

PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOCIALES

De acuerdo a Ettore, E. y Riska, E. (1995) los estudios en el área de las sustancias adictivas en especial a los medicamentos que producen adicción, han pertenecido a dos perspectivas: la primera a investigaciones orientadas a estudiar al usuario de este tipo de sustancias, la segunda a los médicos que controlan el uso y la prescripción de los fármacos. En este inciso solo se presentan los estudios orientados hacia el usuario.

Perspectivas orientadas en el usuario¹

De acuerdo a estas autoras, tres perspectivas teóricas pueden identificarse. Primero la perspectiva funcionalista que domina una gran parte de la investigación de la conducta enferma y del papel de la enfermedad. Segundo, una perspectiva que se enfoca en los factores estructurales que ganaron terreno a los finales de los 70 y los 80. Tercero, y más recientemente, una perspectiva construccionista se ha hecho más visible en los estudios de uso de sustancias psicoactivas.

La perspectiva funcionalista

Tiene una gran tradición en la sociología y fue el marco teórico dominante en la sociología médica hasta los 70, cuando los enfoques construccionistas y marxistas empezaron a ganar terreno. Los registros sociológicos tempranos de la conducta enferma en el campo de la sociología médica fueron inspirados por el trabajo clásico de Parsons (1951) sobre el papel de la enfermedad y el rol del médico para legitimar el papel del enfermo.

El supuesto básico que subyace en el concepto de papel del enfermo, es que la enfermedad y la salud no son meras categorías biológicas, sino partes de un sistema social. Se espera que los individuos satisfagan sus roles sociales y llenen los requerimientos normativos, así como las expectativas relacionadas a sus roles sociales. El rol del enfermo es una solución institucionalizada

¹ El término usuario, denota un concepto genérico para la agregación de los individuos, quienes sobre las bases del uso del autoreporte en las encuestas se ha encontrado que comparten un atributo común, tales como el género, la edad, el ingreso, la salud y la enfermedad.

ofrecida al individuo cuando, por razones involuntarias tales como la enfermedad, no pueden llevar al cabo su rol adecuadamente. Así, el papel de enfermo es un mecanismo social en donde existe una ejecución de rol malograda, que no se basa en la libre elección del individuo, sino que es regulado por la sociedad. La profesión médica actúa como un regulador de esta "desviación" involuntaria y temporal. Su tarea es asegurar que el paciente regrese a sus nivel óptimo de rendimiento en su rol.

El enfoque del sistema social incluyendo los puntos de vista del papel del enfermo y la profesión médica, caracterizaron gran parte del trabajo de Parsons después de los 50 (Gerhardt, 1989). Aquí, el enfoque se centra en los sistemas sociales y los mecanismos de integración social. Las variables del patrón llegan a ser conceptos centrales en donde Parsons describe el valor de las orientaciones que gobiernan al individuo- en este caso la conducta del doctor y de la paciente. Se internalizan conjuntos de normas y valores y brindan un marco compartido para las acciones humanas.²

La estructura de la acción de Parsons, estuvo sin embargo, guiada por diferentes orientaciones de valor, prevaleciendo en diversas esferas o sistemas. Los patrones de variables, explican los valores que guían el papel de un profesional en una sociedad moderna, mientras que la conducta de un médico se retrata como el prototipo de la conducta profesional. Los roles de género eran parte de la esfera privada y la familia, roles que llegaron a ser sinónimos de roles sexuales en la sociología temprana de la familia. La teoría de los roles sexuales presenta al papel de la mujer como "expresiva" y al cuidado del hogar, mientras que el papel del varón es

² Las premisas del modelo parsoniano incluyen lo siguiente:

1 El problema de la salud está íntimamente involucrado con los prerequisites funcionales del sistema social. Es disfuncional un nivel general de salud demasiado bajo y una incidencia de enfermedad demasiado alta.

2 La enfermedad y la salud son, por su importancia, parte de la cultura.

3 El cuidado de la salud es una relación de papeles sociales entre un agente que ayuda y una persona que necesita ayuda.

4 Los roles sociales dentro de la relación del cuidado de la salud son un sector con patrones de la cultura y por ende con secuencias aprendidas de comportamiento.

Parsons construye tipos ideales del papel del enfermo y del papel del profesional de la salud. El papel del enfermo es una forma de desviación social, la cual, aunque involuntaria en causa, debe de ser controlada para prevenir su abuso, que se una amenaza inherente a causa de las recompensas psicológicas que ofrece la dependencia legitimada de la enfermedad. El papel del profesional de la salud combina la cura del paciente y el control social como agente de la sociedad. El papel del enfermo es temporal. El profesional de la salud es experto. Los críticos se han centrado en dos aspectos de la relación, el énfasis de Parsons en la asimetría de la situación terapéutica y el efecto distanciador de los atributos del papel del profesional de la salud. Los pacientes deben ser controlados y la asimetría mantenida, el paciente tiene necesidad de control y el médico de controlar. (Bloom y Wilson 1996).

"instrumental" y orientado hacia el trabajo afuera de la unidad familiar. Los desarrollos posteriores de esta teoría, de acuerdo a Ettore E y Riska E (1995), se basan en nociones simplistas de roles sexuales, concernientes a la conducta de la mujer y, en este contexto, serán llamados "hipótesis de que las mujeres son expresivas"

Las diferencias genéricas en la conducta enferma - las mujeres se enferman con mayor frecuencia y utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia - fueron atribuidas en un principio, en la sociología médica a los roles sexuales de la mujer. Esta interpretación de las diferencias de género en la salud-enfermedad ha sido referidas como las "hipótesis de compatibilidad". De acuerdo a esta hipótesis, el rol sexual femenino es compatible con la adopción del rol de enfermo (Nathanson, 1975). Aquí se asume que la mujer se inclina más que el hombre a adoptar el rol de enferma porque a la mujer se le permite en la sociedad, el mostrar sus emociones, y adicionalmente tiene más deseo de reconocer sus síntomas. No solamente se les enseña a las mujeres a tener un umbral de malestar menor para consultar a un médico, sino también se asume que la mujer tiene "más tiempo" para involucrarse en el rol de enferma que un hombre.

En efecto, el consumo más alto de medicamentos que producen adicción por las mujeres en comparación con los hombres se atribuye a los roles sexuales prevaletentes, las características genéricas de la mujer- asumiendo su expresividad- han sido presentadas como la razón por la inclinación de la mujer a percibir y expresar problemas emocionales a los que el médico responde prescribiendo psicotrópicos.

Gran parte de la investigación de uso de psicotrópicos a través de encuestas dan por sentada la hipótesis de que las "mujeres son expresivas". Esta hipótesis llega a ser **en sí misma** una explicación de las diferencias de género en el uso, más que una hipótesis que debiera de ser probada.

El aplicar la teoría de los roles sexuales para explicar las diferencias de género en el uso de drogas psicoactivas ha traído como resultado un gran número de problemas conceptuales. Primero, y de manera esencial, aunque la teoría de los roles sexuales brinda una descripción adecuada de las diferencias de género en el uso de drogas psicoactivas, presupone a los roles de género como categorías dadas, incluyendo las actitudes específicas y los problemas vinculados a

estas categorías. *No se hace ninguna distinción explícita entre la categoría de sexo y género en la discusión de estas categorías. Como resultado, las diferencias entre ellas tienden a borrarse.*

Algunos autores ven al género como la construcción entre la cultura y la naturaleza. En este contexto, es importante la noción de Butler (1993) de que la naturaleza también tiene historia y que " la construcción social de la naturaleza presupone la cancelación de lo natural de lo social". En las propias palabras de Butler el género "es un constructo cultural" y el sexo es una norma que califica al cuerpo para la vida dentro de la inteligibilidad natural.

Segundo, dentro de la teoría de los roles sexuales, el atributo femenino de expresividad se da por sentado en las mujeres como una categoría sexual. En forma similar, la salud-enferma en la mujer se presenta como "normal" y así "es una condición natural" para ellas. Al normalizar y naturalizar a las mujeres en relación a su salud enferma los científicos sociales han trivializado su expresión y su etiología. De la misma manera, una alta prevalencia de uso de drogas psicoactivas ha sido "normalizado" en las mujeres. Son expresivas y más susceptibles de cambios de ánimos. Por lo tanto, es normal para la mujer el necesitar modificadores de ánimo. Aquí están incluidas dos nociones que con frecuencia aparecen en la literatura de drogas psicoactivas.

a) La noción de que existe una base natural, presocial y biológica para los roles genéricos. La teoría de los roles no brinda explicaciones del por qué existen los roles sexuales estereotipados y continúan manteniéndose más allá de su funcionalidad y su base en un consenso normativo. Últimamente esta explicación cae en un punto de vista reduccionista, los roles sexuales se reducen a diferencias biológicas más que en categorías socialmente construidas de género y en una parte esencial de un sistema género institucionalizado.

b) La segunda noción es, de que existen mecanismos de adaptación basados en el género para el manejo de la ansiedad y el stress. Se asume que la mujer accede al uso de drogas legales en la cultura como parte de una subcultura en la sociedad moderna. Aunque distintos procesos culturales están impregnados en esta explicación, el análisis es generalmente presentado en términos de la "normalidad" de la conducta enferma de la mujer. Por lo tanto, esta conducta es naturalizada- localizada en la esfera de lo biológico más que en la sociedad.

La Tercera limitación de la teoría de los roles sexuales como una explicación de las diferencias genéricas en el uso de drogas psicoactivas es la perpetuación de las nociones

estereotipadas de la conducta femenina y masculina. La noción de que la mujer tiene "más Tiempo" que los hombres para involucrarse en roles enfermos implica que el trabajo de la mujer en la casa es visto como una actividad recreacional- un trabajo meramente emocional, en lugar de un trabajo que implica un esfuerzo físico arduo. El ver el trabajo de la mujer en el dominio doméstico como meramente emocional, "un trabajo de amor" esconde y disimula tanto el trabajo físico involucrado en la función de cuidado, así como también la dependencia económica del hombre. Algunos investigadores (Waldron I,1977, Suffet F y Brotman R,1976) han explícitamente sugerido que la posición subordinada y dependiente del ama de casa tradicional o de las mujeres en general es la razón principal para el uso de psicotrópicos en las mujeres. El mérito de este punto de vista es que problematiza el uso de la mujer, al mismo tiempo que identifica el sistema genérico como una condición estructural clave relacionada con el uso de drogas psicoactivas en las mujeres.

Así como se ha utilizado la hipótesis de que "las mujeres son más expresivas" como un marco de referencia interpretativo para el alto consumo de sustancias, el consumo menor en los hombres se ha explicado por otra hipótesis específica de género "la hipótesis de la sustitución". Esta propone que el hombre utiliza menos drogas psicoactivas que las mujeres porque el hombre se medica más fácilmente y reduce su ansiedad y depresión a través del consumo de alcohol. Esta hipótesis está basada en una interpretación funcionalista que asume que todos los seres humanos tienen una necesidad de relajación producida por las sustancias psicoactivas. Esta necesidad universal es canalizada a través de diferentes rutas tanto para hombres como para mujeres en la sociedad moderna. Las normas específicas de género en la sociedad han creado alternativas funcionales específicas para cada género. Los varones han tradicionalmente utilizado el alcohol como una sustancia que produce relajación, pero al menos durante el siglo pasado, esta sustancia ha sido vista en términos negativos para la mujer. Como los historiadores sociales han señalado, en algunas sociedades las mujeres han sido protagonistas activas en construir estas normas en un esfuerzo de control del uso de alcohol de los hombres durante la época del movimiento de temperancia y la prohibición.

Cuando las drogas psicoactivas emergieron en el mercado comercial en los 60, no existían normas culturales explícitas que prohibieran a las mujeres su utilización. Por el contrario, los

tranquilizantes confirmaron el rol femenino subordinado y pasivo tradicional. Las mujeres al tratar de romper con sus expectativas de rol, no tenían que ser declaradas enfermas mentales y confinadas en instituciones, como en el pasado. Tenían la posibilidad de mantenerlas dóciles, tranquilas y obedientes con la ayuda de las drogas psicoactivas (Burin M et al 1990). Debe notarse que ésta última, el punto de vista feminista es contrario al punto de vista consensual de las relaciones genéricas ofrecida dentro de la perspectiva funcionalista tradicional

La hipótesis de la sustitución, sugiere por lo tanto, que los psicotrópicos y el alcohol son dos sustancias legitimadas socialmente, específicas de género, que tienen funciones equivalentes. Esta noción de mecanismos químicos adaptativos y equivalentes, oscurece sin embargo las diferencias *contextuales* básicas entre hombres y mujeres que utilizan sustancias. Los hombres *por sí mismos* pueden iniciar el consumo de alcohol, aunque exista un contexto social, así como un código cultural que regula su consumo de alcohol. Las mujeres en contraste, no pueden iniciar el uso de psicotrópicos, si no los están recibiendo de los profesionales ó cuando consumen alcohol lo hacen en situaciones especiales y con el permiso de otros.

En el caso del uso legal de drogas psicoactivas, el médico prescribe y determina la dosis y la duración del régimen. Aún más, las mujeres en contraste con los hombres, carecen de un contexto social compartido y un código cultural que pueda proveer una definición colectiva en la regulación de su uso de drogas. Dado que su consumo generalmente es privado tales normas pueden nunca aparecer.

En forma similar, mientras que los hombres tienen un vocabulario compartido para expresar la experiencias y describir los efectos del alcohol, las mujeres no tienen un lenguaje común para expresar su dependencia en los psicotrópicos. En este contexto, los medios masivos de información han emergido como los definidores clave del lenguaje de la dependencia y han ofrecido una re-definición del uso normal de drogas. Como resultado se ha aumentado la conciencia y un deseo de los individuos de hablar sobre su dependencia.

Como las mujeres han entrado al mercado laboral en número creciente en las dos últimas décadas, los cambios en los roles de la mujer en la sociedad han llevado a la especulación de como altera su salud y sus hábitos de salud, su rol de mujer trabajadora (Lara A y Acevedo M 1996, Verbrugge, 1989). En el área de investigación en alcohol, la hipótesis denominada *hipótesis*

de convergencia fue utilizada en inicios de los 80 como un predictor. Esta hipótesis postula que el ingreso de la mujer en el mercado laboral cambiará su posición social de tal manera que su papel tradicional femenino dará lugar a nuevas conductas previamente seguidas por los hombres. La suposición aquí, es que la mujer elevará su consumo de alcohol como parte de su participación en la esfera pública (Ferrence, 1980).

Los investigadores de drogas psicoactivas (Ferrence & Whitehead, 1980) han propuesto que, si aumenta el consumo de alcohol, el de drogas psicoactivas disminuirá. Por lo tanto, la hipótesis de sustitución aparecerá como la explicación de la orientación de las mujeres que trabajan hacia el alcohol y los psicotrópicos. Sin embargo, la hipótesis de convergencia no ha sido confirmada en los estudios realizados en América del Norte en los 70. Las encuestas nacionales en los países nórdicos muestran que el consumo de alcohol en las mujeres aumentó en los 70 y 80. Pero las mujeres continúan siendo una pequeña proporción comparadas con los hombres. Aún más, los problemas del consumo de alcohol en las mujeres en los países nórdicos es menos frecuente que en los hombres y nunca ha tomado la forma ritualística que en los varones.

La hipótesis de sustitución no ha sido confirmada, dado que el uso de psicotrópicos por mujeres no ha disminuido proporcionalmente ya sea en relación a su consumo de alcohol o en su participación en el mercado laboral.

Como podemos ver, la hipótesis de convergencia ha sido confirmada solo parcialmente en el caso de la mujer. Aunque han ocurrido cambios en los hábitos de consumo de las mujeres, su doble tasa de consumo de psicotrópicos ha permanecido sin cambio en el mismo periodo. Aún más, la hipótesis de sustitución no brinda un panorama exacto de las actitudes de las mujeres hacia las drogas y el alcohol en contexto actual, aunque para nuestro conocimiento esta hipótesis jamás ha sido probada empíricamente para cualquier género. No obstante, esta hipótesis se da como un hecho cuando se describe la utilización de psicotrópicos por los hombres.

En resumen, muchas de las discusiones anteriores, la hipótesis de que las mujeres son expresivas, y la hipótesis de la sustitución, están basadas en una perspectiva funcionalista. Sin embargo, la hipótesis de que las mujeres son expresivas se enfoca únicamente en la conducta enferma de la mujer y la relaciona con su papel en la sociedad. Por lo tanto, una gran tasa de uso de drogas psicoactivas entre mujeres se explica por su emocionalidad, vista como parte de su rol

femenino De esta forma, los problemas de salud de la mujer se ven como problemas de la biología de la mujer en lugar de relacionarlos con factores estructurales clave implícitos en la clase o sistema genérico prevaleciente. El resultado de esta perspectiva es que el uso de psicotrópicos por las mujeres tiende a ser trivializado porque este uso se asume, refleja meramente las diferencias "normales" entre hombres y mujeres. Últimamente, esta proceso de conceptualización refuerza la noción de que las mujeres están destinadas por la biología, por algo dado denominado "naturaleza"

Vemos que la hipótesis de sustitución se enfoca al tema del por qué los hombres utilizan menos los psicotrópicos que las mujeres. El argumento funcionalista tácito es que el uso de drogas que producen relajación por parte de los hombres y las mujeres, está relacionado con las normas genéricas específicas. La suposición es que el hombre automedica sus ansiedades al utilizar el alcohol y por lo tanto, no necesita los psicotrópicos.

Por otro lado, los que proponen esta hipótesis no explican si el alcohol tiene meramente una función preventiva ó si su uso tiene efectos médicos similares sobre los mismos síntomas que trata la mujer con los psicotrópicos. Este tipo de enfoque ha negado las explicaciones relacionadas con el alto consumo de psicotrópicos por ciertos grupos de varones así como también el problema de dependencia dual - alcohol y psicotrópicos- entre varones

Perspectivas estructurales sobre el uso de drogas psicoactivas.

Un tema relevante en la sociología clásica es el aumento en la globalización y la diferenciación de la sociedad, un proceso de fragmentación que divide a la sociedad en diversos grupos inequitativos. La teoría weberiana describe este proceso en términos de la emergencia de los grupos de status, mientras que la teoría marxista la describe como la emergencia de dos clases sociales distintas. Ambas teorías resultan en una perspectiva materialista estructural sobre la salud y la enfermedad- una perspectiva que ve la localización de la gente en un sistema socio-económico como la clave que determina su salud. Estas características contingentes de acuerdo a Weber, son por ejemplo la ocupación, el género, la raza, la etnicidad y la religión , mientras que para Marx la clase es la que define el modo específico de producción en la sociedad, es el punto nodal en el análisis.

No obstante, las investigaciones realizadas a través de encuestas sobre uso de drogas, que intentan operacionalizar la perspectiva estructural weberiana, ha identificado al género como una de las características contingentes más importantes. En forma simple, las mujeres utilizan el doble de psicotrópicos. Aún más, la edad ha sido encontrado como factor crucial en la explicación de todo tipo de drogas así como es el caso de los psicotrópicos. La raza y el ingreso aparece como otro factor contingente relacionado con el uso.

En relación al ingreso, los estudios de encuesta han revelado que el uso de psicotrópicos es más prevalente entre grupos de altos ingresos que de bajos ingresos. En contraste, estudios recientes han documentado una alta prevalencia de uso entre grupos de niveles socioeconómicos bajos que en los altos. La mayoría de estos estudios han señalado tan solo la prevalencia de uso. Sus autores han omitido el ubicar características sociales clave tales como el ingreso o el nivel socioeconómico en un marco de referencia teórico que ayude a explicar tales variaciones. Las características sociales emergentes parecen representar una posición estructural compartida, definiendo el acceso de un individuo a recursos sociales y materiales en la sociedad.

Al discutir las perspectivas estructurales del uso de drogas psicoactivas, Marx relaciona la salud- enfermedad con la distribución de la salud y enfermedad en la localidad de los sujetos dentro de una estructura de clase.

La perspectiva de construccionismo social.

La perspectiva del construccionismo social ve los fenómenos sociales como un producto de procesos en las que los actores sociales otorgan significados y definen al mundo que los rodea. De esta forma, la salud y la enfermedad no son inherentes a ninguna conducta o condición, sino productos de definiciones sociales de lo normal o conductas esperadas en ciertos contextos sociales. Así, la enfermedad y la salud mental no son estados definidos biológicamente, sino problemas inmersos en las relaciones sociales, y por lo tanto, relativos, socialmente definidos o fenómenos contruidos. En este contexto, el enfoque de etiquetamiento en la salud mental y con su marco conceptual innovador, precedieron las discusiones sobre la noción del discurso médico que ha emergido dentro de los debates sociológicos sobre postmodernismo. El trabajo de Michel Foucault (1992) ha inspirado a los sociólogos para interpretar críticamente los desarrollos en salud pública y la medicina comunitaria y las percepciones sociales del cuerpo desde una

con la patología individual sino amplía la perspectiva en donde las características de los grupos clave pueden emerger. Por lo tanto, los factores sociales externos a los individuos se vuelven visibles. Del lado negativo, una noción individualizada del uso ha sido el resultado de este género de estudios. Esto permanece como paradoja. La razón de esta paradoja yace en el carácter de los datos en los estudios con usuarios. Estos estudios están basados en encuestas que proveen una imagen seccionada de la población general o de un grupo de población. *Escasa información se brinda sobre las estructuras que median entre el usuario individual y el sistema de salud, así como el complejo proceso en donde el usuario es introducido a, o termina o continúa con el consumo.*

Así, las razones para el consumo de drogas se dan desde un punto de vista individual o una interpretación voluntarista. La interpretación individual señala al uso en una forma determinista, es el resultado conductual de ciertos atributos individuales, tales como el sexo, la educación y demás. La interpretación voluntarista, por el otro lado, retrata al usuario como un actor social que ha sido identificado por sí mismo en la necesidad de una terapia de drogas y a su vez, ha decidido buscar ayuda médica para sus síntomas.

El enfoque voluntarista sustenta el punto de vista de que el usuario es excesivamente racional. El o ella deciden buscar ayuda profesional para aliviar sus síntomas de stress. Aquí el uso de drogas es percibido como basado en la propia decisión del usuario y una elección de acción. Además del énfasis en la racionalidad, el enfoque voluntarista retrata a los usuarios como actuando en un vacío social en donde otros actores sociales, tales como otros significativos y los médicos son invisibles.

Resumiendo

De acuerdo a la *perspectiva funcionalista*, el principal problema es conceptualizado como la ejecución de un rol en forma deficiente, perteneciente a la salud enferma. En el caso de la ansiedad o del insomnio, la solución más rápida es la prescripción de psicotrópicos, con frecuencia tranquilizantes o pastillas para dormir. Por ello se piensa que el régimen farmacológico restaurará el funcionamiento de forma óptima en el usuario. En este sentido, el uso de drogas tiene una función de mantenimiento del sistema. El usuario se adapta, mientras que la droga es vista como instrumental en este proceso adaptativo.

Dentro de la *perspectiva marxista*, el sistema de clase prevaleciente es un reflejo directo del modo capitalista de producción. El bienestar de cualquier persona, tanto materialmente como en términos de salud, es un producto de su propia ubicación dentro de una estructura de clases. El problema es aquí, que al mejorar en forma significativa el estado de salud de las clases subordinadas en la sociedad, incluyendo a las mujeres, puede adquirirse solo por una total y radical redistribución del ingreso y la riqueza en la sociedad. Las drogas psicoactivas son, en este sentido, "el opio de los pueblos": individualizan la enfermedad y oscurecen el carácter determinado por la clase de la enfermedad. Un cambio radical en los rasgos explotadores inherentes en el modo de producción capitalista, y a su vez, el promover la equidad social eliminarán la existencia de "problemas de población" o lo que los representantes marxistas han llamado "el material bruto" para la "producción de la desviación".

Lo que proponen tanto las perspectivas funcionalistas como marxistas son el desarrollo de sistemas de control especializados, como una parte integral de la sociedad moderna. Este tipo de análisis de sistema, inherente en ambas perspectivas, implica que la profesión médica es el agente principal de control del tipo de desviación que es subsumida bajo la etiqueta de enfermedad. En este sentido específico, los psicotrópicos aparecen como una forma de control social, que sostienen el orden social prevaleciente. Esta forma de dependencia química parece sostener el orden actual.

Por otro lado, *la perspectiva del construccionismo social* está basada en el análisis de agencias de la desviación y el control social. La desviación es un etiqueta impuesta a los sujetos que, en su rechazo o aceptación de estas etiquetas, construyen identidades y trayectorias. Una transformación radical puede adquirirse solamente al retar y reconstruir la existente "jerarquía de credibilidad". El resultado es una renegociación de normalidad; un cambio importante en las bases éticas de las definiciones de desviación y el establecimiento de nuevos códigos morales dentro de la sociedad.

A la luz de la discusión Ettore, E y Riska, E (1995) proponen que una perspectiva sensible al género cuestiona la invisibilidad del género en ambos análisis de agencia y sistema, evidente en las perspectivas anteriores. Lo hace de tres formas

1) Cuestiona a los funcionalistas al señalar la primacía que otorgan a los factores normativos al explicar el fenómeno social. En los escritos de Parsons, el género es reconocido en la esfera privada de las relaciones sociales, mientras que las relaciones de mercado se asume, son seguidas por criterios universalistas (neutrales respecto al género) Aquí el género es un criterio meramente particular (y no patriarcal) que se marchitará con el incremento de la racionalización de la sociedad

2) Cuestiona el punto de vista sobre lo determinado de la inequidad social, implícita en el pensamiento marxista. Los teóricos marxistas ven al sistema económico o la esfera de producción como el principal agente de división de las personas en categorías sociales (clases) y mujeres, como apéndices de los hombres, y miembros principalmente de clases sociales. El énfasis yace en la economía capitalista, que produce inequidad social y problemas sociales relacionados, y no en la inequidad de género. Las teóricas feministas han criticado este énfasis sobre las estructuras económicas y las clases, concepto explícito en la teoría marxista. En cambio, señalan a la reproducción y al patriarcado como los principales generadores de la inequidad social. Así, el énfasis está en las divisiones sociales complejas entre hombres y mujeres

3) Una perspectiva sensible al género cuestiona el enfoque del interaccionismo simbólico sobre el análisis del agente, porque no reconocen a los hombres como los "conquistadores morales" y los más poderosos constructores (en contra de las mujeres) de discursos y códigos morales. Este tipo de análisis es genéricamente neutral. Con referencia a nuestro tema específico, el uso de drogas psicoactivas, existe la necesidad de señalar el carácter genérico de las etiquetas médicas y/o de desviadas atribuidas a los síntomas y diagnósticos, así como los criterios genéricos utilizados al tomar sus decisiones médicas. Así, resaltamos otra vez, que las diferencias de género en relación al uso de sustancias son manifestaciones concretas de una estructura subyacente- la institución social del género. Aún más, mantenemos que la comprensión de procesos genéricos por medio de los cuales se construye socialmente el uso de drogas psicotrópicas, producidas y reproducidas se adquiere al "revelar" y por lo tanto develar los niveles involucrados explícitamente en este proceso.

CAPITULO 3

METODOLOGIA Y FUENTES DE INFORMACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La reflexión en el área de adicciones a sustancias psicoactivas de las mujeres inevitablemente expone una serie de problemas vinculados que entre otros incluyen; la tensión entre las ciencias sociales y naturales dentro de la investigación; la priorización de los proyectos dirigidos con criterios obtenidos en población masculina en detrimento de los proyectos dirigidos a mujeres; el positivismo vs la investigación social crítica. La problemática de las mujeres adictas a sustancias psicoactivas ha permanecido invisible/oculta, es decir, estudiada, explicada, dirigida y tratada desde una perspectiva masculina sin hacer evidente la especificidad de la condición y la situación de las mujeres en general y de las usuarias de sustancias en particular además de no tomar en cuenta su diversidad.

OBJETIVOS

- 1 Explorar y describir la trayectoria relacionada al inicio, continuación y cese del consumo de sustancias médicas e ilegales y alcohol en mujeres
- 2 Explorar y describir el impacto de ciertas experiencias asociadas al inicio o continuación del consumo:
 - 2.1. La etapa del ciclo de vida
 - 2.2 La clase social
 - 2.3 Las experiencias de abuso físico, sexual y emocional
 - 2.4 La preferencia sexual
 - 2.5 La violencia delictiva
 - 2.6 La familia.
 - 2.7 El contexto social
- 3 Explorar la relación del consumo de drogas y alcohol con otros problemas de salud mental
 - 3.1 Depresión, ideación suicida y “carving” (esculpir)
 - 3.2. Trastornos de alimentación

3.3 Personalidad antisocial

3.4. Ansiedad

HIPOTESIS GENERALES DE TRABAJO

H1: El desarrollo de un problema adictivo en una mujer sigue una trayectoria que puede recuperarse al obtener su historia de vida.

H2 La organización de la vida familiar a las que pertenecen las mujeres adictas impacta en la construcción de la adicción

H3 El sufrimiento de una experiencia de abuso físico, sexual y emocional en etapas tempranas de desarrollo, puede predisponer al consumo de sustancias adictivas.

H4 La vivencia de experiencias de violencia en las mujeres en forma continua y/o intensa puede favorecer el inicio o continuación de sustancias adictivas.

H5 La realidad social y el contexto en que se da el consumo de sustancias en las mujeres determina las diferentes trayectorias de expresión de la problemática

H6 El consumo de sustancias adictivas en la mujer constituye una transgresión al modelo de *feminidad patriarcal mexicano* lo que favorece el ocultamiento, el estigma y el abuso que la sociedad hace de la mujer adicta

Descripción del estudio y características de la muestra

Los datos del estudio fueron obtenidos en un periodo de cuatro años empezando en 1994 y terminando en 1997. La investigación se llevó al cabo en tres contextos diferentes en instituciones de procuración de Justicia, en instituciones del sector salud públicas y privadas y en organizaciones no-gubernamentales y grupos de autoayuda. Las mujeres que voluntariamente participaron en el estudio provienen de una gran variedad de contextos a fin de que diversas trayectorias pudieran ser incluidas en el estudio. El trabajo de campo inició en el Consejo Tutelar de Menores Infractores, institución perteneciente a la Secretaría de Gobernación, se continuó en el Centro de Atención Toxicológica del Departamento del Distrito Federal. Posteriormente se entrevistaron menores de edad en las casas hogar del Patronato de ayuda y solidaridad con las niñas de la calle, se continuó con mujeres que pertenecían a grupo de autoayuda como Drogadictos Anónimos, Alcohólicos Anónimos y Adictos anónimos a las relaciones destructivas. Se realizaron algunas entrevistas en el Hospital Español y finalmente se terminó el trabajo de

campo en el Centro de Readaptación Social Femenil Tepepan (CERESO), perteneciente a la Secretaría de Gobernación .

El estudio se llevo al cabo en tres etapas, cada una de las cuales incluyeron siempre el consentimiento informado de parte de las mujeres

En la primera etapa del estudio se contactaron a las personas responsables de las mujeres en las instituciones , a quienes se les explicó los objetivos del proyecto y donde se les mencionó que el material que eventualmente se obtuviese de las mujeres no podría llegar a formar parte de la institución. Las autoridades invitaron a participar a mujeres que cubrían lo incluido en la definición de adicción antes mencionada, por lo que no se entrevistaron a mujeres con uso experimental. Por este mecanismo se contactaron a 21 mujeres.

La segunda etapa incluía una entrevista inicial con la mujer con problema de adicción en donde se le explicaba la forma y los objetivos del proyecto. Durante la entrevista, se le explicaba a cada mujer que el participar en el estudio la podría llevar a re-experimentar algunas situaciones probablemente dolorosas por lo que podían dejar de participar en el estudio en el momento que así lo decidieran y que si no tenían acceso a tratamiento y lo solicitaban serían referidas al mismo. Una vez que la mujer accedía se continuaba a la tercera etapa

En la tercera etapa del proyecto se realizaron entrevistas en profundidad grabadas, que duraron entre 2 y 4 horas cada una, teniendo cada mujer por lo menos 5 entrevistas para obtener en forma retrospectiva la historia de vida. En la primera entrevista ninguna pregunta en especial se realizaba. Se le pedía a la mujer que narrara su vida como ella lo deseara, empezando donde ella quisiera y tocando los temas que decidiera pertinentes. En las entrevistas subsecuentes si existía una guía de entrevista pero se les reiteró a las mujeres que podían dejar a un lado cualquier pregunta que les hiciera sentirse a disgusto y dejar de participar en el proyecto en el momento en que ellas lo decidieran. En las instituciones de procuración de justicia y por solicitud de la Secretaría de Gobernación se firmó un acuerdo con dos testigos presentes.

Al finalizar esta etapa, se les entrevistó respecto a los problemas de salud mental utilizando la entrevista estructurada CIDI (Composite International Diagnostic Interview) en sus secciones de depresión, ansiedad y trastornos de alimentación. Lo anterior con una doble intención: primero cubrir el mínimo de preguntas que la entrevista sugiere para explorar sus

problemas de salud mental y segundo explorar si dichas preguntas eran comprensibles o tenían algún significado para las mujeres. Si las mujeres no comprendían la redacción original de la entrevista la pregunta fue formada de una manera diferente.

Para asegurar el anonimato en los datos reportados, los nombres, los lugares y otras características que pudieran identificar a las mujeres se han cambiado o eliminado para proteger la identidad de la mujer. El seudónimo utilizado fue elegido por cada mujer.

En esta tesis se presentan la información de 18 mujeres .

La edad de las mujeres fluctuó entre los 14 y los 50 años de edad. En relación a su escolaridad 10 de ellas tenían la primaria incompleta, una la primaria completa, 3 la secundaria y 4 de ellas la preparatoria o estudios equivalentes de dibujo técnico, enfermería o estudios de comercio.

14 de las 18 familias de origen de las mujeres eran familias recompuestas, dos de ellas nucleares y dos pertenecientes a familias extendidas. Hacia dentro de las familias compartieron las muertes y abandonos en edades tempranas tanto del padre como de la madre. De las 18 mujeres 4 no conocieron a sus padres biológicos, uno de ellos fue asesinado, otro abandono a la familia y uno más murió. 9 de los padres tenían problemas de alcoholismo y 5 de los padrastros también. En cuanto a las madres, 3 de ellas abandonaron sus hogares, tres de ellas murieron cuando las mujeres entrevistadas eran menores de edad, 6 de ellas tenían problemas de alcoholismo. 17 de las 18 mujeres tenían o habían tenido parejas usuarias de alcohol o de drogas. Es indudable que este panorama familiar supone toda una pedagogía y un aprendizaje en torno al consumo de alcohol y otras sustancias.

Respecto a la violencia intrafamiliar, 15 mujeres narraron experiencias de abuso físico severo, 18 de abuso emocional constante y proveniente de diversas fuentes; 14 de ellas tuvieron experiencias de abuso sexual yendo desde los manoseos hasta la violación tumultuaria y las 18 presenciaron escenas de violencia en sus familias de origen.

Fuera de sus hogares de origen 18 participaron en actos violentos principalmente robos, 12 de las mujeres utilizaron armas preferentemente navajas y 17 fueron receptoras de violencia en su vida adictiva. Todas participaron en los hechos violentos siendo ya usuarias de alcohol y drogas.

Como un conjunto las mujeres iniciaron en promedio su consumo a los 10 años de edad
En orden decreciente sus drogas de predilección fueron:

- 17 alcohol
- 17 marihuana
- 14 cocaína (cocaína, crack, basuco)
- 14 chochos
- 13 solventes (activo, thinner, cemento, chemo, pvc, aguarrás, gasolina)
- 12 Rohypnol
- 8 tranquilizantes
- 7 gotas
- 4 heroína
- 4 alucinógenos (LSD, peyotes, hongos, picarrón)
- 3 drogas intravenosas
- 2 diablitos
- 1 mandrax

En promedio consumieron 6 drogas, la que menos utilizó 2 y la que más utilizó fueron 10
Solo una de las 18 mujeres fue usuaria exclusiva de alcohol. Únicamente siete de las 18 mujeres
reportaron haber estado en alguna modalidad de tratamiento. Todas fueron consideradas en los
ambientes donde se encontraban como antisociales.

METODOLOGIA

La investigación se fundamentó en la recopilación de testimonios e historias de vida de
mujeres usuarias de sustancias adictivas, por ello es relevante hacer una breve revisión sobre la
metodología utilizada.

El término de historia oral en cuanto que pretende hacer historia, significa que le interesa
conocer y comprender la dinámica propia de los grupos y sociedades humanas y como parte de
una disciplina científica, le interesan los hechos y eventos sociales donde intervienen instituciones
e individuos en determinados procesos económicos, políticos y simbólico-culturales. Le interesa
producir conocimiento y no sólo ser un canal de exposición oral de testimonios. Le interesa al
historiador oral construir y sistematizar nuevas fuentes de evidencia histórica que inicialmente son

de carácter oral para integrarlas con las demás fuentes en el proceso de análisis histórico, no obstante la oralidad constituye su materia prima (Aceves J, 1996).

Es un procedimiento de construcción de nuevas fuentes establecido para la investigación histórica con base en los testimonios orales recogidas en investigaciones específicas, bajo métodos, problemas y puntos de partida teóricos específicos. *Hacer historia oral significa por lo tanto, producir conocimiento históricos analíticos e interpretativos*, no simplemente hacer una relación sistemática de la vida y experiencia de los "otros" (Lagarde M, 1996)

HISTORIA ORAL E HISTORIAS DE VIDA

Plantearse las dimensiones de la historia de vida supone tener en cuenta las dimensiones del trabajo de investigación, el contexto histórico concreto y las formas de discurso que son vigentes en éste. Exige analizar las modalidades de comunicación en la sociedad de masas, para poder situar en ellas lo peculiar de la transmisión oral. Y más allá de esto, promueve una reflexión sobre la intervención sociológica en su totalidad. El hacer historia oral de procesos, conflictos y formas de elaborarlos y resolverlos cuestiona directamente la posición del investigador. De una manera tal vez más radical que otras prácticas de investigación.

Las historias de vidas están formadas por relatos que se producen *con una intención: elaborar y transmitir una memoria, personal o colectiva, que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un periodo histórico concreto y que surge a petición de un investigador.* (Santamarina M, 1995)

En principio las historias de vida no preexisten a este proceso (Lagarde M, 1996), se producen en él aunque las formas de contexto oral (historia oral) vengan refiriendo (o callando) aspectos, sagas, y relatos que luego se articulan en las historias que se recopilan. Se van haciendo a medida que la investigación avanza según sus objetivos, sus hallazgos y sus límites y tampoco sus referentes son precisos, sin que por ello se pueda decir que son falsos.

El valor subjetivo de los relatos es precisamente el valor más original, el fenómeno social que la historia de vida permite que exista y circule, por entre los sentidos de una colectividad y una época. Es lo que avala la radicalidad de la expresión de Ferraroti F(1990) la vía de la subjetividad es la que permite reconstruir el alcance objetivo, esto es real, completo de una conciencia de grupo y de época.

El hecho de recoger historias de vida tiene una dimensión ética y política, en la medida en que implícitamente apuesta por la capacidad de recuperar la memoria y de narrarla desde los propios actores sociales. Esto acompaña la intención de capturar sentidos de la vida social que no son fácilmente detectables desde los limitados filtros- de gremio, de clase, de rutinas técnicas- del investigador tradicional.

La historia oral remueve porque se atreve a recoger los relatos de la gente tal y como estos surgen, más allá incluso del valor documental, es decir como experiencia de enunciación. El sentido del tiempo histórico, y el sentido de las historias se ven sometidos a muchos procesos de construcción, de re-elaboración y, en la acepción más propia del término, de ficción. Cuando en la investigación pretendemos atender a los procesos de construcción y re-estructuración de identidades individuales, de grupo, de género, de clase en un contexto social, las historias de vida y su método siempre se enfrentan con escenas parecidas a las de las anécdotas.

La historia oral ha tenido diversas modalidades y etapas (Pujadas J1992) sin embargo, la forma en como se realizan ahora parecen tener en este momento una nueva importancia. Precisamente porque hay una revisión en profundidad de los saberes sociales- no sólo sociológicos- ante el conjunto de fenómenos de ruptura de códigos culturales e ideológicos, de los sistemas de referencia convencionales. Siguiendo a Santamarina M(1995) el interés radica al detectar cómo la crisis de los modelos societarios le deja mucha tarea a cada individuo a la hora de construir su propia identidad. Existe una carencia en el orden de la praxis social e individual: la de reunir la diversidad de adscripciones y referencias contradictorias en un sentido personal que en la sociedad anómica no aparece tan claro, o no está fácilmente localizable.

La difícil y necesaria tarea de contarse, de reconstruir la propia historia, personal y colectiva da un peso específico al campo de problemas con los que se enfrentan las prácticas de investigación en la historia oral. Hay un interés en los procesos de la memoria individual, grupal y colectiva, en un momento en que precisamente la sociedad de los medios de masificación, pretenden homogeneizar todas las formas de saber y de comunicación social. Y a pesar de que muestra sus quiebras, trata con más fuerza que convicción de reafirmar su solidez.

Las historias de vida son los escenarios de los discursos particulares que surgen a pesar de los discursos de los medios de comunicación o de formación de masas, porque son historias de experiencias de saberes prácticos, que los medios de masas no circulan

Requiere

- Saber cómo son las formas de intercambio y circulación de la memoria y de las experiencias en el interior de la cultura de la dominación

- Implica considerar la forma concreta de la tensión entre las historias particulares y la historia entendida de forma universal

- La representación que la colectividad se hace de las leyes generales del cambio y la percepción y elaboración particular de los cambios sociales y culturales

La historia de vida como historia particular es fundamentalmente la comunicación de una sabiduría práctica, de un saber de vida y experiencia. Los relatos particulares de experiencia van a quedar progresivamente subordinados, a una forma de relato social que es el modelo de la información, en el que no caben las experiencias, primero, ni mucho menos las particulares

La narración clásica estaba centrada en la verdad, la verdad del sujeto, lo ejemplar y lo peculiar, pasa a subordinarse a una forma de producción y de intercambio que toma como referentes: el saber (no la verdad) lo nomotético (aquello que puede ser regla generalizable) y lo universal, en el sentido ilustrado del término

No se debe confundir el discurso con la verdad, puesto que siempre hay diversas respuestas, es decir, no se integran en la conciencia del sujeto la contradicción, la complejidad y la dialéctica. Una parte del sujeto es la que es enunciada. (Lagarde M, 1996)

Por lo anterior, las dimensiones del síntoma biográfico puede distinguir dos ejes principales el universo sincrónico de los espacios y el diacrónico de las formas de narrar los acontecimientos. Rescatar el testimonio de forma de vida que tienden a desaparecer, comunitaristas o de la sociedad urbana en el capitalismo industrial avanzado de consumo implica un compromiso ético y político. Recuperar la memoria, la historia de las identidades rotas y recompuestas, ofrece otra perspectiva, no culturalista, ni economicista sino subjetiva esto es, formadora de sujetos. La historia oral es una historia a dos voces, no es libre, ni espontánea, sino dirigida desde la subjetividad (formada por la mentalidad, por los conocimientos) La teoría

utilizada para la interpretación es la que estructura la recopilación dirigida de la historia. (Lagarde M, 1996)

Dimensiones: En las historias de vida, según Bertaux D (1993) es posible discriminar una dimensión socioestructural o sistémica y una dimensión sociosimbólica o cultural. Decir que las historias de vida tienen estas dos dimensiones quiere decir que hay programas de historias de vida que trabajan más bien con el mundo de las representaciones, frente a otros que persiguen los conflictos de las posiciones en la estructura productiva. De todos modos, existen desplazamientos y contradicción entre las dos dimensiones.

Elementos sistémicos: Por ejemplo: Qué significa ser panadero.

Dimensión sociosimbólica: El panadero, como la entrada en una forma de reparto del trabajo en el que se forma una mentalidad pequeño-empresarial, en la que la competitividad sobrepasa las reglas de juego de lo que sería a relación entre empresas

Maneras de producción:

Según Aceves J (1996) y Santamarina M (1995), existen varias maneras fundamentales de enfocar el sentido y el trabajo con las historias de vida

1) Visión positivista documental: conservación de las historias en el sentido en que éstas, se toman como indicio de un momento, de un sistema o de una formación social. No se tematiza el momento de la enunciación. Más que comprender la misma historia, acumula datos orales que, con frecuencia, se vuelven pilas monumentales de cintas y papeles en archivos que, rara vez, experimentan la consulta

2) Difusora populista: La historia oral aparece como una verdadera "alternativa" para reivindicar a quienes no fueron registrados objetivamente en las historias oficiales, nacionales e internacionales. Su orientación es empiricista, solamente se entrevista y construyen amplios archivos orales y se difunde el texto oral tal cual es, sin mediar una interpretación o análisis. Tiene como limitación que al desdeñar la reflexión teórica y el asumir el papel de portavoz de los "otros", dificulta y reduce su labor como historiador social

3) Perspectiva interaccionista: No es tanto el valor de indicio cuanto la interpretación de las historias de vida desde el punto de vista de la construcción dual de situaciones: el tú y yo, el cara a cara. Es decir, de la historia de vida interesa fundamentalmente la construcción dual de

situaciones. Deja fuera lo que ocurre más allá de la situación de la interacción cara a cara. No incluyen el contexto económico y político más amplio que atraviesa la situación de interacción y en ella recibe sentido.

4) Dialéctico: Las historias de vida son un sistema. Se entienden como historias de un sujeto, individuo o grupo, que se construye en las determinaciones del sistema social. Las historias de vida se construyen en un sistema social determinado, y por lo tanto surgen de las redes productivas e interactivas del mismo. Vuelven sobre ese sistema para nombrarlo, en la medida en que ese discurso puede circular en la memoria de los sujetos y los grupos.

En palabras de Aceves J, los historiadores que eligen esta modalidad, recogen, critican la fuente y analizan, interpretan y ubican históricamente los testimonios y evidencias orales. Complementan sus fuentes orales con las documentales y no se circunscriben a un método y a una técnica; sino que las vuelven más complejas, explicitan su perspectiva teórico-metodológica del análisis histórico y sobre todo existe el contacto interdisciplinario.

No es un sujeto que pre-exista a la historia y permanece después de ella tal cual estaba antes. La historia que compone y difunde no es un accidente, sino que tiene un carácter estructurante en el propio sujeto.

HISTORIA ORAL FEMINISTA:

Si es necesario analizar a la mujer como sujeto histórico y paralelamente crear una conciencia de la especificidad histórica femenina tanto entre las propias mujeres, como en ámbitos más amplios, sobre todo en el universitario y en los de historiografía oficial, Ramos C (1992) afirma que para ello se necesita:

- a) Averiguar datos concretos sobre las mujeres: cuántas son, qué hacen, qué dicen, cómo viven, qué significa su presencia en una sociedad determinada, en un periodo específico
- b) Mostrar que "la mujer" no existe, sino que existen mujeres pertenecientes a diversos grupos sociales, a diversas etnias, que responden a diversos antecedentes sociales, familiares e ideológicos

c) Como se señaló anteriormente, si la tarea histórica no consiste solamente en la recopilación, sino sobre todo en la organización y análisis interpretativo, las historias de las mujeres deben interpretarse desde una perspectiva de género

En forma clásica, la historiografía de la mujer ha tratado de responder a la especificidad de la historia femenina, estudiando tres vertientes clásicas:

- El énfasis en el patriarcado como causa universal de la opresión femenina
- La perspectiva marxista según la cual la clave está en la explicación de la reproducción como producción.
- La explicación psicoanalítica que recurre a la fijación inconsciente del sujeto en la naturaleza o en la cultura para explicar la identidad de género de los sujetos.

Cualquiera que sea el paradigma que se elija, lo anteriores o algunos modernos, en lo que si existe acuerdo es, en que la historia oral es un encuentro feminista porque crea un nuevo material acerca de la mujer, valida la experiencia de las mujeres, promueve la comunicación entre mujeres, descubre las raíces de las mujeres y desarrolla un sentido negado previamente, de continuidad (Reinharz Sh, 1992).

El escuchar las voces feministas, el estudiar los escritos femeninos y el aprender de la experiencia femenina han sido cruciales para la reconstrucción feminista de la comprensión del mundo. Estas narraciones personales trazan la trayectoria de una vida en el tiempo y permite su interpretación en un contexto histórico y cultural. El mismo acto de darle forma a toda una vida - o a una parte considerable de ella- requiere al menos implícitamente, considerar el significado de las dinámicas sociales e individuales que pueden ser las más significativas al moldear la vida. El acto de construir una narrativa de vida, forza al autor a moverse desde los relatos de experiencias discretas al relato del por qué y cómo la vida tomó la forma que tomó. Este por qué y cómo necesita tener lugar en una agenda feminista para recuperar las experiencias femeninas

En las narrativas sobresalen el impacto de los roles en las vidas de las mujeres

- a) La construcción de una auto-identidad genérica.
- b) La relación entre el individuo y la sociedad en la creación y la perpetuación de las normas genéricas.
- c) Las dinámicas de poder y relación entre hombres y mujeres

Dado que las biografías, autobiografías y narrativas de mujeres son fuentes potencialmente ricas de exploración y construcción personal, estas narrativas son fuentes de exploración de procesos de la identidad genérica. Las narrativas son reconstrucciones verbales de procesos de desarrollo y por ello, pueden servir para explorar los vínculos entre la evolución de la subjetividad, la adquisición del lenguaje y el desarrollo de la identidad femenina. Sirven como punto de entrada para examinar la interacción entre el individuo y la sociedad en la construcción del género.

El Grupo de Narrativas Personales (1989) afirma que “Las mujeres construyen sus propias vidas (e historias de vida) pero no lo hacen bajo condiciones elegidas por ellas”. Ambos, la estructura individual y la estructura social deben considerarse y por ello propone las siguientes posibles vertientes analíticas: hermenéutica, psicológica, microeconómica, sistémica, intersección de clase y género, fuerza laboral, parentesco, reglas genéricas.

La teoría feminista postula como un punto central la realidad de la jerarquía genérica construida socialmente. El descubrir la opresión de la mujer requiere de la atención de sistemas de relaciones en las que los individuos están inmersos y cuyos límites van más allá del individuo y su visión. Al mismo tiempo, se fija en el sujeto mismo porque es una fuente de insight y un medio de acción que conduce al cambio social. Cada vida provee evidencia de actividad histórica.

Temas. La literatura sobre historia oral e historias de vida feministas señala como temas de interés las dinámicas de poder, en particular las desigualdades entre hombres y mujeres conciernen al feminismo. Algunos estudian al poder formal directo por el cual el hombre controla a la mujer, tales como los derechos discriminatorios y las leyes de propiedad. Otros exploran las desigualdades de la división laboral y las normas genéricas y las expectativas. Ciertamente, el análisis de la hegemonía, el mantenimiento de la desigualdad y la dominación a través de medios ideológicos y materiales - ha provisto nuevos conocimientos que han sido útiles en la interpretación de las narrativas personales de la mujer.

Según el Grupo de narrativas personales (GNP, 1989), las narrativas personales de grupos sociales no dominantes son fuentes particularmente efectivas de conocimiento contra hegemónico porque expone el punto de vista inmerso en la ideología dominante como particularista más que universal y porque revela la realidad de la vida que desafía o contradice las reglas.

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).

Ahora bien, en cuanto al sufrimiento, Kleinman A (1991, 1988), lo define 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 A, 1988, 1991).

En éste contexto, consideramos que las mujeres, tienen una condición de sufrimiento especifica; porque en general, dentro de las sociedades, conforman un grupo marginado, oprimido y abusado.

Por otro lado, autores como Saris J (1995), señalan que al obtener la narración de un padecimiento no se obtiene simplemente la historia de la experiencia personal. Esta 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, uno 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

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 4. LAS MUJERES ADICTAS EN EL ENCIERRO

"Así empecé.. por el Torito.. porque ahí salían las putas y salían los rateros, salían todos y nosotros vivíamos en la esquina y los veíamos salir . Las veía salir a las del talón bien pintadas o cuando las llevaban yo decía ¿Cuándo sea grande? Yo voy a ser igual que esa señorita".

LAS MUJERES ADICTAS EN EL ENCIERRO

En su análisis del uso del poder en la sociedad moderna, Michel Foucault cuestiona la idea de que el poder opere solo por medio de prohibiciones y llama la atención a la compleja red de sistemas disciplinarios y tecnologías a través de las cuales el poder es canalizado. El poder está atado a estos sistemas y va de la mano con el conocimiento. Amir y Binamin (1992) afirman que "el poder produce conocimiento...el poder y el conocimiento directamente se implican. . no existe relación de poder sin la correlativa constitución de un campo de conocimiento, ni conocimiento alguno que no presuponga y constituya al mismo tiempo relaciones de poder".

El análisis de Foucault sobre el poder en la sociedad moderna, se construye en dos conceptos teóricos básicos que son pertinentes para la comprensión del control social sobre las mujeres: el discurso¹ y la ausencia del sujeto.

Tanto la teoría de Foucault y las escritoras feministas han señalado que el poder y el control sobre los individuos y en este caso las mujeres, se ejerce no solo a través del poder del estado sino también en la intimidad en los encuentros formales cara-a-cara. Ambos enfoques se basan en el discurso y en su potencial para crear y mantener el poder hegemónico. En oposición a la idea de que el poder se ejerce solo a través de prohibiciones y leyes reguladoras, Foucault llama la atención a la compleja red de disciplinas y tecnologías que, además de representar al estado, ejerce su poder localizado principalmente a través del discurso. El discurso es utilizado como una técnica de control social especialmente perteneciente a la institucionalización de las llamadas profesiones "normalizantes" tales como la medicina, la psicología, la educación y el derecho². Las mujeres que trasgreden la norma y delinquen son "tratadas", "re-educadas" y "castigadas".

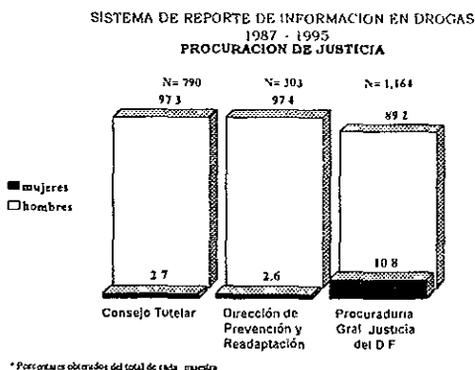
¹ El discurso es una forma de constituir conocimiento junto con las prácticas sociales, formas de subjetividad y relaciones de poder que son inherentes a tales conocimientos y relaciones entre ellos. Constituyen la "naturaleza" del cuerpo, la mente consciente e inconsciente y la vida emocional de los sujetos que buscan gobernar. Ni el cuerpo ni los pensamientos y sentimientos tienen significado fuera de la articulación discursiva, pero la forma en que el discurso constituye las mentes y los cuerpos de los individuos es una parte de una amplia red de relaciones de poder, con frecuencia con bases institucionales (Weedon, 1987:108).

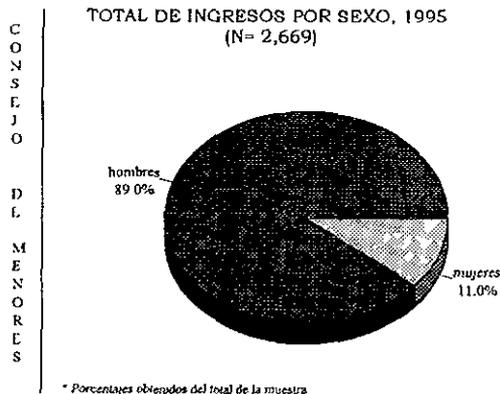
² Utilizan tal término de disciplinas normalizantes para enfatizar sus funciones controladoras, tales como regresar a los desviados al camino correcto, regresarlos a la normalidad y asegurar su conductas bajo las normas. Este concepto también incluye la autoridad que ejercen dichas disciplinas para definir y clasificar la conducta individual como "apropiada" en términos morales.

De acuerdo con Lagarde M (1993) una prisión es una institución punitiva y pedagógica, una amenaza y un ejemplo para aquellas mujeres que se atreven a transgredir las normas hasta el límite de la tolerancia de los poderes. Entre sus características está que la prisión excluye y cerca, a los sujetos que no internalizan el consenso de acuerdo con su lugar en la sociedad y la cultura y actúan fuera de la norma.

"Las mujeres presas son aquellas sometidas a prisión y de manera más amplia, todas las mujeres presas en el delito: las delincuentes, sus víctimas, las carceleras, las abogadas y las custodias, la médicas y las jueces. Mujeres cuya vida desde una posición u otra se define por el delito"(pag 643)

No existe de acuerdo con esta autora, una determinación entre sexo y delito sino diferencias genéricas en torno al delito consistentes en que las mujeres delinquen significativamente menos que los hombres y aunque comparten delitos, las mujeres destacan en algunos de ellos. Tal afirmación puede ser constatada por los datos obtenidos de mujeres captadas por las instituciones de Procuración de Justicia, tanto en los casos que ingresan a dichas instituciones con consumo de determinadas sustancias como en el caso del Consejo Tutelar de Menores Infractores donde las mujeres forman tan solo el 11 % de la población total (Consejo Tutelar 1995, SRID 1995)





CONSEJO DEL MENOR

Tradicionalmente las explicaciones para que las tasas de delincuencia sean tan bajas entre mujeres, las investigadoras del área (Del Olmo R 1996, Azaola E 1996) afirman que a la mujer siempre se le ha percibido como moralmente superior al hombre aunque aunada a ello biológicamente menos agresiva. La criminalidad implica agresividad por tanto, se asocia con el sexo masculino y la criminalidad femenina se asocia en términos de la biología, insistiendo en que la mujer es inherentemente distinta al hombre y más propensa a perturbaciones psicológicas. Los factores sociales, económicos, situacionales y psicológicos considerados como primordiales en el hombre criminal, se relegan a un segundo plano en el caso de la mujer delincuente.

Por otro lado Lagarde M (1993) afirma que, por el modo de vida doméstico, privado, sus funciones y sus relaciones vitales dadoras y nutricias y el conjunto de compulsiones que las obligan a ser "buenas" y obedientes hacen infrecuente la delincuencia, las mujeres desarrollan niveles elevados de tolerancia a la opresión, de obediencia y dependencia vital. La masculinidad patriarcal exige de ellos la agresividad, la fuerza y la violencia, y conforma un contexto que favorece la realización de lo que en esta cultura se considera delito, otorgándoles éxito, prestigio y rango. Según Azaola E (1996) las medidas de control informal (que pone en práctica la familia, la escuela, la iglesia) son mucho más severas y eficaces con la mujer, de tal suerte que pocas veces hacen necesaria la intervención de las instancias de control formal (la policía, los tribunales, las cárceles) para poner límites a su transgresión.

Para Lagarde M (1993) a diferencia de las teorías que equiparan delincuencia con enfermedad mental, el delito puede ser producto de

- 1) la obediencia a normas de la propia cultura y no de la hegemónica
- 2) El delito es un hecho social y no individual
- 3) El delito es un espacio social y culturalmente construido
- 4) El delincuente no es antisocial, sino por el contrario puede llegar a ser un cumplidor de normas pro-social.

Si se considera al delincuente como un enfermo, no se conciben el poder, la confrontación de poderes como elementos constituyentes del hecho delictivo y por otro lado supone la relación unívoca entre racionalidad-salud-norma (Lagarde M 1993).

Las condiciones sociales y culturales que determinan el delito y condicionan los tipos de delitos que se cometen, son siguiendo a Lagarde M (1993) fundamentalmente las siguientes

- 1) La concepción dominante sobre la delincuencia
- 2) Las condiciones sociales como el género y la clase social.
- 3) Los grupos sociales se sitúan de maneras diferentes en relación a las leyes, tanto por lo que se refiere a la definición de su contenido como a la acción de las sanciones
- 4) Aunque los códigos y las normas jurídicas plantean una moral y éticas universales y abstractas, estos pueden ser utilizadas por quienes tienen el poder sobre los subalternos, precisamente para que se reproduzca la relación de subalternidad.
- 5) La cercanía o enemistad del individuo o del grupo con el poder político, lo cual varía de acuerdo a las instituciones

La subalternidad, la desigualdad, la discriminación y la dependencia de las mujeres, es decir su opresión genérica concurre en el delito:

- a) Por su condición, las mujeres son víctimas de delitos cometidos contra ellas, por los hombres y por las mismas mujeres
- b) Si por el contrario, son ellas quienes cometen los delitos tienen condiciones desiguales frente al discurso legal, por desconocimiento de la legislación
- c) Las mujeres enfrentan la desigualdad ante la impartición sexista de justicia (Azaola E 1996)

- d) Por su conformación histórica- social y cultural- carecen de mecanismos, lenguajes y formas de comportamiento adecuadas de autodefensa en las instituciones públicas
- e) En la relación mujer-justicia se expresa y recrea la relación de la mujer con el poder basada en la dependencia vital y en la sujeción , en la servidumbre voluntaria, y en la ignorancia, en síntesis se trata del dominio patriarcal que las oprime (pags. 652-653).

Los delitos contra la salud.

Tanto la ley General de Salud como el Código Penal (1993) vigentes sirven para determinar lo que la Justicia del Estado considera como penalidades relacionadas con el uso y el tráfico de sustancias (ver anexo). La criminóloga norteamericana Maher L (1990) sostiene que las investigaciones sobre las mujeres consumidoras sugieren que, la cuestión drogas/criminalidad, es mucho más compleja para la mujer que para el hombre debido a que ésta relación parece estar mediatizada por cuatro variables específicas de género, a saber:

- 1) Las mujeres consumen más drogas legales
- 2) La prostitución puede llegar a convertirse en una fuente adicional de ingresos para la mujer
- 3) Algunas mujeres son abastecidas de drogas por sus esposos o compañeros
- 4) Hasta cierto límite, las oportunidades de distribución y venta está más abiertas a la mujer

Por otro lado, Del Olmo R (1996) después de hacer una revisión sobre el tema las siguientes semejanzas e interconexiones entre el consumo de drogas y la criminalidad de la mujer sostiene que.

- 1) Ambas áreas fueron muy poco estudiadas hasta los años setenta
- 2) Cada una de estas áreas ha sido tradicionalmente desarrollada como si la otra no existiera. La criminología ha sido especialmente propensa a ignorar el consumo de drogas por la mujer como tema de estudio.
- 3) Ambas reflejan el supuesto de que la mujer es esencialmente madre o al menos madre en potencia, de ahí la insistencia en la funciones reproductivas de la mujer: el embarazo y efecto sobre el feto para los estudios de adictas y los problemas emocionales, inducidos hormonalmente, o la conducta sexual censurada , concretamente la prostitución- en la literatura criminológica,
- 4) Ambas reflejan el supuesto de que los problemas sociales serios son esencialmente problemas de la conducta masculina

Por otro lado, las autoras que indagan sobre el tema (Ravazzola C 1990 , Del Olmo R 1996, Azaola E 1996) son reiterativas al señalar que las mujeres pueden involucrarse en situaciones delictivas asociadas al consumo de drogas por varias vías en robos y prostitución para mantener su adicción, en la adicción para poder continuar en la prostitución, en la venta y distribución para ayudarse o ayudar sus parejas, hijos, hermanos, padres y de forma más reciente y sofisticada en las redes del narcotráfico como "burreras" ó "mulas" (Wigglesworth, 1996)

Del Olmo R (1996) concluye que "en vez de considerar la criminalidad femenina como la masculinización de la conducta femenina. . es la expresión ilegítima de las expectativas de rol y la socialización femenina - las oportunidades y la falta de las mismas ..la criminalidad femenina es una extensión de los roles sexuales de la mujer, a lo cual debe añadirse una teoría que explique los factores estructurales y culturales que responden tanto a los roles sexuales como a la criminalidad"

La conexión drogas/crimen en las mujeres debe mirarse como parte de una compleja situación que puede empezar desde la infancia y escalar a lo largo del tiempo. Este escalamiento puede tener múltiples direcciones que pueden llevar a una mayor o menor consumo y que en ciertos contextos como pueden ser las adicciones que se desarrollan en la calle, el crimen es aceptado y subsecuentemente forma parte del auto-concepto de la mujer. Cualquier evento que impacte el uso de drogas ó el delinquir impactará en la otra

HISTORIA DE LOS CENTROS, CONTEXTOS DE ENTREVISTA Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.

CONSEJO TUTELAR DE MENORAS INFRACTORAS.:

De acuerdo a la Secretaría de Gobernación (1994), el Consejo tiene como objetivo de a prevención "incidir en el menor para sustituir las conductas antisociales por conductas socialmente aceptadas "

Historia:

Antes de la época del General Porfirio Díaz, los menores infractores eran enviados a la cárcel de Belén y durante su gobierno (1873- 1911), se creó una institución llamada "Escuela Correccional", para tal efecto se acondicionó un caserón, sin embargo a los menores se les

imponían penas iguales que a los adultos, inclusive en ocasiones eran remitidos a las Islas Marías, situación que posteriormente se prohibió, por órdenes del General Porfirio Díaz.

En el años de 1907, cuando el Departamento Central , dirige la Secretaría de Justicia una exposición acerca de las cárceles adecuadas para menores y en 1908 debido al éxito del Juez paternal, en Nueva York E.U A , el Lic. Antonio Ramos Pedraza sugirió a Don Ramón Corral, entonces secretarios de Gobernación la Creación de "Jueces Paternales", destinados exclusivamente a conocer los actos ilegales cometidos por los menores. Al estallar la Revolución Mexicana, esta iniciativa queda sólo en proyecto.

Hasta 1912 es cuando se aprueba tal medida, excluyéndose del Código Penal a los menores de 18 años de edad, recomendándose también que se investigue más a fondo a la persona, ambiente, escuela y familia del menor a fin de apoyar con más elementos las resoluciones que se emitieran.

En el años de 1920, en el proyecto de reformas a la Ley Orgánica de los Tribunales del Fuero Común del D.F. , se proponía la creación de un tribunal de protección a la infancia y al hogar En el Congreso Jurídico llevado a cabo en México en 1923, se presentaron trabajos que propugnaban la creación de tribunales dedicados a los menores infractores En este mismo año, en el Estado de San Luis Potosí, se crea el primer tribunal Administrativo para menores en la República Mexicana. En 1924 se creó la primera junta federal de protección a la infancia y ya en 1926 se crea en el D.F , el tribunal administrativo para menores, sirvió a tal finalidad el proyecto del Dr. Roberto Solís Quiroga, Profra. Guadalupe Zúñiga de González y el Prof Salvador M Lima El 30 de Marzo de 1928, se expide la "Ley sobre la previsión social de la delincuencia infantil en el D.F. y Territorios", que se conoció como "Ley Villa Michel". En esta se sustraía por primera vez a los menores de 15 años de la esfera de influencia del Código Penal

En el Código Penal para el D.F., en materia de fuero común, promulgado en el año de 1931, se estableció como edad límite la edad de 18 años para la aplicación de medidas tutelares a aquellos menores que infringieran las leyes penales, se suprime la aplicación de sanciones y las medidas tienen como objeto orientar y educar.

En el año de 1932, los tribunales para menores pasan a formar parte de la Secretaría de Gobernación a la que de acuerdo con los previsto en el Art 27, Fracc XXVI de la "Ley

Orgánica de la Administración Pública Federal", le corresponde "organizar la defensa y prevención social contra la delincuencia".

El 22 de abril de 1941, se expidió la nueva Ley Orgánica y normas de procedimiento de los tribunales para menores y sus instituciones auxiliares en el D.F. y Territorios Federales

Finalmente, es en el años de 1974 que se promulga la "Ley que crea los Consejos Tutelares para Menores Infractores del D. F ", estando vigente hasta el 22 de Febrero de 1992, fecha en que entre en vigencia la "Ley para el Tratamiento de menores infractores, para el D. F en materia común y para toda la República en Materia Federal."

Durante el *periodo de vigencia* de la "Ley que crea los Consejos Tutelares para menores infractores del D F", se dieron hechos relevantes en materia de menores infractores, entre los mas importantes encontramos los siguientes

- Se suprimió la figura del juez por la del consejero
- Se nombraron promotores tutelares como representantes de los menores,
- Cambia la sanción por tutela, protección y tratamiento.
- Pierde la resolución su carácter punitivo
- Se crearon los consejos tutelares auxiliares y se
- Fusionaron las unidades de tratamiento al Consejo Tutelar

En este documento se señala que en nuestro país la conducta antisocial infanto-juvenil, se ha incrementado considerablemente, particularmente por el aumento de la población juvenil que coloca a un mayor número de sujetos en posibilidad de riesgo

Esta situación ha conllevado a la modernización integral del Sistema de Justicia y Atención de menores Infractores del D F En este contexto se crea la "Ley para el Tratamiento de Menores Infractores, para el D F. en materia común y para toda la República en materia federal".

Dos aspectos más relevantes e importantes que ha traído como consecuencia el cambio de la Ley en la materia.

- Se distingue entre las funciones de readaptación social y las de Asistencia, ya que la anterior ley tenía un carácter asistencial y de protección, por lo que ahora el Consejo de Menores conoce sólo de las conductas tipificadas como delitos en el Código Penal

- Por otro lado, el menor es ya un sujeto con derechos jurídicos, lo cual no le era permitido anteriormente, debido a que quedaba sujeto a la protección y tutela del Consejo Tutelar para Menores

- Dentro del cuerpo de la actual ley, se clarifica su sentido orgánico, señalando una instancia jurisdiccional representada por el Consejo de Menores y la Unidad Administrativa, encargada de la prevención y tratamiento de menores, con carácter oficial de Dirección General.

Actualmente la legislación para menores infractores, así como las atribuciones, funciones, y programas de trabajo tanto del Consejo de Menores como de la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores se fundamentan en un marco de leyes de aplicación general, como lo es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley orgánica de la administración pública federal y en los Tratados Internacionales, como las reglas mínimas de la ONU para la administración de Justicia de menores (Reglas de Beijing, 1985) y las directrices de la ONU para la Prevención de la delincuencia (Directrices de Riad, 1990).

Centros de diagnóstico y Tratamiento

La Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores, tiene tres funciones primordiales El diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento.

Diagnóstico:

La Dirección cuenta con dos centros de diagnóstico, uno para varones y otro para mujeres, con las siguientes características. dormitorio de ingreso, dormitorios generales, servicios medico, psicología, pedagogía, trabajo social, aulas para actividades formativas, cocina y comedor, canchas deportivas, baños, jardines entre otras

El menor permanece tres días en el dormitorio de ingreso, tiempo que se considera suficiente para familiarizarse con las actividades cotidianas; se entrevista en el área de criminología para proceder a la clasificación y determinar el dormitorio en el que se ubicara. Los estudios de diagnóstico son realizados en un plazo no mayor de 15 días hábiles, contados a partir de que el consejero lo solicite. Para tal efecto existe en el centro una área jurídica que tiene como objetivo, llevar el seguimiento de la situación legal, a fin de cumplir técnicamente con los términos establecidos por la ley en el periodo de instrucción.

Tratamiento

Al hablar de *tratamiento* se refieren a la aplicación de métodos especializados, con aportación de las diversas disciplinas, a partir del diagnóstico de personalidad para lograr la adaptación social del menor.

Se elaboran programas de tratamiento bajo tres aspectos fundamentales: lo integral, secuencial e interdisciplinario. El tratamiento es dirigido al menor con apoyo de la familia cuando la hay, teniendo como objetivo desarrollar la autoestima, modificar los factores negativos de su estructura biopsicosocial, promover y propiciar la estructuración de valores y formación de hábitos así como fomentar los sentimientos de solidaridad familiar, social, nacional y humana

Para mujeres existe un solo centro con una capacidad de 65 menores

En lo referente a actividades para mujeres tienen: tejido de punto, costura, tecnología doméstica y corte y confección.

El Centro de integración mujeres está considerado para atender a menores sujetas a la medida de tratamiento en internamiento, que presenten avances objetivos en el mismo, menores *primoinfractoras* con alta adaptabilidad social y pronóstico favorable, menores que concluyeron su tratamiento en internamiento y no cuentan con hogar al cual reintegrarse y menores sujetas a la medida de tratamiento en hogares sustitutos por no contar con apoyo familiar decidido

Es importante señalar aquí que dentro de éste centro no existe ni se considera necesaria una modalidad de tratamiento para aquellas menores con problemas de adicción a sustancias psicoactivas

CONTEXTO DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS EN EL CONSEJO TUTELAR DE MENORAS INFRACTORAS.

Las menores ingresan antes de cumplir los 18 años. Los motivos de ingreso más frecuentes durante los dos últimos años han sido el homicidio ya sea de sus hijos o de sus familiares (30%) hace algunos años era robo de infante. En la actualidad después del homicidio están el robo simple, después el fraude, los delitos contra la salud y la extorsión. Existen 90 personas que se hacen cargo de la custodia de 23 jóvenes que estaban entre Junio y Septiembre de 1995. Las custodias trabajan 4 turnos de 12 por 36 horas, un turno entra a las 7 de la mañana y sale a las 7 de la noche. Hay dos custodias por dormitorio y cada menor tiene una psicóloga, una trabajadora

social y una médico. Las psicólogas ven a las niñas dos veces por semana teóricamente. Se tiene prohibido el ingreso de revistas libros y juegos de mesa, material impreso, grabadoras o cualquier otro aparato eléctrico, alimentos, dinero, alhajas y joyería, cinturones y corbatas, ropa y calzado, cubierto de metal, alimentos como los cacahuates, la piña, las uvas el café y los cigarros, los alimentos enlatados, los chicles, los refrescos de cola, el azúcar y la sal

Antes de poder ingresar al espacio donde se encuentran las menores hay que pasar un doble registro, primero por el de una policía auxiliar quien solicita una identificación y revisa las pertenencias. Posteriormente, y si se considera conveniente, uno puede ingresar al patio en donde una custodia de la Secretaría de Gobernación pide que uno se vuelva a registrar. Nadie puede caminar dentro del Centro sin ser vigilado o anunciado a través de radios Motorola. Las menores caminan dentro de la institución en fila siendo guiadas por una custodia y en medio y al final de la fila por otras dos custodias. Tanto las custodias como las menores utilizan uniformes siendo las secretarías, la cocinera y la subdirectora y la Directora las únicas que no los usan.

Las menores tienen actividades programadas desde las 6 de la mañana hora que se levantan y se bañan, hasta las 8 de la noche hora que cenan y se duermen a las 9 de la noche. Dentro de la institución no se escucha música a menos que la Directora lo permita y se les permite ver televisión únicamente los sábados en el auditorio. La mayoría recibe visitas los fines de semana y algunas (dos o tres) pueden salir los fines de semana con su familia. 6 menores no han recibido visita alguna desde hace un año. Esto es importante mencionarlo porque un criterio que se utiliza para determinar si la menor puede quedar en libertad es que la familia asista a la terapia y a las visitas los fines de semana, no tanto por la conducta que la menor muestre dentro de la institución.

Como Azaola E (1990) lo menciona, el personal de esta institución ejerce un poder que se disputa en función de su "saber" y que éste es, ante todo, un "saber sobre las normas" sobre su legitimación (es importante tratar a aquellas que han delinquido); sobre sus modalidades de aplicación (El uso del cuerpo: las menores nunca están solas, las regaderas tienen una puerta que cubre únicamente el torso y los baños no tienen puerta; está prohibido acercarse físicamente entre ellas y entre las custodias, duermen con la luz encendida para evitar que una se pase a la cama de la otra; el uso de la palabra está prohibido gritar y decir malas palabras; en el establecimiento de

actividades (no hay un espacio de recreación y de ocio) y finalmente la norma sobre las consecuencias en los individuos (hay una homogeneización: todas deben querer lo mismo, jerarquización, y sobre todo estigmatización: son del área de tratamiento no de diagnóstico).

Para poder entrevistar a las menores que tuviesen experiencias con las sustancias adictivas, se presentó el proyecto al *Director de Tratamiento y Rehabilitación de Menores* quien accedía al estudio pero no al uso de la grabadora. Después de muchas negociaciones permitió la grabación siempre y cuando no se les preguntara a las menores sobre su experiencia en la Institución y sobre su proceso judicial. Obviamente el anonimato fue exigido. Una vez con la directora, fue expuesto de nueva cuenta el proyecto, insistiendo que era voluntario, anónimo y que los cassettes que se obtuvieran no iban a formar parte del expediente de la menor y menos aún conocido el contenido por el personal del mismo. Como respuesta se me permitió el acceso con un horario preestablecido al principio de Lunes, Miércoles y Viernes de 11 a 12 por la mañana y Martes y Jueves de 7 a 8 de la noche. El horario se escogió argumentando que era el único que no interfería con las actividades de las menores. Se me limitó el tener con cada menor que aceptase participar, 5 entrevistas de una hora y visitar el Centro diariamente pero por un periodo que no podía exceder los 4 meses.

Las menores que tenían experiencias con drogas fueron citadas a la oficina de la Directora quien explicó con sus términos, el objetivo del estudio y les pidió a las menores su participación. Al principio, ninguna se decidía por la desconfianza de que la información fuera a salir en un periódico o se revelaran sus verdaderos nombres. Después de comentarles personalmente que no eran las únicas mujeres que quería entrevistar y que la información no la conocería la directora, que podían utilizar un seudónimo, las 5 menores accedieron pidiendo a cambio, la transcripción de las entrevistas.

Se me sugirió como lugar para realizar las entrevistas un cubículo de una psicóloga, sin embargo, preferí solicitar se me permitiese estar en el jardín donde la conversación fuera un poco más informal y pudiera darme cuenta al menos un poco de la cotidianidad vivida dentro. Durante los días cuando llovió con fuerza el lugar asignado fue el auditorio. Sin excepción, cada menor llegaba a la puerta de entrada custodiada y nos acompañaban al jardín y se retiraba la custodia vigilando a lo lejos. A la hora exacta se presentaba nuevamente tratando de que la

entrevista terminase no importando el momento de la entrevista o el estado emocional de la menor. A lo lejos siempre se vigilaba el cuerpo de las niñas, así presencié un enfrentamiento porque la "niña no se quiere sentar bien" y recibí varios regaños y señalamientos como "No se acerque a la menor" cuando una de ellas me pidió la abrazara cuando nos despedíamos por ser su quinta entrevista.

Con el transcurrir de los días las normas se fueron flexibilizando, las custodias me solicitaban que las entrevistase a ellas, las policías de entrada decían "Las niñas le van a contar puras mentiras, entrevístenos a nosotras, le diremos todo lo que ocurre aquí" y en dos ocasiones la Directora me solicitó fuese a su oficina para "platicar" que en realidad fue para escucharla, para entrevistarla, para grabar sus opiniones y sin límite de tiempo, una de esas sesiones duro tres horas.

Es importante reflexionar que no es fácil permanecer en el interior de un establecimiento de esta naturaleza y la solicitud de que todas las mujeres de esa institución fuesen escuchadas, me dejó entrever que la estancia en ese lugar no resulta fácil para nadie. No lo es para las menores, ni para el personal que labora ahí, ni para la directora y ni para cualquiera que acuda ahí con cierta frecuencia.

CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL FEMENIL TEPEPAN

De acuerdo a Azaola E (1996) el Centro Femenil fue inaugurado en 1982 cuando recibió a la población proveniente de la antigua Cárcel de Mujeres ubicada en Santa Martha. Actualmente alberga solamente internas que ya han recibido y se encuentran cumpliendo sentencia o bien mujeres que por haber sido valorado como inimputables, se encuentran en una sección aparte cumpliendo con una medida de seguridad.

Cuenta con cinco dormitorios que se encuentran en un solo edificio, así como con áreas verdes y canchas deportivas, talleres y salones de clase, guardería para los hijos de las internas, cocina, comedor, auditorio, áreas para visita conyugal y familiar, área de servicio médico y atención psicológica, centro de observación, áreas de oficinas para el personal.

En especial, la entrada al Centro de Readaptación Social Femenil fue difícil por la gran objeción de las autoridades para grabar las sesiones. Después de 6 meses de trámites y entrevistas con 10 funcionarios se obtuvo finalmente el permiso para entrevistar a las mujeres de dicho centro.

durante los lunes y viernes de noviembre de 1996. Dichos trámites atrasaron la terminación oportuna del trabajo de campo

Contexto

La entrada al Centro de Tepepan seguía los siguientes trámites burocráticos

Se identifica uno a la entrada del Centro

Pasa por un "Arco detector de metales"

Se registra uno en el mostrador donde se muestra el siguiente reglamento:

No se permite el paso de.

- Ropa de los colores del uniforme del personal de custodia o internos (gris, beige, azul o blanco) y negro
- Queda prohibido pasar o usar en el interior botas de cualquier tipo, zapatos con plataforma o botines
- sombrero, gorro, tocado, peluca, bisoñé, pestañas postizas, etc o cualquier tipo de postizos en general.
- El peinado de tubos, anchoas, chongos etc que no permitan la revisión del cabello.
- Productos de belleza en polvo, talcos, botes de spray, navajas de rasurar, aerosoles, lociones, lentes oscuros que no sean graduados, espejos
- No se permite el ingreso ni el uso en el interior de alhajas y relojes finos y de alta calidad y muy llamativos. Se autorizan siempre y cuando no pase de dos objetos y no rebasen en su valor 20 veces el salario mínimo diario
- Cualquier tipo de juegos de azahar, todo tipo de animales domésticos, piñatas, juguetes de cualquier tipo, cámaras fotográficas credenciales y fotografías, cuerdas, fracciones de escala, barretas, limatones, limas y herramientas en general.

No se permite el uso de bolsas de mano de ningún tipo. Únicamente monederos y carteras pequeñas y de fácil revisión

Objetos. No se permite el paso de. velas, paraguas, (pasadores}ganchos, agujas de tejer, tijeras, objetos de metal, objetos de vidrio, objetos punzocortantes, bombas de insecticidas, perfumes, aerosoles, polvos, cortaúñas, depiladores, navajas, juguetes, objetos que sean huecos o posibles de introducir algo, dulces en polvo, reatas, cáñamo, seguros, hilos, agujas, cordón

Medicamentos: No se permite medicamento alguno que no esté amparado por la receta de servicios médicos de la institución.

Aparatos electrodomésticos: Videocassetteras, refrigeradores, calefactores, estufas de gas y otros de cualquier tipo que tengan consumo excesivo de energía eléctrica.

Pasa uno a revisión (recinto para hombre y mujeres) que auscultan para que no haya introducción de objetos prohibidos

Se prosigue a otro escritorio donde se entrega una credencial a cambio de un gafete que le permite caminar por dentro de las instalaciones y se sella la mano derecha con tinta únicamente visible con lámpara de luz negra. El tipo de sello cambia cada dos días.

Pasa uno el edificio de oficinas administrativas y luego se vuelve uno a registrar en un escritorio que permite el acceso al área donde transitan las reclusas.

Después de pasar este doble registro se camina un largo pasillo en donde a mano derecha está un aula donde reciben a las visitas y saliendo del mismo, se encuentran teléfonos de monedas y de tarjeta que pueden utilizar las internas

A mano derecha existen dos grandes murales . Hasta el fondo del pasillo a la derecha, se encuentran las oficinas de Psicología y los cubículos a mano izquierda y a mano derecha se encuentra el área de inimputables Esta área esta delimitada por una reja Al fondo se ven unos baños Al acercarse a esta área llama la atención el mal olor y la suciedad.

Las mujeres con problemas psiquiátricos transitan por el pasillo sucias, algunas de ellas orinadas, con ropa mal puesta y en mal estado. En ocasiones gritan "Sáquenme de aquí" o lloran y gritan constantemente Algunas se acercan a uno y la saludan, otras piden cigarros. Una de ellas se acercó con un escrito pidiendo ayuda legal.

La oficina de psicología va precedida por un pequeño vestíbulo donde se encuentran dos secretarias Después una puerta y se encuentra la oficina de la psicóloga responsable.

Era el mes de noviembre de 1996, cuando se realizó el trabajo de campo. Las secretarias pasaban gran parte de la mañana bordando adornos navideños con lentejuelas y chaquiras Tienen una maceta de la que sale una enredadera que cruza todo el techo de la oficina. Las ventanas tienen barrotes o malla El suelo está manchado de óxido Las máquinas de escribir son mecánicas probablemente de hace 25 años o más.

Los expedientes se encuentran en un archivero a mano derecha y arriba del archivero se encuentra un radio constantemente prendido y una cafetera de plástico para tomar café.

Las personas

Las mujeres en las prisiones van vestidas de blanco, azul o mezclilla. Las custodias y custodios visten completamente de negro o beige. Botas militares, pantalón y camisa negra. Fornitura, gorra negras. Portan un arma y macanas. Tanto hombres como mujeres usan el pelo corto. Las secretarias van de uniforme azul marino. Las psicólogas pueden pasar con cualquier tipo de ropa siempre y cuando no sea del color de la ropa de las custodias o de las internas.

Las secretarias mantienen constantemente cerrada la puerta de su oficina. Solo entra de vez en cuando alguna interna que se ha ofrecido a lavarle sus tazas, cucharas y platos. Conversando con ellas, nos dicen que no les interesa conocer las historias de las mujeres, que son muy mentirosas y apáticas. Que tienen todo dentro de la cárcel y que si no estudian es porque son muy flojas. Los días que se aceptaron para realizar las entrevistas fueron los días que las internas no tuvieron visita. Los días de visita son los martes y los jueves, sábados y domingos de las 10 horas a las 15 horas. El horario del término de la visita es a las 16 horas.

Para poder entrevistar a las mujeres que voluntariamente quisieron participar en el estudio, se la psicóloga invitó a las mujeres del dormitorio 1 "Las antisociales". Ese día se presentaron 8 mujeres. Casi todos habían aceptado participar en el estudio una vez que se les explicaron los objetivos de la investigación, todas accedieron excepto 1 que dijo que "llamaría a derechos humanos". El siguiente día que se asistió no se pudo entrevistar a nadie, porque 4 o 5 de ellas estaban "apandadas" por el robo de una cámara. Según la psicóloga, se robaron una cámara de uno de los talleres y se la vendieron a los médicos del servicio del mismo reclusorio. A los médicos no se les dijo nada. A las internas como no quisieron decir quien había sido, las castigaron a todas durante 15 días. Entonces la psicóloga decidió llamar a otras internas que se caracterizaban por su deseo de participar en las actividades.

Cada una de ellas firmó un consentimiento informado sobre su participación en el estudio en donde se guardará su anonimato y únicamente se dará difusión al material obtenido en revistas de divulgación científica. Las entrevistas fueron muy accidentadas porque las internas

generalmente estaban dormidas cuando se llegaba a la cárcel. Algunas veces ni las custodias ni las secretarías querían llamarlas para avisarles que habíamos llegado para la entrevista

En el transcurso de ese mes TELEVISIÓN tenía actores y actrices dentro de las instalaciones pues estaban filmando una telenovela llamada "Mi querida Isabel". Las internas felices de conseguir autógrafos o de "compartir las cámaras" con los actores.

También en ese mes se realizó un concurso que parcialmente fue televisado denominado "Miss reclusa 96" y algunas obras de teatro en donde las internas tomaron parte activa. Asimismo se filmó un programa para la televisión de la serie "Íntimamente Shanik" en donde les preguntaban sobre sus estrategias de seducción.

Descripción de la población

En el estudio de Azaola E (1996) se describe que en el momento que ella realizó su estudio eran 231 mujeres internas. En cuanto a la edad 23% tiene entre 18 y 25 años, 34% entre 26 y 33, 28% entre 34 y 41; 9% entre 42 y 49 y 1% entre 50 y 56 y 4% de 57 en adelante.

Por lo que se refiere al delito, 32% de las mujeres e halla interna por delitos contra la salud, 19% por homicidio; 15% por robo; 8% por fraude, 3% por lesiones; 8% por robo de infantes y 14% por otros delitos. En su mayor proporción 48% de las internas se encuentran cumpliendo sentencias que van desde los seis hasta los diez años; 19% de uno a cinco años, 10% de once a quince y 7% de 16 años o más de prisión. El 10% está considerado reincidente, 3% habitual y el resto como primodelincuente. Asimismo, 12% de ellas había estado alguna vez en instituciones para menores infractores.

En relación a la nacionalidad, 3% son extranjeras y el resto mexicanas. Algunas de las delegaciones en donde residía el mayor número antes de ingresar son: Iztapalapa, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Álvaro Obregón, Benito Juárez, Coyoacán y Xochimilco. Además 6% son indígenas y 25% proviene de distintas entidades del país.

Por lo que se refiere al tema de la tesis, Azaola E menciona que la farmacodependencia constituye cada vez más un problema serio entre las mujeres internas en el Distrito Federal, donde 33% es adicta a los fármacos y 37% al alcohol (pag.61)

HALLAZGOS Y REFLEXIONES

A pesar de que las mujeres de este grupo pertenecen a instituciones diferentes, ambas El tutelar de menores infractores y el Centro de readaptación social, son instituciones de procuración de justicia y por la semejanza en las trayectorias de vida (Kleinman A, Kleinman J, 1991) se decidió crear una tipología con ellas

El cuadro 1 resume las principales características sociodemográficas Destaca la baja escolaridad de las mujeres (únicamente la primaria) y los principales motivos de ingreso fueron el robo (6/9), seguido del homicidio (2/9) y finalmente la venta de drogas (1/9).

FAMILIA. Salles y Tuirán (1996) definen a las familias como "ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas, de géneros y generaciones distintas. En su seno se construyen fuertes lazos de solidaridad, se entretienen relaciones de poder y autoridad, se reúnen y distribuyen los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros del grupo. se definen obligaciones, responsabilidades y derechos de acuerdo con las normas culturales, la edad , el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes. Las modalidades que adoptan las diferentes facetas de la vida familia dependen del tipo de inserción de los hogares en el contexto social en que se desenvuelven, así como de su capacidad de respuesta y adaptación a los cambios de carácter socioeconómico, cultural y demográfico que tienen lugar en ese entorno" (pag. 47)

Las familias de las que provienen las menores y las mujeres son de hogares pertenecientes a la pobreza, donde los padres tuvieron poco acceso a la educación (8 de los 9 padres no terminaron la educación básica y 6 de las madres eran analfabetas), a los cuidados básicos de atención a la salud (solo en un caso la familia tenía acceso a la seguridad social), que por problemas socioeconómicos tuvieron que migrar generalmente de estados del interior de la República al Distrito Federal ó a lugares diferentes de su lugar de nacimiento, perdiendo sus incipientes redes sociales de apoyo (6 de las 9 familias no eran originarias del Distrito Federal) Sin embargo, considero que no es la pobreza, ni la estructura familiar, las causas sine qua non de la adicción sino contextos en que los efectos de la adicción pueden ser más devastadores por las desventajas y prejuicios sociales ante este tipo de organización familiar.

Las familias de origen de las mujeres entrevistadas, fueron en su mayoría unidades familiares recompuestas, pasando por periodos en que se constituyeron como hogares monoparentales (Véase cuadro2) Desafortunadamente en algunas evaluaciones psicológicas realizadas en instituciones a las mujeres con este tipo de hogares, pasan por alto factores tales como el ingreso, la re-ubicación geográfica y la falta de servicios para el cuidado de los hijos al mismo tiempo que ignoran las actitudes sociales críticas y despectivas que rodean a la familia monoparental. De acuerdo a Walters (1991) "el hogar encabezado por una mujer se percibe como una estructura deficiente, más allá de su status económico o social. Incluso una familia de progenitor único relativamente estable se considera bajo riesgo psicológico y cualquier atisbo de problemas dentro de la familia se verá como producto de un sistema incompleto o una unidad social irregular" (pag 320).

Para poder representar gráficamente la estructura familiar, de cada niña y mujer se elaboró un genograma familiar, pero como este cambia con el tiempo¹, existe uno para la familia de origen y otro para la familia actual (véanse familiogramas de cada historia de vida).

Destacan entre las relaciones familiares de las mujeres, el tipo de relaciones de desigualdad que se establecieron hacia dentro de la misma y la opresión de género que han sufrido generacionalmente las mujeres que formaron estas familias.

Son importantes las pérdidas tempranas de las madres, por muerte u abandono, en seis de los nueve casos hechos que la literatura con frecuencia señala como factores de riesgo para la depresión

La situación de la madre de las menores es específica en cuanto a que han sido mujeres que tienen una situación opresiva importante no han tenido acceso a bienes materiales, ni a la educación; aguantan "golpes y cuernos " como lo afirma González de la Rocha (1988) porque creyeron que al tener una pareja se encontrarían "protegidas" de agresiones sociales, lo que favoreció el que éstas mujeres a pesar de las precarias condiciones socioeconómicas buscaran siempre otra pareja, teniendo en mente la fantasía de que al tenerla al lado ganarian "respeto y

¹ Sobre la forma de realización de los genogramas véase a Walters y cols (1988) *La red invisible. Pautas vinculadas al genero en las relaciones familiares*. Ed. Paidós Buenos Ares p p.457.

prestigio"² y de quienes tienen una gran dependencia emocional. Desde la perspectiva de género feminista Lagarde (1996) explica que cada mujer está ligada a través de vínculos compulsivos a hombres, tutelares y dominantes.

"La ambivalente relación entre los componentes políticos de la relación carencia-dependencia vital-sujeción, permite la incondicionalidad de cada mujer precisamente hacia quienes la someten de manera directa y personal. Ser carenciada, dependiente, estar sujeta, ser inferior y pertenecer a alguien, puede ser gratificante porque significa cumplir con los contenidos de la identidad de género asignada, ser mujer de manera adecuada y, de acuerdo con la concepción de vida, puede conducir a la felicidad. . . felicidad y opresión no se excluyen, lo que si es excluyente en ese contenido genérico es la libertad" (pag 76).

Dos de las nueve madres tenían problemas de alcoholismo (Cuadro 3). Su salud reproductiva era precaria, madres de diversos hijos no planeados, ni deseados

Las menores a su vez describieron a sus madres como muy ocupadas en cuestiones laborales mal remuneradas, para sobrevivir por la situación económica y por el poco apoyo económico y emocional del padre o padrastro. En ocasiones eran hostigadas por vecinos o jefes.

"Nos cambiábamos muy seguido de casa .porque le tenían coraje a mi mamá... yo creo pues antes mi mamá estaba muy jovencita y bonita y no parecía que nosotros fuéramos sus hijos .los señores querían andar con mi mamá y ella pus no lo aceptaba, por eso nos insultaban. mejor para quitarse de problemas nos cambiábamos".

Las mujeres entrevistadas pasaban gran parte del día solas y con obligaciones domésticas y de cuidado a los hermanos menores, tareas distribuidas en forma inequitativa. Todo ello, propició en algunas, su salida del hogar

Los padres generalmente ausentes en la vida y los relatos, recordados como frios y distantes, cuando se ponen a circular en la narrativa generalmente es para evocar circunstancias de control sobre el cuerpo de la pareja ("no salgas sin mi permiso"), de las actividades de las hijas

² Ortner y Whitehead (1996) designan con el término "estructura de prestigio" a los conjuntos de posiciones o niveles que resultan de la aplicación de una línea particular de valoración social, de los mecanismos por medio de los cuales los individuos y los grupos alcanzan determinados niveles o posiciones y de las condiciones generales de reproducción del sistema de status. A diferencia de las clases, los grupos de estatus casi siempre tienen conciencia de su propia posición (pag. 152)

("no puedes salir a jugar" "cuida a tus hermanos"), de competencia con los hijos varones, en muchas ocasiones de explotación del trabajo femenino ("mi padrastro se embriagaba con el dinero que ganaba mi mamá") y desafortunadamente con frecuencia perpetradores de maltrato físico (2/9), abuso emocional (6/9) y abuso sexual severo (3/9). La mayoría de ellos consumidores de alcohol o drogas (7/ 9) y cuando han muerto o han abandonado el hogar, son idealizados (2/9) Areidí relata brevemente una experiencia de maltrato por parte de su padrastro

"Desde los siete años empecé a tener problemas, en mi caso porque tomé un dinero que no era mío (\$10.00 que utilizó para comprar dulces) y entonces mi papá se molestó muchísimo. me empezó a golpear y todo y como él no es mi papá mi papá . pues me empezó a decir que yo no era su hija y que mejor me fuera de ahí. me pegó bastantísimo...yo pensé que me iba a matar ahí porque duré ocho días encamada...después me pidió una disculpa... me dijo que no sabía lo que estaba haciendo"

O como describe Jazmin a su padrastro:

"mi mamá ora si que lo soportó mucho, lo soportó mucho era la verdad, un mujeriego, un alcohólico siempre trabajaba pero nada más para él, nunca para nosotros ni para mi mamá. Siempre llegaba y le pegaba a mi mamá delante de nosotros y pues todo eso lo veíamos nosotros... él llegaba y pedía de comer, pedía sin dar nada .mi mamá sí lo soportó mucho tiempo".

Hacia adentro de las familias las mujeres entrevistadas, fueron las relegadas de las posibilidades de educación y receptoras y herederas del trabajo doméstico no remunerado, no reconocido. Todas percibieron diferencias en el trato dirigido hacia ellas que a sus hermanos varones, que podía traducirse como el caso de Pachuli en no tener acceso al mismo tipo de vestimenta:

"Todo lo diferente era para mí, porque ¿a ellos?, siempre les compraban zapatos y a mí siempre me compraban de hule ...le decía ¿por que a ellos zapatos y ropa nueva y a mí puro usado y puro de hule?. le decía. Dime si, si o no soy hija de mi papá o no soy hija de ustedes, por que me tratan así?"

VIOLENCIA EN CASA (Cuadro 4).

García y cols (1997) definen a la violencia emocional a la "ritualización que pretende demostrar la existencia de la fuerza del hombre sobre la mujer. La fuerza gira en torno al atemorizamiento y a la humillación de la víctima, recalca las diferencias jerárquicas entre los géneros y simboliza el sometimiento de la mujer al poder político del hombre. Los hombres recurren a la voz, a las amenazas, a las humillaciones y a las agresiones verbales para someter a través de la desvalorización, pues permite la internalización del miedo sobre las agredidas" (pag. 233)

Este grupo de niñas y mujeres tuvo en común el haber sido el blanco de la violencia en sus propios hogares, antes de salir a la calle. Todas relataron experiencias de abuso físico grave perpetuado por los padres, padrastros, madres o parientes cercanos (primos), que en algunas ocasiones dejaron a las mujeres-niñas con dificultades para poder seguir una vida sin sobresaltos y todas tienen la presencia de varias cicatrices que atestiguan la severidad del maltrato.

El abuso emocional también tomó diversas modalidades yendo desde el encierro hasta los insultos, la negligencia, la burlas, el haber realizado actividades dentro del hogar minimizándolas constantemente.

Todas las mujeres presenciaron escenas de violencia doméstica en sus hogares de origen antes de abandonarlos.

Lo que favorece el maltrato a la mujer es su falta de independencia como persona, llevar una vida regida por los intereses del otro, como la afirma Lagarde (1993) el ser-para-otros. Y es que como afirma Pérez del Campo (1995) la liberación personal significa estar a salvo no solo de los condicionamientos de la ignorancia y la carencia de medios materiales, sino principalmente de *verse libres de la dependencia emocional* de los demás. Desafortunadamente cuando la sociedad se entera de la violencia ejercida en contra de una mujer, con frecuencia se pone en duda la veracidad del suceso esgrimiendo exageraciones, o bien se guarda silencio que no se sabe si obedece a la incredulidad, a indiferencia o tal vez a la vergüenza de los que así reaccionan como integrantes de la sociedad.

En este grupo de mujeres en particular, la incredulidad hacia sus experiencias es mayor pues reportan que nadie cree en su palabra primero por ser mujeres y en segundo lugar por ser

adictas La palabra tiene un enorme poder social: implica la comunicación y predomina en los ámbitos de la persuasión, de la crítica y la conciencia ideológica. El "hombre-poder" se percibe de ello y al apoderarse de su control, la institucionaliza como símbolo de orden y de organización social. La palabra es el programa de los grupos dominantes, esto quiere decir, quien controla la semántica de un grupo social, controla y manipula la realidad ideológica y su conciencia (Buxo Rey MJ, 1988)-

Hay quienes tratan de reducir el fenómeno de la violencia generalizado a su valoración puramente anecdótica y accidental. Sin embargo, según Rojas Marcos (citado por Pérez del Campo 1995), este tipo de experiencias de abuso cruel "socavan los principios y las normas que dan razón y sentido a la vida, destruyendo en las personas la confianza más elemental, la autoestima y las premisas fundamentales sobre la estabilidad del mundo y el orden de la existencia".

La represión y la negación de estos hechos también funcionan a nivel colectivo, por lo que determinadas transgresiones del orden social entran en la categoría de lo que es tabú.

La contradicción principal es que la violencia se gestó y se desarrolló en el plano familiar, aquel que desde el punto de vista histórico y cultural se presenta como núcleo indiscutible en el que se cristalizan expectativas de felicidad en el cual deben crecer y desarrollarse los sentimientos del amor, el afecto y el respeto mutuo. La anterior aparente contradicción, puede deberse a que en torno a la familia, "se articulan una serie de creencias y mitos profundamente arraigados en la conciencia colectiva, entre los cuales se pueden identificar los siguientes: el mito de la familia estable y armoniosa del pasado; el mito de los mundos separados (familia-sociedad); el mito de la experiencia familiar indiferenciada; el mito del consenso familiar; el mito de la familia nuclear conyugal monolítica" (pag 49. Salles y Tuirán 1996).

La sociedad se inquieta cuando por descubrirse el mal, queda en entredicho la solvencia, la vigencia y la idoneidad de su propia base primaria. La familia, porque implica entrar en la indagación y el análisis de las causas del fenómeno social generalizado, es decir, a cuestionar, la estructura de las propias relaciones intrafamiliares

La causa del maltrato masculino es "estructural" y social por más que sus efectos sean como individuales y funcionales yacen en el desigual reparto de poder según el orden social

vigente, es el resultado de una sociedad organizada en falso sobre la base de la desigualdad (Lagarde 1996).

Las conductas agresivas se ejercen sobre aquellos sujetos que están en posición de inferioridad, puntualizando que este es precisamente el caso de muchos incidentes de agresión entre hombres y mujeres, en los cuales la agresión del hombre no hace más que reforzar su papel de dominio social frente a la mujer (Pérez de Campo 1995).

En lo social, el protagonismo está en el poder, el poder para tener acceso a bienes como la libertad, la cultura, la riqueza, los conocimientos y en el plano de lo personal también está en el poder para alcanzar el propio desarrollo y con éste el bienestar personal.

Abuso sexual. Aunque es complejo tratar de dar una definición, puede considerarse como la utilización de las niñas o niños para la gratificación sexual de los adultos. Incluye todo tipo de actividad sexual, incluyendo la sugerencia verbal, yendo desde la exposición a actos eróticos, fotografía pornográfica, contacto externo del cuerpo (manoseos), contacto genital externo, masturbación hasta la penetración oral, vaginal o anal (Bamford F., Roberts R 1989).

El abuso sexual no fue reportado en tres menores dentro del hogar (pero sí el hostigamiento sexual en las calles), de las 6 restantes una mujer fue violada por parientes consanguíneos, otra por el patrón de la hermana, una fue violada por un grupo de judiciales y las tres restantes tuvieron intentos de abuso por parte de los padrastros. Destaca en este tipo de experiencias el hecho de que cuando fueron compartidas con las madres o sus sustitutos, la preocupación giró no en poner un remedio a la agresión, sino a evitar sus consecuencias, es decir, de asegurarse que las menores no hubiesen quedado embarazadas y en practicar el silencio en torno al suceso. O en su defecto, expulsarlas del hogar:

" Me deshonraron, y mi papá ya no me quiso en la casa, pues mi papá decía. ¿si pierdes? jamás, jamás te recibo en mi casa y pus si perdí ya no me recibí jamás"

Desafortunadamente, las mujeres entrevistadas no fueron las únicas mujeres abusadas sexualmente. Tres de ellas mencionaron que sus hermanas también habían sufrido una violación. En una de las historias, la madre de Adela, tenía conciencia de que el ambiente social en el que se desenvolvían el riesgo de la violación era un hecho casi cotidiano, por lo que decidió internar en

una escuela para monjas a todas sus hijas. Todas escaparon de la institución menos una, la única que se libró de la experiencia.

Es importante señalar que una de las consecuencias más trágicas del abuso sexual es su efecto en la relación madre-hija, el vínculo parental primario que subyace el desarrollo psicosocial y la construcción del yo femenino. Entre los estudios más importantes del incesto a la fecha (Jacobson 1994) revela que las madres con mayor frecuencia, llegan a ser el blanco de sentimientos como el enojo, el odio, y el rechazo de parte de la hija que ha sido abusada por el padre o su sustituto. La mayoría culpa a sus madres por haber sido víctimas del abuso sexual³

³ Las teorías sociales y psicológicas acerca del papel de la madre en la familia incestuosa, pueden clasificarse en las siguientes categorías:

- 1) La madre como cómplice
- 2) La madre como una dependiente desesperanzada
- 3) La madre como siendo ella misma una víctima

En la primera teoría se sostiene que la madre ya sea intencionalmente ó inadvertidamente, sacrifica a su hija al servicio de sus propias necesidades. Esta interpretación tiene dos vertientes:

- La madre es "el miembro de la familia que "coloca" al padre y a la hija en la relación incestuosa, usualmente al retirarse de su papel sexual en el matrimonio e ignorando la relación especial que puede desarrollarse entre el esposo y la hija
- Atribuye un motivo más egoísta a la madre, manteniendo que la madre inconscientemente deriva placer inconsciente de la interacción sexual entre el papel voyeurístico que asume en el triángulo madre-padre-hija o que la sexualización de la hija le ayuda a obtener poder en la familia.

La segunda teoría, que es más feminista en su orientación, sostiene que la madre se encuentra en una situación de desesperanza, y no tiene poder para proteger a la hija. Su papel en la familia incestuosa es entendido y explicado en términos de relaciones de poder en arreglos familiares patriarcales. De acuerdo a este punto de vista, las mujeres que están oprimidas pueden mostrar características de pasividad, dependencia, y masoquismo. Dentro de este contexto de los trastornos de personalidad femeninos, la madre contribuye al incesto a través de un rol inverso en donde se vuelve dependiente de la hija, quién asume las responsabilidades en la vida familiar incluyendo la vida sexual. Generalmente estas hijas tienen la mayor responsabilidad del quehacer doméstico y cuidado infantil.

Otra variación del mismo tema de desesperanza y dependencia en la familia incestuosa describe a la madre como el tutor más independiente, de quien el padre, a pesar de su aparente dominación, depende en gran medida por el apoyo emocional. Las madres de este tipo de familia generalmente se describen como distantes tanto de sus hijas como de sus maridos, creando así las condiciones bajo las cuales la hija viene a ser la esposa y la pareja sexual sustituta.

La tercera teoría de culpabilización materna- la madre como víctima- toma un enfoque panorámico de las familias incestuosas, manteniendo que muchas madres en familias incestuosas fueron víctimas de abuso cuando fueron niñas. La falla para intervenir en la relación padre-hija es, en parte, una forma de negación de su propia victimización infantil. Zuelzer y Reposa (citadas por Jacobs) sostienen que en estas mujeres "la negación y la represión de las realidades de la familia disfuncional y de su dolor emocional está al servicio de su propia autoestima frágil, y en la forma que han aprendido típicamente a tratar un conflicto irresoluble en su vida temprana".

Al revisar estas teorías de la culpa materna, es ciertamente posible el encontrar madres como las descritas anteriormente en las historias de vida: madres que fueron abusadas y están deprimidas, madres que están alejadas y emocionalmente no disponibles, y madres que viven en la negación, incapaces de enfrentar la realidad de sus

Las características y las secuelas que por lo general se observan en las niñas provenientes de familias violentas suelen ser, según Pérez del Campo (1995)

- Disminución de la autoestima, provocada por la lejanía afectiva de los padres. Esta se explica en el sentido de que la madre utiliza toda su energía en tratar de resolver el problema del maltrato doméstico teniendo poco tiempo y posibilidades para atender adecuadamente las necesidades de sus hijos
- Las hijas e hijos pueden tener una propensión a la *introversión*, *gran ansiedad*, *nerviosismo* y *labilidad psíquica*.
- Puede desarrollarse una tendencia disgregadora, una incapacidad extrema para mantener la atención que puede observarse en fracasos escolares y dificultades en el aprendizaje.
- Trastornos de la lecto-escritura
- Manifestaciones de agresividad sin causa inmediata que las provoque que puede manifestarse en el gusto por romper cosas, lastimar a los próximos o lastimarse a ellos mismos.
- Pueden presentarse cuadros depresivos importantes y que se anteceden por una apatía generalizada

Probablemente este tipo de circunstancias vividas por este grupo de mujeres, ayuden explicar al menos parcialmente, el hecho de que ellas mismas describiesen su vida escolar como un gran fracaso, en donde "no se me pegaba nada", "era muy burra", *repetidoras*, *malas alumnas*, "especialistas en primer año", "violentas" y "agresivas " Ello aunado al hecho de que la mayoría asistieron a escuelas en donde prevalecía la indiferencia hacia su problemática individual favorecieron el hecho de que la escuela como institución "reguladora y normalizadora" hubiese fracasado.

propias vidas o las de sus hijas Aunque estas características maternas NO SON el origen del abuso físico y sexual del padre, la hija victimizada, sin embargo, percibe estas *inadecuaciones* como la *violación* y rechazo del vínculo madre-hija El sobrevivir psicológicamente entonces se liga a la separación de las fallas percibidas en el poder materno El resultado es el odio y la *denigración dirigida* hacia la madre Es una consecuencia dolorosa del maternaje en la sociedad patriarcal que las hijas en las familias abusivas son forzadas a devaluar a sus madres y a las mujeres en general, para poder adquirir el sentido de sí misma

FASE DE CALLE (Cuadro 5)

Todas las niñas y mujeres pasaron parte de su vida en la calle. Las descripciones de las características individuales de las personas de y en la calle, con frecuencia son explicaciones simplistas, tienden a ignorar o minimizar los factores estructurales o medio ambientales que influyen en el tiempo y la forma de vivir en la calle. Entre los principales se encuentran las crisis económicas que provocan que la familia en su totalidad, tenga poco acceso a la educación, a un hogar que cubra los servicios básicos, por otro lado, la ausencia de seguridad social y principalmente al incremento de la pobreza de la población en general y de las mujeres en particular (Barquet 1994, Salles 1994)

Así, el que una menor viva sin un hogar, no es un evento azaroso que ocurra de forma independiente de las condiciones sociales globales. En el contexto de la pobreza, diversos problemas personales y familiares pueden ser de gran peso para propiciar que un individuo tenga menos recursos para competir por las pocas oportunidades disponibles de empleo o de una vivienda o la educación, entre ellas destacan las desigualdades de género (Robertson, 1991)

La vida en la calle ha sido descrita por diversos autores entre los que destacan Lafont (1987) y Medina-Mora ME, Gutiérrez R, Vega L (1997)

Las nueve mujeres abandonaron sus hogares teniendo entre 7 y 12 años de edad. Atribuyen el haber abandonado sus hogares, dos al aburrimiento, 4 al abuso físico y sexual, a dos "las corrieron", una por "viciosa" y la otra "porque me parezco a mi abuela paterna" y la última porque la abuela la explotaba trabajando en las calles pidiendo limosna o juntando fierro viejo

De acuerdo con los relatos de este grupo de mujeres, la vida en la calle ni es regular, ni está reglamentada, se compone de largos períodos de inactividad y de aburrimiento, de ausencia de constancia que se ve interrumpida por las aventuras y los excesos. Se anda en "banda", se cuentan historias, se mata el tiempo, se consumen drogas, se hace el amor, se llora

La vida en la calle supone para las jóvenes el aprendizaje de trabajos en ocasiones, extensiones de trabajo doméstico que previamente realizaban. Varias trabajaron como meseras, sirvientas, lavaplatos, vendedoras de diversas mercancías como chicles, periódicos, cuidadoras de enfermos. Algunas otras intentaron ingresar al mundo de los cabarets, a fichar en dos de ellas exitosamente. Aprenden muy pronto a sobrevivir por sí mismas, "taloneando" para conseguir

dinero para sus gastos, utilizando ropas oscuras para ser confundidas con los varones y compartiendo los precarios alimentos.

El vivir en la calle las convierte en un grupo vulnerable sobre todo para otro tipo de violencia y de abuso físico, sexual y emocional, proveniente de otro tipo de fuentes de las instituciones que tratan de regular sus vidas (refugios, albergues), de los policías, de algunos compañeros de calle y de la población general que las contempla *con desprecio* o *indiferencia*. El hostigamiento sexual es lo más común seguido por las dificultades para mantener su higiene y finalmente la violación. Como en el caso de Sandra quien vivía temporalmente en la calle y quien fue violada a los 9 años, por un grupo de judiciales:

"Fui a comprar pan . me agarró un señor y me dijo que me subiera al carro que porque era agente . namás me acuerdo que me preguntaba por un tal "diablo" que pus yo no conocía ..me llevaron por una milpa y por allá me dejaron así toda maltratada, encuerada . . me violaron ...Yo no sé por qué.. porque nunca les hice nada a los señores...eran cuatro....Una señora me encontró, me dio ropa de sus hijas y me llevaron a la casa del mariachi ...y mi papá me llevó a una delegación . . Nunca me gustó como me trataban...siempre que íbamos? siempre que nos citaban? tenía que abrirme otra vez de patas y me decían: ¡Bájate los calzones! otra vez y me sentía muy molesta ...no se que tanto me revisaban pus si ya me había sucedido lo que me había sucedido. ..tenían que detener a los hombres esos ..¿Pus dónde esta la tirada?.. Nunca se hizo nada nunca... entonces pus ahí en ese momento yo traté de matarme... agarré una navaja y me corte la mano"

En este relato destaca el hecho de que después de haber sido victimizada en la calle, sufrió una doble victimización por el poco tacto y sensibilidad del personal del hospital de urgencias que precipitó su intento de suicidio

Es en esta fase que 7/9 empezaron a consumir sustancias psicoactivas y se inicia la construcción de su identidad como "viciosas", como señala Lagarde (1997) "a través de un método de análisis y crítica de reoncimiento-desconocimiento en el cual el sujeto hace permanente intepretación de sí mismo...pero la imitación y la necesidad de ser aprobada hace que

la tensión personal se resuelva en la realización del estereotipo, en el intento de adecuar la existencia a estereotipo o por el contrario distanciarse de él" (pag.32).

Al mismo tiempo la sociedad les va asignando dicha identidad "chavas banda", "viciosas" "perdidas", "niña de la calle".

VIOLENCIA FUERA DE CASA (Cuadro 6). Es común que una menor que viva en la calle robe como una estrategia de sobrevivencia. Sin embargo, construyen tipologías de robos: "trabajar limpio" significa robar sin herir o dañar a la persona, amedrentándola o asustándola con una navaja y este tipo de "trabajo" fue el que caracterizó a las mayores de edad. En las menores apareció como relevante la gran disponibilidad y la utilización de todo tipo de armas de fuego, chacos, manoplas. Algunas ocasiones sus robos no fueron exitosos, por lo que todas fueron detenidas innumerables veces en delegaciones. En ellas se sufre otro tipo de maltrato. Sandra narra un ingreso a los separos de la delegación:

" (Me dijeron) No pus ahorita te van a dar tu bailada. Yo que entro y estaban formadas y les digo Bueno a ver - pero así pasando y burlándome y diciéndoles- A ver ¡quién va a ser la más picuda...que se va aventar conmigo!. Querían bautizarme. Una se orinaba en un bote y así, les aventaban los orines así . en la cara todo"

Posteriormente puede ser que sea remitida a una institución de protección social donde la mayor parte de las veces le represente otra amenaza a su integridad física o emocional ó a un ambiente que la pondrá en contacto con otras mujeres que le brindarán modelos alternativos de identidad probablemente ubicándose dentro de la "subversión social", es decir, donde pueden aprender a robar, a prostituirse, a delinquir

Si tiene suerte, tendrá acceso a una Organización No-Gubernamental (Véase Capitulo sobre el tema) que cuente con un programa adecuado a sus necesidades, pero puede ir a dar también a ONG's donde sea víctima de otro tipo de maltrato. Es conveniente señalar, que afortunadamente, el maltrato a menores no se da en todas las instituciones ya mencionadas.

Si cometió algún delito mayor, llegará a los Consejos Tutelares de Menores Infractores, para recibir un diagnóstico o tratamiento, en lugar de un castigo, el cual no contempla el manejo de su proceso adictivo y en cambio, si incluye la capacitación en tareas tradicionales femeninas

tales como bordado, costura, cultura de belleza que de poco o nada le serán de utilidad para tener acceso a un empleo saliendo de la institución

VIOLENCIA DOMESTICA

En el ir a la calle, a la delegación, a la ONG, regresar a la familia de origen, las nueve mujeres hicieron varias parejas estables, encontrando en todas ellas otro tipo de violencia.

La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo (ONU, 1995) Esta expresión de "violencia contra la mujer" se refiere a todo acto de violencia basada en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, psicológico incluidas las amenazas, la coerción ó la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en al vida pública o en la privada que puede tener entre otras las siguientes formas. violencia física (ejercida mediante golpes, cachetadas, empujones, patadas,etc), violencia sexual manifestadas principalmente en el hecho de forzar a la mujer a tener relaciones después de un acto de violencia como "forma de reconciliación" y por último la violencia de tipo psicológico presente en diversas formas como la intimidación, las amenazas, los insultos y la devaluación de la persona (Saltjeral y cols, 1997)

De acuerdo a Lagarde (1993) la violencia contra las mujeres "es de distinta índole y adquiere diferentes manifestaciones de acuerdo con quién la ejerce, contra qué tipo de mujer y la circunstancia en que ocurre Hay la violencia del sojuzgamiento económico, de la imposición de decisiones, del engaño, de la infidelidad, del abandono ..La violencia afectiva y corporal la violencia erótica" (pag 259)

Todas las mujeres de este grupo fueron receptoras de violencia por parte de sus parejas. Sandra tuvo tres hospitalizaciones estando embarazada por los golpes recibidos por su pareja, Pachuli fue golpeada por una de sus parejas en la visita íntima por negarse a tener relaciones anales Susana fue violada y encerrada por el jefe de su hermana, posteriormente forzada a dedicarse a la prostitución y ejerciéndola fue golpeada por sus clientes, tuvo un aborto provocado por su pareja estable y un intento de violación por parte de su cuñado. Adela cada vez que se

embarazaba era golpeada por su pareja por lo cual tuvo un legrado y Jazmín recibió patadas en la espalda e insultos durante el embarazo y después "porque no tuvo niño"

En dichos episodios no solamente ellas eran receptoras de la violencia, con mucha frecuencia también lo eran sus hijos y en una ocasión la mujer para la cual trabajaba una de ellas

En realidad no existe algún tipo de violencia que este grupo de mujeres no haya recibido y solo en uno de los nueve casos, la mujer decidió detener la violencia regresando las agresiones a la pareja. Dicha estrategia detuvo el ejercicio de la violencia pero sirvió de argumento a las autoridades para quitarle la patria potestad de los hijos.

La causa común para golpear a la mujer, desde un punto de vista psicoanalítico (Rosen 1991) es la necesidad del esposo/pareja de mantener la dominación masculina pero un examen más detallado de este material muestra que las parejas o esposos se ponen violentos cuando su sentido de autoestima está amenazado, generalmente por acciones triviales con acciones tales como el que la mujer le sirva primero a los hijos o que la mujer reaccione cuando quiere ser forzada a adoptar un papel humillante.

De acuerdo a Lagarde (1996) el orden genérico propicia que el hombre sea la representación universal simbólica de mujeres y hombres, ser dueño del mundo, de los bienes reales y simbólicos, de las mujeres y su prole. De acuerdo a ello, ser hombre implica ser el que hace, crea y destruye en el mundo con legitimidad, es ser poderoso para vivir en busca de la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus deseos y en expansión. Asimismo señala que lo enajenante de la condición masculina radica en que como el dominio constituye la masculinidad, su realización implica necesariamente la opresión sobre personas, todas sus relaciones marcadas por la opresión y complementadas con el daño, la expropiación y el sufrimiento de las mujeres y los hombres implicados (pag 62).

A pesar de que el experimentar la violencia doméstica no es característica exclusiva de las mujeres con adicciones, la literatura internacional señala que si tienen tasas más altas de victimización infantil, violencia más severa de los padres y más experiencias de abuso sexual. Por otro lado, las mujeres usuarias de sustancias experimentan mayores niveles de violencia que las mujeres encuestadas en hogares (Miller B., Downs W, 1993; Swan N 1997). Parece necesario resaltar que probablemente la liga entre la experienciación de la violencia y el posterior consumo

podiera explicarse por tener perpetradores múltiples y múltiples experiencias de victimización con la ausencia de apoyos familiares, sociales o institucionales que aminoren las secuelas

CONSUMO DE SUSTANCIAS (Cuadros 7 y 8)

La edad de inicio en el consumo fue menor en las mujeres del CERESO (8-10 años) que en las jóvenes del tutelar (12-14 años).

Todas consumieron todo tipo de alcohol: cervezas, tequila, brandy, anís, coolers, llegando en un caso, Adela, a consumir alcohol de 96

Los motivos que tuvieron para iniciarse en el mismo figuraron entre los personales. la curiosidad, el tratar de olvidar problemas, la violencia doméstica, el maltrato, el tratar de sentirse adecuada y aceptada por sus grupos de amigos. Entre los motivos sociales destacaron el que vivían en colonias en las que el tráfico de sustancias es abundante y efectivo, la disponibilidad muy alta, la tolerancia social al consumo es casi una norma social y una práctica adecuada para acompañar otras actividades de sobrevivencia.

Entre las sustancias consideradas ilegales las más consumidas fueron la mariguana (9/9) la cocaína (8/9). La droga de predilección entre las jóvenes fueron los solventes inhalables aunque las mayores los consumen cuando no hay otras drogas disponibles. Entre los solventes más utilizados están el activo (tolueno), el cemento, el chemo (pegamento) y el barniz. Uno de los efectos más deseables del consumo de este tipo de sustancias es el que produce alucinaciones.

"Cuando le hice el activo, me fui a sentar un rato y empecé a alucinar que que iba en el tren, pero todo negro, todo blanco y negro. . el tren hacía un montón de ruido...muchísimo y iba pero muy rápido no? En una de esas donde iba a dar vuelta, iba a volcar el tren y ahí iba yo y en el momento en que volcó el tren, se pegó con algo y volcó y Ah desperté del alucín".

En este breve relato destacan los componentes perceptuales de la experiencia, de color, de sonido y cinestésicas

Tres mujeres habían consumido heroína aunque solamente una, Adela la consumía por vía intravenosa, autodenominándose ella misma como TECATA⁴. Sandra se tomaba las ampollitas

⁴ El origen del término es desconocido, y con frecuencia es utilizado por personas que han migrado hacia los Estados Unidos o han tenido contacto con los tecatos. Algunos tecatos en la parte sur de los Estados Unidos

de heroína y Willy fumaba el polvo de la heroína con marihuana. Mayra describió como sus amigos de la calle no teniendo agujas para inyectarse la introducían cortándose con la misma corcholata donde calientan la heroína

Las gotas (el refractil oftálmico) son drogas utilizadas por las jóvenes generaciones y solamente 4 de las nueve las habían utilizado El ciclopentolato es el componente activo y se utiliza con frecuencia para la dilatación de las pupilas, pero aplicada a través de la nariz tiene efectos neurotóxicos Una mujer narra su primera experiencia con ellas

"Me invitaron al terreno de los putos y me pasaron ¡cámara! a un escritorio y uno de ellos dijo ¿Quién quiere pasar al consultorio? Y yo vi una chava que pasó, se acostó, el saco las gotas y le echó como tres de cada lado. Luego pase yo, me acosté igual que ella pero cuando me levanté, te juro que me sentía pus bien elevada, no iba caminando sino iba elevada después yo me sentía que mis manos eran otra onda, quería quitarme lo que tenía, sentía como gusanos, pero pus yo no tenía nada".

Asimismo drogas como el mandrax (metacualona) y los diablitos son drogas que utilizaron las mujeres de mayor edad y que al parecer no se encuentran actualmente en el mercado.

Los alucinógenos fueron las drogas menos consumidas De hecho solo una consumía peyote licuado. El rechazo por el consumo de heroína y de alucinógenos fue por el miedo de quedarse "en el viaje" ó no poder controlar sus efectos , aunque todos consideraron que era muy sencillo conseguirlos. Willy narra la muerte un amigo con una sobredosis de heroína

"Traía una pistola aquí en su chamarra y se inyectó Todos le dijimos "Chale no te vaya a hacer daño, en buena onda te va a hacer daño "Pelón" Nos gritó que no. -Esta bien es tu onda Estábamos nosotras acá cotorreando y tomando y se la inyectó (heroína). Se quedo como dormido, pero después se despierta solito y empieza a gritar como desesperado, como si lo fueran a matar Le dije al "Cachuchas": -Despiértalo, deténlo o amárralo, no? Nos amenazó y nos echamos a

mencionan que el término fue utilizado en México durante los años 40 para distinguir a los usuarios de heroína de los fumadores de opio Los tecatos son personas que se inyectan cocaína y heroína y gente que utiliza las "speedball" o una combinación de heroína y cocaína. Los tecatos se distinguen de los "Píldoros" (pastillas) y de los "grifos" (los que usan marihuana) El femenino de tecato es tecata (Aguilar, Anderson, Caudillo y Ramos 1995)

correr y ¡nel! que se da un balazo en la cabeza y chin que se lo atraviesa hasta acá (señala la sien)"

Dentro de las drogas médicas el rohypnol (flunitrazepam) conocida en el mercado de la calle como reinas ó como roche (haciendo referencia al laboratorio que las produce), fue la más utilizada en sus versiones de I y II llamando la atención las dosis tan altas que estas mujeres toleraron en promedio 15 pastillas por ocasión ⁵

En relación a otro tipo de tranquilizantes, las menores de edad no habían adquirido el aprendizaje del consumo y tres de las mujeres mayores los consumían entre ellos pacidrin, valium, sinogan, optanox y las amitriptilinas.

Afirmaron que como mujeres no tenían grandes dificultades para conseguir la droga pues sus "valedores" (compañeros de banda) se las regalaban ó en su defecto, las parejas o familiares cercanos eran consumidores o distribuidores.

Las menores de edad mencionaron que en muchas ocasiones la gente (policías, voluntarias) o no las entendía o se burlaban de su forma de hablar pues manejan códigos en ocasiones comprensibles únicamente para su grupo y argots que hacen referencia a las sustancias. Las mujeres de mayor edad tienen en su acervo lingüístico menos expresiones relativas al consumo de drogas que las menores. El lenguaje utilizado para referirse a las sustancias era muy coloquial para la marihuana: la mota, yerba, toque, para los solventes "monear", "estar bien cementa", "un barnizado", "chemear", "activar" y para las pastillas "estar chocha" Al acto de drogarse "ponerle", "hacerle", "darse un pasón" Al estar intoxicadas "atascadas", "hasta la madre", "hasta atrás". A estar drogada "estar en el alucin", "en el avión" Un ejemplo sencillo sería la forma en como Willy relata el haber sido detenida.

"Le *atoramos* bien ..pero yo no pude *echar un dieciocho* ..además no falta una *borrega* que nos haiga visto. Me acuerdo que nos apañan y todavía me les aferré *andaba bien activa* y que la armaron de tos y me golpearon como machin, no? Pues traía gorra .Los judas bien manchaditos y las borregas bien pepas No nos quisieron *dar la viada*."

Estas dosis superan las reportados en otras investigaciones como el estudio realizado por Ortiz y cols (1996)

(Nos apresuramos pero no pude avisar que venía la policía. .además no falta una mujer que nos haya visto. Me acuerdo que nos detienen pero todavía me defendí porque andaba drogada con activo y me golpearon como hombre. Los judiciales muy malditos y las mujeres bien presumidas No quisieron darnos oportunidad de irnos)

De acuerdo a la sociolingüística en general, se asume que, en las sociedades que se usan dos o más códigos y/o variantes lingüísticas de un código, éstos acostumbran encontrarse en una relación diglósica, la cual refleja la organización de la estructura social de dicha sociedad. En general, esta relación es asimétrica y esta asimetría implica que una de las dos variantes de un código recibe en su estatus sociolingüístico, los atributos de superior y de uso formal mientras que la otra es considerada inferior o segunda y de ámbito informal. El uso de una o de otro código es un índice de la posición social que ocupan en la escala de estratificación social. Esta dimensión paradigmática es aplicable a las relaciones socialmente asimétricas que se establecen entre los comportamientos masculinos y femenino. Así todos los individuos son identificados como pertenecientes a una determinada clase social, etnia, género, edad, profesión u ocupación (Buxó Rey 1991).

La estrategia primordial que utilizaron las familias de este grupo de mujeres para tratar de disuadirlas del consumo siempre fue a través de los golpes.

"Mi papá cuando supo que yo era viciosa, fue cuando empezó quererme más y ya no dejó que mis hermanos me pegaran. Me arrastraban todo el patio, a patadas, me jalaban los pelos, me azotaban la cabeza en el suelo".

"El cemento me lo quitó (su padrastro) a chingadazos pero me lo quitó"

Por estar bajo el efecto de sustancias también eran blanco fácil de hostigamiento sexual.

"Estaba trabajando con mi tío y entonces que de repente yo veo que cierra la puerta, no? Y yo pus chocha chocha pero sabía lo que hacía y me quise salir con mi amiga Me dice mi tío ¿a donde vas? - -No pus yo ya me voy- dice. -Pus ora no se van a salir hijas de la chingada! porque orita las voy a violar a las dos-. Le dije: -Aguanta tío,

¿que te pasa? Si quieres a ella, pero a mi no le dije porque yo soy tu sobrina- Dijo.- A mi me vale madre que seas hija de mi hermano, orita vas a ver lo que te va a pasar- Mi amiga se echó a correr y yo también me aventé a correr, el me correteó pero me alcance a subir a un camión y no nos hizo nada Recién muerto mi papá, tenía como tres meses de muerto y también se le metió a mi madrastra en la cama y lo tuvo que bajar a palazos "

En relación a los tatuajes a excepción de Pachulí quien tiene 24 tatuajes en el cuerpo, las demás tienen algunos en zonas como los senos, las pantorrillas, las nalgas o en brazos, en general en lugares poco visibles y sus contenidos son el nombre o las iniciales de amigas y galanes y una que otra rosa. Los que tiene Pachulí son un escorpión por el signo de zodiaco y los nombres de sus hijos

Las nueve mujeres tuvieron una o varias parejas consumidoras tanto de alcohol como de drogas En algunos casos las parejas controlan los lugares, las dosis y el tipo de sustancias que las mujeres utilizan

"Me podía en la noche echar un toquecito de mota, él me daba permiso... para dormirme. por eso debía esperarme hasta la noche porque mis hijos no sabían, mi esposo si pero no le gustaba consumir conmigo yo aparte y él aparte"

A pesar de las múltiples ocasiones en que este grupo de mujeres estuvo en instituciones de procuración de Justicia y a pesar de que se encontraban recluidas en este tipo de instituciones, solamente una de las nueve mujeres de este grupo mencionó haber recibido "tratamiento" para su problema adictivo limitándose este a la prescripción de fármacos que buscaban aminorar el síndrome de abstinencia a la heroína Dentro del Consejo Tutelar de Menores Infractores, el área de tratamiento no cuenta con un programa especial para manejar el problema de adicción. Dentro del CERESO, existe el servicio de psicología y funcionan dentro grupos de autoayuda a los que las mujeres reclusas no asisten Entre los motivos que mencionaron el principal es la imposibilidad de guardar el anonimato y la privacidad en cuanto a sus experiencias más íntimas, las mujeres que han ingresado a dichos grupos se exponen a que en los pasillos de la institución sus compañeras se burlen de las experiencias que compartieron en tribuna. De acuerdo a Makowski (1996) el asistir

a algún taller sobre farmacodependencia o intentar *dejar la droga también puede significar la pérdida de pertenencia a ese grupo de identidad*

Además de estas posible trayectorias, las instituciones que contienen a este grupo de mujeres en ocasiones desconocen que el tratamiento y la posible resolución de la adicción es complicada, diferente en las mujeres y requiere de comprensión y de paciencia. La adicción puede ser crónica, progresiva, con recaídas y uno no puede esperar una recuperación sencilla y rápida.

VIOLENCIA DELICTIVA

La literatura proveniente de la criminología se ha preguntado sobre el cómo se da el ingreso a situaciones delictivas en mujeres incluyendo la distribución de las drogas. Baskin y cols (1993) mencionan que una gran parte de la literatura de mujeres y el crimen señala que las mujeres son "forzadas" a delinquir por los hombres, la drogadicción, las historias de victimización y las responsabilidades de la crianza monoparental. Cuando la infracción ocurre en la infancia, la victimización infantil es vista como la principal causa de la delincuencia en las mujeres. Así se señala una trayectoria que se inicia con el abuso infantil físico y sexual que produce un círculo vicioso que incluye el huir de casa, la institucionalización, el regreso a la unidad familiar, la huida y finalmente la infracción que puede ser la prostitución, el uso de drogas o cualquier otro delito.

Cuando la iniciación en la vida delictiva ocurre cuando la mujer es mayor de edad y es consumidora de drogas, se dice que el mismo uso la introduce en carreras delictivas. El argumento es que la fuerte involucración como usuaria de drogas reduce las opciones que la mujer puede tener para participar en otras actividades productivas. Por lo tanto, las actividades ilegales le brindan a la mujer las oportunidades para hacerse de dinero y comprar drogas (Stone 1985 citado por Baskin 1993).

Sin embargo, sea la primera o la segunda opción la literatura carece del análisis de la violencia que acompaña las actividades criminales. En general, cuando la mujer está involucrada en crímenes violentos, se les representa como cómplices, frecuentemente como observadoras mientras que los hombres se involucran en los aspectos violentos del evento.

O, se representa a las mujeres jugando roles pasivos.

Un tercer escenario construye el involucramiento de la mujer en el crimen violento transgrediendo las leyes al proveer a los varones de alimentación y redes sociales para seguir en el crimen

Este énfasis persistente en la iniciación forzada dentro del crimen, a producido un paradigma que excluye la posibilidad de la iniciación de las mujeres en los crímenes violentos por las mismas variables que el hombre (los compañeros, las estructuras de oportunidad, los efectos del vecindario). Las historias de vida permiten afirmar que la iniciación en los crímenes violentos en las mujeres puede ser mas variados que la representación parcial de la dependencia masculina

Algunas de ellas actuaron por su propia autodeterminación y no por seguir las instrucciones de sus parejas, hecho que se reafirma en que ellas mismas peleaban en las calles, utilizaban armas y realizaron robos con violencia. Algunas de ellas cometieron sus delitos sin que mediara la presencia de un hombre, como el caso del homicidio que cometió Pachuli en donde fueron condiciones estructurales, institucionales y enemistad genérica, las que precipitaron el delito

Las mujeres pueden estar siendo expuestas a las mismas fuerzas que llevan a los hombres a delinquir. Los débiles lazos con la escuela y la pobre supervisión parental, así como la asociación con amigos delincuentes y otros procesos sociales y económicos (las grandes oportunidades para tener actividades ilegales, la pobreza) prevalientes en comunidades específicas, en combinación con los factores individuales y los factores situacionales, dan inicio al involucramiento en la vida delictiva. Pero sus consecuencias pueden ser mayores dado que genéricamente cargan estereotipos mas destructivos, mayores sentencias (Azaola 1996) y menos oportunidades de rehabilitación o tratamiento

En realidad, con el continuo descenso en la calidad de vida en comunidades depauperadas, las mujeres que se encuentran en este tipo particular de situación, se verán con mayor rapidez en el camino de formar un grupo creciente de población que delinque.

SALUD REPRODUCTIVA (Cuadro 9 y 10)

La salud reproductiva se define como una condición en la que el proceso reproductivo se alcanza en un estado de bienestar físico completo, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad y desórdenes en el proceso reproductivo. Esto implica que las personas tengan la habilidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar las relaciones sexuales. Que tengan embarazos y partos seguros, que la regulación de la fertilidad pueda lograrse sin peligro para la salud y que las personas tengan seguridad al ejercer su sexualidad. (Careaga y Cols, 1996)

A excepción hecha de que en ocasiones practicaron y disfrutaron sus relaciones sexuales, ninguna de las otras condiciones incluidas en la definición anterior fueron cubiertas por ninguna de las mujeres dentro de este tipo de instituciones.

Datos del INEGI (1995) indican que la atención prenatal tiene importantes rezagos en la cobertura médica y que es especialmente dramática en mujeres de baja escolaridad y sin ella. La influencia de la educación puede brindar los medios directos asociados a una mayor concientización para tomar medidas preventivas en el embarazo, como del acceso a los servicios de salud. En palabras de Lagarde (1997) estarían en otro nivel de poderío.

Las mujeres del CERESO tuvieron entre 3 y 7 hijos ubicándose por arriba de la media de las mujeres urbanas de baja escolaridad. De acuerdo a estos niveles de fecundidad, el INEGI (1995) indica que ésta varía de manera considerable según el nivel educativo de la mujer. Aquellas sin instrucción tienen una descendencia de más del doble de hijos que aquellas que lograron terminar la primaria. Un mayor nivel de escolaridad repercute de manera positiva en un mejor control de las mujeres sobre su reproducción y sobre las decisiones acerca del número de hijos que desean tener.

La carencia de apoyos institucionales, de guarderías o la ausencia de redes solidarias y parentales permanentes que posibilite el cuidado de los hijos, puede provocar situaciones de tensión para las mujeres y de riesgo para la salud física y emocional de aquellos cuando todavía son pequeños. La fecundidad entre las mujeres no económicamente activas de las localidades urbanas es muy cercana a la de las mujeres activas de las zonas rurales (4.6). Esto significa que a pesar de que éstas últimas realizan actividades económicas, lo hacen casi siempre en labores que

significan la continuidad del trabajo doméstico, sin recibir remuneración y en actividades consideradas como de ayuda familiar

Las adolescentes del Consejo Tutelar han empezado a ser madres a edades tempranas esto puede llegar a constituir una limitación importante para que logren los conocimientos y habilidades para mejorar sus condiciones de vida. Con frecuencia el inicio temprano en la reproducción conlleva una alta fecundidad⁶

Las adolescentes sexualmente activas, de acuerdo al INEGI están menos dispuestas a usar métodos anticonceptivos que las mujeres de mayor edad y cuando lo hacen acuden por lo general a métodos menos efectivos. El 10% de las mujeres alguna vez embarazadas entre los 15 y 19 años han tenido algún aborto. De hecho las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos y a pesar de haber recibido información en la institución, niegan la posibilidad de un embarazo, de contagiarse de alguna enfermedad de transmisión sexual o de SIDA. Los cursos generalmente versan sobre los procesos relacionados con la fisiología femenina y son tratados los temas en sus aspectos puramente somáticos sin prestar atención a los factores psicosociales que los acompañan o generan. Siguiendo a González de Chavez (1993) este tipo de información preventiva no percibe que la mujer además de un cuerpo biológicamente capaz de procrear, está inmerso en determinados valores sociales y tiene unas vivencias y unas características psíquicas personales que tiene que ver con esos valores, con la propia historia afectiva, con el género sexual al que se pertenece y con el momento evolutivo que se está atravesando. Además se resalta en dichos cursos el componente genital de lo sexual, descuidando otros aspectos como las prohibiciones, los deseos y las necesidades sexuales, lo que puede impedir que en muchas de las mujeres entrevistadas no exista una actitud responsable respecto a la propia vida sexual⁷ y por otro lado, que las mismas instituciones propicien el descubrimiento de diferentes prácticas sexuales

⁶ En nuestro país los nacimientos ocurridos entre madres jóvenes representan el 15.7% del total de nacimientos del país. Cuanto más temprano es el primer embarazo de una mujer, mayor es la probabilidad de que éste ocurra fuera del matrimonio. con las desventajas sociales que esto significa para muchas mujeres que tienen que afrontar las responsabilidades de manutención y crianza de los hijos sin la corresponsabilidad de su pareja, lo que con frecuencia se traduce en la reproducción intergeneracional de desventaja económica que padecen

⁷ De hecho, al entrevistar a las autoridades del Consejo Tutelar mencionaron que las adolescentes se les negaba la oportunidad de tener visitas íntimas, porque "ellas (las internas) no necesitan el sexo", "tampoco necesitan de la cercanía del cuerpo de un joven.

Antes de ingresar a la institución solamente Susana había tenido relaciones con otras mujeres. Todas las demás empezaron a transferir el objeto sexual de uno masculino a otro femenino, que de acuerdo a Makowski (1997) puede estar potenciada por el propio espacio de la prisión. En el caso de Adela, al enterarse su pareja de su experiencia, la abandona.

"Ya no viene por cosas personales. es que luego uno comete errores de que luego anda uno con una mujer y llegó el momento en que él se enteró y me dijo: "hija de tu pinche madre, pinche manflora" (se ríe). Yo no buscaba eso, yo buscaba una amistad. Yo la verdad yo no sabía lo de las mujeres pero ¡me cae! que lo de aquí aquí se queda y lo de afuera? es otro problema. Es buena la relación pero hay veces que los celos de la mujer son más fuertes".

En el Consejo Tutelar, las relaciones sexuales entre las menores también se da, pero las autoridades (custodias, directora) tratan de "prevenir las" dejando en los dormitorios la luz prendida, a fin de percatarse si una menor se pasa a la cama de otra. Sin embargo, las menores afirmaron que tienen espacios donde pueden estar juntas y que en ocasiones, la seducción proviene de las custodias. Para las menores, las visitas íntimas no están permitidas por ser menores de edad y tampoco se les permite aparentemente convivir con jóvenes varones de su edad. Esta regla sin embargo no es del todo cumplida, pues en ocasiones especiales, como la celebración del 15 de Septiembre, son invitados custodios, licenciados, consejeros y demás personal de la institución a "convivir" con las menores.

Riesgo de SIDA: Desde la epidemiología se cree que el factor fundamental en el proceso subyacente a la búsqueda de ayuda cuando se tiene un problema de salud es el percibir la susceptibilidad a la enfermedad. Esta variable de acuerdo a Kline A y Strickler J (1993) representa un constructo nodal en la mayoría de los modelos de cambio de conductas incluyendo a: El modelo de creencias, la teoría de la acción razonada, el modelo del sentido común de riesgo a la enfermedad y el modelo de reducción de riesgo del SIDA.

Lo más importante en todos ellos es que, mientras la persona no reconozca su riesgo de enfermarse no podrá cambiar su conducta para reducirlo. Por otro lado, se discute si el percibir el riesgo es razón suficiente para motivar la reducción y la respuesta probablemente dependerá del contexto social. Los estudios de percepción de riesgo sugieren que aquellos grupos que tienden a

subestimar su susceptibilidad personal al SIDA con frecuencia son aquellos grupos más vulnerables en donde la epidemia ha crecido considerablemente, principalmente adolescentes, jóvenes mujeres y usuarios de drogas (Kline A, Kline E., Oken E., 1992)

En los estudios de *antropología médica*, se ha señalado que la habilidad de los educadores y profesionales de la salud para limitar el contagio de SIDA entre los usuarios de drogas dependerá en parte de cómo se comunica el mensaje y cómo es recibido por la población blanco. Diversos autores indican que los y las usuarias de drogas conocen la información de cómo se transmite el SIDA pero que su conducta no reflejan este conocimiento (Connors M, 1995)

Las nueve mujeres entrevistadas en mayor o menor medida han tenido contacto con mujeres contagiadas de SIDA, con cursos e información respecto al tema pero su manera de actuar se aprecia que dicha información no tiene el menor impacto.

Pareciera que la razón principal por la cual la mujer tiene relaciones sexuales riesgosas no tiene que ver solamente con la economía, sino con las necesidades afectivas y sociales así como por el estatus y a la autoestima. Para mantener el respeto propio y el respeto de otros, las mujeres "deben de ser capaces" de determinar la elegibilidad de su pareja en términos de su sabiduría. La mayoría de las mujeres de este grupo aceptaban tener relaciones sexuales sin la utilización del condón porque sus parejas les reclamaban "su falta de confianza". El uso del condón implica que no pueden confiarse en un hombre a pesar de sus esfuerzos de afirmar de estar limpios. Por otro lado como en el caso de Jazmín, cuya pareja se prostituía con gays para vivir, piensa que mientras él no tenga relaciones con otra mujer no puede contagiarla. Algunas veces utilizan el condón de manera inadecuada, como el caso de Susana quien se enfermó porque los clientes le dejaron adentro dos condones y ella no percató el hecho. En la mayoría el deseo de ser madres, de embarazarse se contraponen al uso del condón. Para ellas lo importante es que las parejas "les quieran hacer el paro", es decir, embarazarse y hacerse cargo de ellas y sus hijos.

Abuso de sustancias y maternidad: 6 de las 9 mujeres son madres. Otra más se había embarazado estando en la calle pero abortó en la calle a causa de las patadas de los policías. Todos los embarazos transcurrieron en los años de su vida adictiva. En los últimos años de acuerdo a Chavkin W y Breitbart V (1997) el uso del alcohol y las drogas en mujeres embarazadas ha generado un nivel de interés sin precedentes a nivel médico y a nivel social. Los

avances en la perinatología y en la investigación epidemiológica han llevado a describir una amplia gama de consecuencias in-utero por la exposición a las drogas. Esta preocupación refleja y da lugar, al menos en Estados Unidos y en algunos países europeos, a actividades políticas diseñadas para reducir y castigar el uso de drogas en las mujeres embarazadas. En las mujeres, el consumo de alcohol y de drogas puede estar ligado a conductas sexuales riesgosas como el intercambio de drogas por sexo y el tener relaciones con parejas usuarias sin embargo casi todas las estrategias de solución del problema van dirigidas hacia el castigo y no al tratamiento. Por un lado, se les niega el acceso a tratamiento y por otro lado se les culpa de la adicción. Ello propicia una doble complicidad: si el médico no sabe que hacer con la mujer no le preguntará sobre el uso y por el otro lado, la mujer previendo el rechazo y el posible castigo tampoco aceptará el consumo.

Si se practican análisis de líquidos biológicos para buscar rastros de sustancias, dicha práctica conlleva una gran cantidad de problemas éticos y legales que pueden ser el consentimiento informado, la integridad corporal de la mujer y la confidencialidad en el tratamiento. En ocasiones se suele contraponer los derechos del "feto" en contra de los derechos de la madre. En nuestro país, no existen cifras o estimaciones que nos informen sobre la magnitud de este dilema.

Ninguna de las mujeres informó al médico sobre su adicción (tampoco nadie se lo preguntó) y dos de los hijos presentaron cuadros que podrían corresponder a un síndrome de alcoholismo fetal o a un síndrome de abstinencia.

Abortos: 5 de las nueve mujeres (3 mayores de edad y dos menores) a la fecha de la entrevista había tenido abortos. A diferencia del tipo de aborto inducido estudiado por Rivas M y Amuchástegui A (1996), los abortos de estas mujeres fueron provocados por la violencia de sus parejas en 4 de los casos y en uno de ellos por una complicación médica mal atendida dentro de la institución.

PSIQUIATRICOS (Cuadro11)

Para la exploración de estos malestares se intentó aplicar las preguntas del Composite International Diagnostic Interview (CIDI) en su versión en español. Sin embargo, ninguna de las mujeres entendió las preguntas tal como estaban redactadas ó no tenían sentido para ella la duración de los síntomas. Por ello, se exploraron o se deducen todos los aspectos de interés a través de sus narrativas

Depresión. Gran variedad de teorías han intentado explicar que las causas de la depresión en la mujer puede ser biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Ninguna teoría explica a la fecha las diferencias por género en la depresión. La depresión es heterogénea y varios subtipos de depresión han sido reconocidos, sin embargo los subtipos no son mutuamente excluyentes y generalmente se traslapan. La sintomatología depresiva con frecuencia no refleja un estado menor o transitorio. Sean ó no la tristeza, el ánimo depresivo u otros síntomas depresivos factores de riesgo para una depresión mayor, por sí mismos reflejan un trayectoria de sufrimiento considerable (McGrath E y cols 1990).

En lo que sí se ha llegado a un acuerdo, es en que: las mujeres tienen mayor riesgo de *deprimirse debido a un gran número de factores genéricos: emocionales, sociales, económicos y biológicos*, por lo tanto debe considerarse una perspectiva cultural - biopsicosocial:

- la depresión puede estar relacionada con el estilo cognitivo de resolver los problemas tales como el evitativo, el pasivo en lugar del cognitivo-activo;
- la tasa de abuso sexual y físico es un factor que tiene un gran peso para la depresión en las mujeres,
- está íntimamente relacionada con la etnicidad, el estatus socioeconómico, el estado civil, el estado de salud y la edad y cambian conforme cambia el tiempo
- asimismo debe comprenderse el impacto de eventos reproductivos para comprender la interacción de factores sociales, biológicos y psicológicos en paradigmas más sofisticados que aquellos que dominan la literatura (McGrath E y cols 1990).

Siete de las nueve mujeres reportaron sintomatología depresiva importante. Casi siempre decían que "no solo he estado triste por dos semanas, he estado deprimida toda mi vida". Dos de

ellas Susana y Adela , tuvieron el peor episodio depresivo después de tener a alguno de sus hijos.

En el caso de Susana el ginecólogo lo detectó porque no quería abandonar el hospital, no quería ver a su hijo, se negaba a comer, no dormía y no fue dada de alta hasta que un familiar se responsabilizó tanto de ella como del recién nacido. Sin embargo, no fue referida a tratamiento a pesar de que la sintomatología le duró varios meses. En el caso de Adela estuvo hospitalizada en un hospital psiquiátrico del cual escapó porque "yo no estaba loca como las demás".

Todas mencionaron que después de haber empezado a consumir alcohol y drogas los episodios depresivos empeoraron y podían distinguir perfectamente si su ánimo deprimido se debía a la ausencia del consumo ó por situaciones de su historia de vida. En algunos casos la depresión las llevó a tener intentos de suicidio.

Intento de suicidio. De las nueve mujeres entrevistadas en este grupo 5 no reportaron ni ideación suicida ni intentos de suicidio. Las cuatro restantes, una tenía ideación suicida pero no intentos, y las tres restantes habían tenido intentos que ameritaron la hospitalización. En el caso de Sandra a los 9 años de edad, Susana a los 7 años y Areidi a los 12 años de edad. En los dos últimos casos utilizando medicamentos combinados con el alcohol y en el primero con navajas y cortes en las muñecas

Carving : En la literatura se ha descrito un síndrome denominado "carving" (esculpir) en mujeres que están en situación de confinamiento. Dicha conducta consiste en cortarse la cintura, los antebrazos, las piernas, la cara ya sea a escondidas o abiertamente como una forma de mostrar afecto por un novio, por haber terminado una relación amorosa o el haber sido disciplinada por el padre. Dicha conducta se lleva al cabo para expresar sentimientos de rabia y coraje, tristeza, depresión crónica, vacío, dolor y rechazo o pérdida (Schwartz R, Cohen P, Hoffman N, Meeks J, 1989) En otras circunstancias el lastimarse puede ser parte de un ritual practicado entre pares, como señala Makowsky (1997) y como indicaron las entrevistadas "pacto de sangre entre manfloras". Algunos autores notan la asociación entre el lastimarse y la liberación de la tensión y la sensación de alivio después del acto de auto-mutilación. Pattinson y Khan (1983) reportan que es una conducta más frecuente y mejor estudiada en mujeres y que el contexto social influye en el inicio y su curso. En las mujeres encarceladas en prisiones o detenidas, algunas veces lo realizan para quebrantar la rutina diaria, algunas veces como un pacto secreto pero en ocasiones puede ser

una "epidemia". Además encontraron que el 86% de 136 adolescentes se habían "marcado" en un promedio de siete veces después de haber sido encarceladas. Las formas de lastimarse son ilimitadas, la realizan con uñas, alfileres, astillas, con lijas, golpeándose contra la pared.

En el grupo de mujeres entrevistadas en el encierro 7/9 se habían practicado *auto-lesiones* (dejando de lado las que se autoinfligieron por sus intentos de suicidio), siendo la parte predilecta para hacerlo los antebrazos y la cara lesionándose con las uñas principalmente. En un caso del Tutelar por imitación de las compañeras, se rasuró las cejas y se arañó la cara. En tres casos también fue reportado el golpearse la cabeza contra la pared.

Trastornos de la alimentación

Ninguna de las mujeres reportó trastornos de alimentación como la bulimia y la anorexia. Todas tuvieron falta de apetito y llegaron a perder hasta 10 kg. pero por efectos asociados al consumo de inhalables y mariguana. El exceso de apetito lo reportaron al ingresar a las instituciones y atribuido al no poder conseguir las drogas de su agrado.

Conducta antisocial

Este grupo de mujeres fueron clasificadas tanto en el reclusorio como en el tutelar, como personalidades antisociales ó con trastornos de la conducta ⁸. Sin embargo, es claro que este tipo de clasificación deja de lado todo el aspecto contextual y social en que se ha desenvuelto la experiencia y la vida de estas mujeres

⁸ *Implican* - Tener un patón caracterizado por ignorar y violar los derechos de otros desde la edad de 15 años indicados por tres de los siguientes

- 1) Falla para conformarse a las normas sociales respecto a las leyes indicados por arrestos repetidos.
- 2) *mentiras repetidas, el uso de alias, o manejar a otros para ventaja personal o placer*
- 3) Impulsividad o falla en ver a futuro
- 4) Irritabilidad y agresividad, como lo indica la comisión de peleas físicas repetidas o asaltos.
- 5) *Desenfado en la seguridad propia y la de otros.*
- 6) Irresponsabilidad consistente mostrada en la falla repetida de mantener un trabajo u obligaciones financieras
- 7) *Falta de remordimiento, indicado por ser indiferente o dar racionalizaciones para lastimar, maltratar o robar de otros*

VIDA EN LAS INSTITUCIONES

El consejo tutelar y la prisión

La prisión de acuerdo a Lagarde (1993) es el ámbito creado por la sociedad para separar del resto y recluir con sus pares a las malas mujeres. Según Lima Malvido (citada por Arrom 1996) los agentes de control social que administran la justicia, aplican para la mujer un sistema ambivalente que genera dos tipos de actitudes; una de caballerosidad que propicia la impunidad y otra de paternalismo, que ha inducido a prolongar el tiempo de institucionalización de las reclusas, en algunos casos por más tiempo que los varones. Ambos conllevan un doble sentido; la última favorece el control y la tutela y la primera ofrece un trato benévolo siempre y cuando la mujer sea sumisa y dócil, quienes rompan esa imagen serán tratadas con mayor rudeza.

Lagarde (1993) señala que, como el resto de la sociedad, la prisión es también un espacio genéricamente discriminador y opresivo para las mujeres, que puede expresarse en tres hechos

- 1) Desigualdad al restringir los derechos ó el ámbito de éstos, en forma de imposición de incapacidades o de impedimentos
- 2) Desigualdad en la concesión de privilegios que tienen la negación o la restricción de derechos a las no favorecidas por el privilegio. Una mujer narra como no fue atendida su solicitud de cambio de dormitorio: (el subrayado indica que en el relato lloraba intensamente)

"¿pues acaso se percató X... de cambiarme de dormitorio? ... ¿sabes con qué temor se vive? . . . que estás esperando a que horas, a que horas te dan, que no puedas ni dormir ¡me cae! . . . yo no tomaba droga pero tenía que comprar a huevo un ¡pinche chocho! para dormir . . . ¿para qué? .. para irme. . . tan siquiera para que no me doliera mucho la muerte . . . ¡es méndiga!, la señora!

Duré meses ahí, (comienza a llorar) eso noo . . . ni así les he dicho nada, déjenme ahí . . . ¿qué quería?, no soy mentirosa ... por algo mi odio, me ha de odiar esa señora, ¡no sé por qué!, pero eso si me dolió mucho.. tener que conseguir pa'un pinche toque ¿por qué? porque estaban ahí de culeras ellas... (largo silencio)

Se siente tan feo manita qué nunca nadie le deseo la cárcel, ¡nunca nadie! (largo silencio) yo no podía ni dormir, cada noche me la pasaba pensando... (solloza) a qué hora se les bota lo loco para que me den en la madre,

De uno de otra manera ... (solloza) es lo único que no digo, pero ¡va!, seguiré su juego hasta donde aguante, hasta donde me maten, porque ¿la verdad?, ¡quién sabe! (largo silencio) che gobierno, supuestamente dicen que es acá ... (habla con la voz quebrada) es allá igual que la calle, ¿le caes bien a uno?, te dan bien las cosas, ¿le caes mal?, no te dan nada, así es igual aquí .. (solloza) ¿sí les das?, órale si no, y así es la vida"

3) Desigualdad de tratamiento por medio de la imposición de obligaciones odiosas y trabajos forzados, y personalmente agregaría que de castigos

"los Apandos eran muy feos ¿eh?. ..eran hasta seis meses de Apando, sin bañarse, sin pasar nada de ropa yyy y encuerada, namás nos dejaban la pura pantaleta, y con periódicos ahí se hacía del baño, ahí comía, ahí todo .. Seis meses..... Ahí me pasaban la comida, y no tenía derecho ni que me pasaran agua ni para lavarme las manos, ni pa' bañarme ni nada, bueno yo ya salí con los pelos de muñeca, ¿ya ve cómo se le hacen a las muñecas?, así sali yo, (golpea con las manos)"

Experiencias del encierro

En el trabajo dentro de las instituciones se pudo constatar asimismo, que una de las más importantes experiencias es como señala Lagarde (1993) la enemistad genérica que surge entre las custodias y las reclusas. "Algunas son temidas por autoritarias y sádicas, que descargan su agresión con las presas cada vez que pueden: las insultan, las golpean, las rapan, les quitan sus cosas y las castigan amparadas en sus uniformes" En ocasiones esta enemistad tiene consecuencias fatales

"Entonces pues yo contra la salud llegué por tres años, por tres años llegué, yyy y esos tres años pues . había una custodia quee pus meee, me bañaba con agua fría y me, y me agarraba a manguerazos y me brotaba la sangre de la espalda, y yo iba y la acusaba con la directora, y na'más me decía la directora. -yo le voy a llamar la atención, le voy a llamar la atención-, pero nunca le decía nada Entons yo un día le dije. - Mira jefa, sigueme pegando como me pegas- le dije,- y te juro que yo te voy a matar-, dice. - ¡pues

a ver si es cierto!-, le dije. - pues te lo voy . te juro... le dije y te lo voy a cumplir ..
sigueme pegando como me pegas y yo te voy a matar Entonces había una chamaca que
se llamaba Carmen, *en paz descanse también ¿no?*, y también siempre me echaba de
habladas y yo callada, nunca le contestaba nada yo me seguía, pero llegó un momento en
que me cansò, que me enciegué, y en cinco minutos , la maté"

Asimismo, se narraron experiencias relacionadas con los delitos contra la salud, como el
trafico dentro de las instituciones, el consumo dentro de las mismas y la práctica de pruebas
médicas de tolerancia a las drogas que pueden poner en riesgo la vida de las mujeres recluidas. El
extracto siguiente corresponde a una mujer que le hicieron pasarse 40 pastillas para tratar de ver
si "tenía desarrollada la tolerancia a la droga"

".. un año quince días, ese día pues fijese, los mismos doctores me hicieron que me
tomara cuarenta pastillas Porque yo les dije que eran mías y yo me aferré que eran mías,
le digo .- ¿usted no las consume aquí, no las vende aquí? le dije. - no, es mi consumo,
yo soy adicta desde tantos años- le dije, no?. Y..y, pues primero me hicieron unas
preguntas y me dieron veinte, dice: -a ver tómese estas veinte pastillas- dije: - ¡ay en la
torre! ahorita me voy a ir cayendo de las escaleras-, pues yo me las tomé.

Le digo: - pero pus mándeme a comprar un refresco, ¿pus cómo me las voy a pasar?, le
dije: - si las mastico le dije pero pues para, que se me pasen, ¿no?

Y me mandó a comprar una coca de lata, y me dio veinte, y luego me dio otras veinte,
pus me las tuve que tomar, fueron cuarenta

Y luego yo decía. -¡ay! donde se me pare el corazón- yo pensaba ¿no?, porque para mí,
pues eran muchas ¿no?, Pero el doctor quería saber si en realidad yo era adicta ¿no?,
entonces este, pues ya el doctor me volvió a hacer preguntas, las mismas preguntas que
me hizo, se las volví a contestar, y el y estaba otro doctor ¿así como esta usted?... y el
doctor aquí, y otro atrás de mí, ¿no?, y yo nomás vi quee, o sea ví que se le quedó
viendo al doctor que estaba atrás de mí, y el doctor nomás le hizo señas así (asintiendo),
que sí, pus que si era yo adicta ¿no? porque, le contesté lo mismo que me preguntó, o
sea que no, no se me olvidó lo que me... entonces ya me dijo: es todo.

Entons. ya me encontré yo a una amiga le digo: -ay manita, Ivonne- ya salió libre, le digo - ¡ay Ivonne! no seas mala le dije ¡bájame! manita por el elevador ¡échame al elevador! porque mira ahorita estos doctores me hicieron que me tomara (golpea con las manos) cuarenta, ¡yyh! -¡No Dios mío! ¿cuarenta pastillas?- le dije: -sí, mana, yo siento que me caigo le digo me siento bien mareada-, me dice: - vamos yo te llevo.

Y ya me llevó ella del brazo, dice. - acuéstate- le digo: -no mana, me vaya yo a quedar ahí muerta. No ¿sabes qué?, que me voy a meter a bañar con agua fría Me metí a bañar, me bañé con agua fría, y luego este, mi amiga Susana, pues le platicué a ella, ella me hizo un jugo de naranja y me echó dos yemas de huevo, dice: - ¡tómatalo tómatalo!-, luego me mandó así dos litros de leche, le digo: - ¡ay! es que ya no me cabe-, -¡tómatala tómatala!- me decía. ¿Y con la leche?, como que se me fue este, cortando el efecto, pero pus si me valió de mucho fijese porque me tenían la sentencia de trece a catorce años.. pero como vieron los doctores que me tomé las cuarenta pastillas y las mismas preguntas que me hicieron se las contesté, pues ya nomás me echaron un año quince días. Me echaron un año quince días nada más ... ¿no?

Pues sí, [responde en relación sus cómplices custodias] si me preguntaban, pero pues yo nunca les dije ¿no?, yo nunca les dije quién era No yo no, yo no puedo decirle quién, quién, con quién las consumo le dije porque, pues yo tengo mi vida aquí le digo. -usted no me va a cuidar ¿verdad?-, dice: -¡ah! no claro que no. No nos obligan a decir ¿eh?, hasta eso. Sii, ahí a pues yo tenía mi abogado de. de oficio, pero creo que ya falleció."

Este tipo de narrativas también dejaron entrever que a pesar de la competencia y conflictos que puedan surgir con las compañeras de encierro, la sororidad entre las mujeres recluidas es muy intensa y un medio importante para sobrevivir a la reclusión

DISCUSIÓN

"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.. se ponen virtualmente en huelga, bloquean, desaprenden y olvidan sus necesidades genéricas a tal grado que ya no reconocen sus obligaciones femeninas"

Lagarde, Marcela (1993).

Las narrativas personales de este grupo de mujeres pertenecientes a un grupo social no dominante, constituyó una fuente rica de conocimiento de valores contra hegemónicos porque revelan la realidad de la(s) vida(s) que desafían o contradicen las reglas

No es sorprendente que la negación al derecho a la salud, de este grupo de mujeres las haya llevado a construir una gran desconfianza de las autoridades médicas y gubernamentales. Tampoco debe sorprender que la desconfianza sea importante por ser usuarias de drogas, pues han tenido que contender con múltiples estigmas de género, clase y "desviación" por ser usuarias de drogas ilícitas (Ablon 1981, Goffman E, 1993).

Entre los usuarios de drogas de acuerdo a Connors (1995) la disidencia toma diferentes formas

- 1) la desconfianza de las personas que dan cuerpo a las normas culturales dominantes tales como profesionales y aquellos que trabajan para el sistema
- 2) Una reconstitución de las reglas y de los mensajes
- 3) Una autodestrucción a través del uso de drogas

La disidencia es explorada desde dos perspectivas diferentes debido a que dichas expresiones pueden o no afectar el cambio social. La primera es la forma en que es externalizada la disidencia, la segunda en cómo es internalizada.

Disidencia externalizada: El tipo de desconfianza que vuelve sospechosa la información sobre salud brindada a las usuarias de drogas, se basa en su experiencia con la autoridad. El uso de

drogas es considerado una actividad criminal y generalmente los criminales pierden sus derechos, pierden acceso al poder, por las limitaciones determinantes de la estructura social. La autoridad esta representada a través del sistema que les quita la patria potestad a las mujeres por considerarlas "inhábiles", las encarcela por lo que puede ser un problema de salud, y les niega la posibilidad del tratamiento por no tener acceso a recursos o porque consideran que en realidad su problema no es suficiente para tener atención. Esto, más la acumulación de todas las experiencias cotidianas como usuarias de drogas estigmatizadas, temidas y relegadas contribuyen a sus actos de disidencia, de subversión¹ (desobediencia, robos, asaltos, etc).

Disidencia internalizada. Kleinman A, ha escrito que el cuerpo es algunas veces el único medio disponible de mostrar disidencia en la gente que se encuentra en situaciones marginales "Los modos corporales de resistencia parecen intensificarse en las crisis personales cuando no son exitosas en la forma de protesta política o cambio" Las usuarias de drogas se limitan a si mismas en la disidencia de la cultura dominante en una forma que parece garantizar la continua subordinación. Esta tensión fundamental que existe entre aquellos en el poder y aquellos condenados a posiciones subordinadas puede expresarse a través de actos auto-destructivos. Connors (1995) afirma que estos actos son voces de la disidencia internalizadas.

De acuerdo a esta autora, la disidencia internalizada con frecuencia no se nota o no es reconocida como protesta política. Es difícil encontrar un lenguaje para describir la disidencia cuando se ha internalizado, cuando el cuerpo es a la vez el símbolo de la opresión y el medio por medio del cual el oprimido se opone al opresor. Las usuarias de drogas, de este grupo, en esta situación particular, pueden engancharse en la disidencia en contraste a la resistencia, en parte porque creen en lo inevitable de su subordinación y por otro lado la resisten.

El mundo de las drogas ofrece a las mujeres un sentido de identidad. En este proceso de asimilación, la sociedad comúnmente se vuelve su enemigo. Una vez inmersas en los rituales para mantener la adicción, las usuarias de drogas encuentran en el consumo bienestar, alivio, en donde no necesitan huir más. La confianza en sus relaciones con otras usuarias/os generalmente es extraordinaria. Algunas mujeres se consideran "viciosas" porque el ser adicta es la única

¹ De acuerdo a Lagarde (1993) subvertir significa trastornar, revolver, destruir. Los hechos subversivos pueden ser notables, pero por sí mismos no tocan la esencia del poder (pags 812).

alternativa que han tenido para *ser* porque no han tenido la oportunidad de pensarse a si mismas como "sujetos" como personas

El cambio social y político en la forma de acceso universal a los cuidados de salud, al tratamiento para quien lo demande, la no penalización de la adicción en favor de la atención y un liderazgo que comunique la intolerancia a la discriminación de género y clase, son algunos de los factores que puede ser un pre-requisito para un programa efectivo para esta población de mujeres en el encierro. Los cambios institucionales y políticos son los medios para cambiar y ganar la confianza de estas poblaciones que comúnmente son etiquetadas como "ocultas" y "difíciles".

Cuadro 1. PROCURACION DE JUSTICIA (DATOS GENERALES)

	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO	MOTIVO DE INGRESO	TIEMPO DE INSTITUCION	EDAD DE INGRESO	MIGRACION
Sandra	31	2° primaria, analfabeta antes de ingresar	unión libre	Morelia	robo a casa-habitación	2 de 6 años	29	Michoacán/México
Pachuli	43	5° primaria nunca asistió a la escuela	1 matrimonio 2 unión libre	México, D.F.	venta de drogas doble homicidio (custodias)	24 de 25 años	19	Distrito Federal Islas Marias Reclusorio
Susana	36	2° primaria 1° primaria lo cursó 4 veces	unión libre	Estado de México	robo-homicidio (su pareja mujer)	4 de 8 años	32	Distrito Federal/ Veracruz, Puebla
Adela	29	3° primaria	unión libre	México, D.F.	robo simple	4 de 8 años	25	No
Willy	15	5° primaria	soltera	México	robo con violencia	6 meses	15	México/ Guadalajara/ Distrito Federal
Areidi	16	6° primaria	casada	Tamaulipas	robo de infante homicidio	1 año, 6 meses	14	Gto.-Tampico/ Distrito Federal
Mayra	16	6° primaria	soltera	Chiapas	venta de drogas	2 años, 2 meses	13 años, 6 meses	Chiapas/ Veracruz/ México
Jazmin	17	2° primaria	unión libre	Edo de México	cómplice de robo	2 años	15 años	Edo. de México/ Distrito Federal
Sarahi	15	5° primaria	soltera	Michoacán	robo en casa-habitación	3 meses	15 años	Michoacán/ Distrito Federal

Cuadro 2. TIPOS DE FAMILIAS

	Tipo de familia	Madre	Padre	Hermanos
Areidy	Recompuesta	Trabajo hogar	Empleado	3 hermanos
Jazmin	Recompuesta	Mesera Lavandera	Albañil	3 hermanos
Mayra	Extendida	Difunta	Campesino	7 hermanos
Sarahí	Nuclear	Trabajo hogar	Carnicero Albañil	3 hermanos
Willy	Recompuesta	Venta de sopes, pollo	Desempleado	4 hermanos
Pachuli	Recompuesta	Difunta	Plomero	8 hermanos
Sandra	Recompuesta	Sin datos	Mariachi	10 hermanos
Susana	Recompuesta	Trabajo hogar	Obrero	29 hermanos
Adela	Recompuesta	Trabajo hogar	Carpintero	18 hermanos

Cuadro 3. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA FAMILIA.

	Papá	Padrastro	Mamá	Hermanos	Parejas	Hijos
Sandra	Alcoholismo	Negativo	Abandono	Alcohol (1)	Alco/Droga	No sabe
Pachuli	Alcoholismo		Muerte	Negativo	Alco/Activo	Activo(hija)
Susana	Alcoholismo		Abandono	Alcohol (1)	Alco/Droga	No sabe
Adela	Alcoholismo	Sobredosis	Alcoholismo	Alcohol (4)	Alco/Droga	No sabe
Willy	Muerte	Drogas	Negativo	Negativo	Alco/Droga	No tiene
Areidi	Abandono	Alcoholismo	Negativo	Negativo	Alco/Droga	Negativo
Mayra	Alcoholismo		Muerte	Negativo	Alco/Droga	No tiene
Jazmin	Alcoholismo	Alcoholismo	Alcoholismo	Negativo	Alco/Droga	Negativo
Sarahí	Alcoholismo		Abandono	Tm Negativo	Alco/Droga	No tiene

Cuadro 4. VIOLENCIA EN CASA

	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Testigo de violencia doméstica
Sandra	por su madre	por su madre	violada (9 años)	positivo
Pachuli	por su hermana	por sus hermanos	intento de abuso por tío	negativo
Susana	por su abuela, madre y tías	por su abuela, madre y la hermana	violación (11 años)	positivo
Adela	la mamá la "agarró a manguerazos para que no consumiera"	por su hermana y su padrastro	intento de abuso por el padrastro	positivo
Willy	madre con un fúete	por sus tíos paternos	padrastro manoseo-besos	golpes del padrastro-madre
Areidi	2 veces el padrastro la dejó en cama	por su padrastro	violada por su primo	golpes del padrastro-madre
Mayra	por su hermana mayor	por su padre y hermanos	negativo	positivo
Jazmin	por su hermano mayor	por su padre y su padrastro	negativo	positivo
Sarahi	negativo	encierro	negativo	padre-madre

Cuadro 5. FASE DE CALLE

	Edad al abandonar la casa	Motivos	Tipo de trabajo	Problemas en la calle por ser mujer
Sandra	7 años	su mamá la corrió porque se parece a la suegra/ violencia	servienta- cabarets, lava ropa, robos	violación por judiciales a los 9 años
Pachuli	8 años	"por viciosa"	doméstico, robo, lavar ajeno, en la cárcel lava baños	no recuerda ninguna experiencia
Susana	7 años	explotación infantil- trabajo cuidado de hermanos	pedir limosna, fierro viejo, prostitución, cuidando ancianos, venta chicles y periódico, en la cárcel limpia salones	12 años ingresa Correccional (1 ^a vez), maltrato clientes y policías, explotación, prostitución durante trabajo de parto para pagar atención de hospital
Adela	10 años	abuso del padrastro	robaba ropa por pedido, vendía quesadillas en la cárcel arregla los jardines	---
Willy	12 años	desesperación/ abuso sexual	chofer de microbús	hostigamiento sexual, 3 intentos de violación, dificultades de higiene
Areidi	11 años	abuso físico	venta de drogas, funeraria	hostigamiento sexual por sus pares
Mayra	9 años	abuso físico	servienta, venta de cassettes y de drogas	hostigamiento sexual por sus pares y por policías
Jazmin	9 años	aburrimiento/ violencia doméstica	lava carros, limpia mesas	embarazo, problemas de salud e higiene
Sarahí	7 años	aburrimiento	limpieza, venta de drogas	hostigamiento sexual por sus pares

Cuadro 6. VIOLENCIA FUERA DE CASA

	Participación en actos violentos	Uso de armas	Violencia recibida
Sandra	robos	navaja	doméstica 3 hospitalizaciones durante el embarazo
Pachuli	robos	navaja	en Sta Martha por custodias en Sta Martha por su pareja
Susana	robos	negativo	1 violación, golpes por parejas, por sus clientes, por sus compañeras, intento de violación por cuñado
Adela	robos	navaja	doméstica durante el embarazo
Willy	con amigos en las calles	calibre 45, chacos, manoplas	golpes en la banda
Areidi	actividades de banda	piedras, navajas, pistolas	golpes prostitutas, golpes policías
Mayra	robos	armas de fuego, navaja	policías
Jazmin	robos	negativo	por su pareja en el embarazo, patadas en la espalda
Sarahí	robos	calibre 22	-

Cuadro 7. Reclusorio-Tutorial de Menores Infractores .
DROGAS (PARTE I)

	EDAD DE INICIO	OH	MARIGUANA	SOLVENTES	COCAINA	HEROINA	GOTAS	ALUCINOGENOS
Sandra	10	√	√	√ (activo, cemento)	√ (crack, polvo)	√ (tomada)	√ (1 vez)	X
Pachuit	8 (cervezas)	√	√	X	X	X	X	X
Susana	10	√	√	√ (cemento)	√ (polvo)	X	X	X
Adela	10 (del 96)	√	√	√ (cemento, barniz)	√	√ (tecatas)	X	peyote (licuado)
Willy	9	√	√	√	√	√ (en polvo)	√	X
Areidi	14	√	√	X	√	X	X	X
Mayra	13	√	√	√	√	X	X	X
Jazmun	12	X	√	√	√	X	√	X
Sarahi	13 (cervezas)	√	√	√ (activo, thinner, chemo)	√	X	√	X

Cuadro 8. RECLUSORIO - CONSEJO TUTELAR DE MENORAS INFRACTORAS
DROGAS (PARTE 2)

ROHYPNOL	DIV	TRANQUI- LIZANTES	DIABLITOS	MANDRAX	CHOCOS	TATUAJES	CONSUME PAREJA	TX
Sandra	X	X	√	X	√ (chocolates, pastas)	√ (3)	√	X
Pachuli (Roche I y II)	X	√ (Pacidrin, Valium)	√	√	X	√ (24)	√	X
Susana	X	√ (Sinogan)	X	X	√ (Captagones)	√ (1F)	√	X
Adela	√	√ (Valium, Optanox, Amipriptilinas, Sinogan)	X	X	√	X	√	(Cereso)
Willy	X	X	X	X	√	√	√	X
Areidi	X	X	X	X	√	X	√	X
Mayra	X	X	X	X	√	X	?	X
Jazmin	X	X	X	X	√	√	√	X
Sarahi	X	X	X	X	√ (pastillas)	√	?	X

Cuadro 9. SEXUALIDAD (1)

Edad menarquia	1ª relación sexual	Número de parejas sexuales	Preferencia sexual	Embarazos	Abortos
Sandra	12 años	3 estables	bisexual	6	1 (13 años)
Pachulji	13 años (robaron)	3 estables	heterosexual	3	?
Susana	aproximadamente 11 años (violación)	4 estables	bisexual	5	2
Adela	13-14 años	3 estables	bisexual	7	1
Willy	14 años	2 estables	heterosexual	0	0
Areidi	13 años	4 estables	heterosexual	2	1
Mayra	13 años	3 estables	heterosexual	1	1 (provocado)
Jazmin	13 años	2 estables	heterosexual	1	0
Sarahi	?	1 estable	heterosexual	0	0

Cuadro 10. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD

	Prevención embarazo	ETS	SIDA	Prácticas de riesgo	Edad 1 ^{er} embarazo	Consumo embarazo	Atención Hospitalaria
Sandra	X	X	X	√	15	√ (1P)	- H Gregorio Salas - H Ruben Leñero - H Médicos Privados - H. de la Mujer - Centros de Reclusión
Pachuli	X	X	√	√	14	√	
Susana (con clientes)		√ (papiloma)	Correccional	√	13	√	- Hospital de la Mujer - H Rubén Leñero
Adela	X	X	distorsionada	√	14	√ (cocaina, manguana)	?
Willy	X	X	tiene información, se cree inmune	novio bisexual	-	X	-
Areidi	X	X	tiene información, se cree inmune	sexo no protegido	14	√	?
Mayra	X	X	X	sexo no protegido	-	X	-
Jazmun	distorsión	X	X	novio homosexual (se prostituye)	14	√	- Médico particular
Sarahí	X	X	sabe ETS, no conoce prevención	sexo no protegido	-	X	-

Cuadro II. RECLUSORIO-CONSEJO TUTELAR DE MENORES INFRACTORES
DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

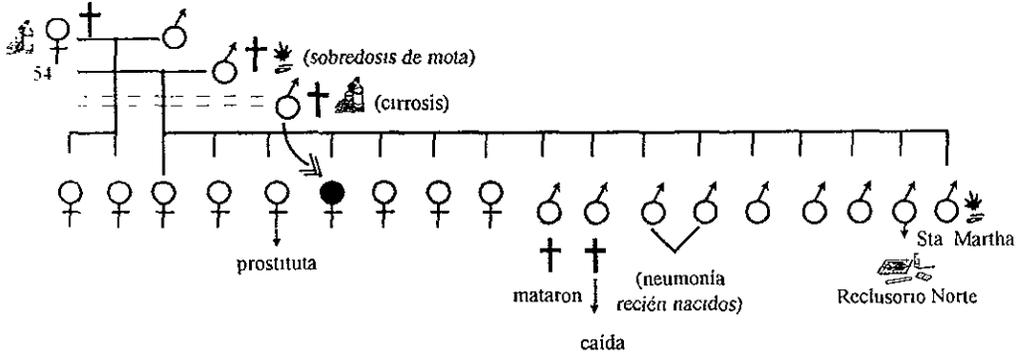
	DEPRESION	INTENTO SUICIDIO	ANSIEDAD	TX ALIMENTACION	ANTISOCIAL	"CARVING"
Sandra	√	l marcas en los antebrazos, Hospitalización ?	√	X	√	√
Pachuli	√		√	X	√	X
Susana	√	l con pastillas (7 años)	√	X	√	√
Adela	√ post-parto Int. Hospital Fray Bernardino	X	X (por el consumo)	X (por el consumo)	√	√
Willy	√	ideación suicida	√	X	√	√
Areidi	√	l (epamin y alcohol)	√	X	√	√
Mayra	X	X	X	X	√	√
Jazmin	√	X	X	X	√	√
Sarahi	X	X	X	X	√	X

CENTRO DE READAPTACION SOCIAL FEMENIL TEPEPAN

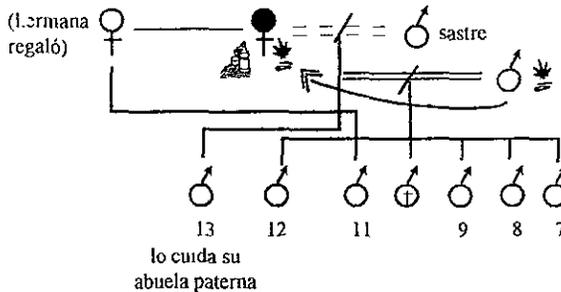
ADELA

FAMILIA DE ORIGEN

se le reventaron
los pulmones



FAMILIA ACTUAL



CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL FEMENIL TEPEPAN ADELA

Adela tiene 29 años al momento de la entrevista. Nació en la ciudad de México. Menciona haber vivido por la colonia Doctores. Su padre era hojalatero y su madre se dedicaba al hogar. Ingresó al Reclusorio de Tepepan por robo, cumple una sentencia de 8 años, lleva cuatro años cumplidos.

Familia

Sabe que fueron 18 hermanos, 9 mujeres y 9 hombres pero no conoce las edades y el orden en que nacieron. A través de la entrevista nunca menciona sus nombres. La hermana mayor es de otra pareja de la madre. En la actualidad viven 11. Un hermano drogadicto lo mataron, otro murió de una caída de la azotea, un par de gemelos varones se murieron de neumonía, otro hermano varón está en la cárcel de Sta. Martha, entró por robo pero adentro cometió un homicidio. Otro hermano se encuentra en el Reclusorio Oriente por delitos contra la salud. De los demás hermanos varones no sabe nada.

En relación a sus hermanas, relata que una de ellas desde los 13 años, trabajó de prostituta para ayudar a la economía del hogar. Trabajaba en cabarets como el Balalaika y el Mocambo. La madre permitía la actividad de su hija y en ocasiones mandaba a otros de sus hijos a recogerla a su lugar de trabajo en la madrugada.

Su padre murió de una sobredosis de marihuana, además era alcohólico. Su mamá la daba antabuse a escondidas como alternativa de tratamiento. Durante su segundo matrimonio, la mamá no consumía alcohol. A raíz de su unión con su tercera pareja comenzó a consumir alcohol, lo que generaba violencia doméstica pues al padrastro le disgustaba que su mujer bebiera, pero él invitaba a sus amigos a tomar a su casa y la señora los corría. La mamá sufría constantemente de gastritis y por años de artritis. Adela dice que la causa de su muerte fue "que le reventaron los pulmones".

Su vivienda era una vecindad de renta congelada, pagaban \$18 00 cada 8 días. El padre había construido 3 literas, de tres camas, y en cada cama se dormía por parejas o de tres en tres. Si alguien no alcanzaba cama, se dormía en el suelo. Utilizaban petróleo para calentar el agua y

los baños se encontraban fuera de la vivienda, eras comunes. Para poderlos bañar a todos, el papá le había construido una gran tina de fierro.

Adela se describe a sí misma de niña como muy terca. Su mamá no le demostraba afecto y la encerraba junto a sus hermanas pues tenía miedo de que los vecinos abusaran. Una de sus hermanas creció en un orfanatorio del cual salió hasta ser mayor de edad. Adela estuvo en el internado un mes, ella piensa que su mamá "lo hizo para que fuera alguien en la vida, que estudiara una carrera, que fuera de lo mejor", sin embargo ella se escapó.

Cuando se portaba mal, la castigaban hincada con dos planchas en las manos durante una hora.

Uno de sus hermanos, la pateaba cuando se iba a las "tocadas" a divertirse, se sintió aliviada cuando lo mataron. En una ocasión, la mamá por tratar de impedir que se llevaran a este hermano a la correccional, fue golpeada por los agentes.

Adela peleaba con su hermana prostituta. La acusaba de no cuidar a su hijo. Un día la hermana llega de madrugada de bailar y su hijo empezó a llorar. La mamá únicamente le dio un biberón y se durmió. El bebé se asfixió y murió.

Adela tiene una gran cicatriz a la altura del cuello, menciona: "tengo una vena ponchada", su papá con un fierro caliente la curó así de un absceso.

Se inicia en el consumo de drogas cuando tenía 10 años. Relata que el padrastro no la quería ni a ella ni a uno de sus hermanos de 16 años, y los sacaban de la casa a golpes. La mamá les pasaba el alimento escondidas a la calle. Cuando empieza a consumir, la estrategia que tenía su mamá para tratar de disuadirla era golpearla a manguerazos. El padrastro la golpeaba, y en alguna ocasión quiso abusar sexualmente de ella pero no se dejó.

Todo lo que quería tenía que ganárselo con su trabajo: la ropa, los juguetes.

A los 8 años conoció a Pachuli (ver resumen) quien le enseñó a robar carteras en el mercado de Jamaica. A los 14 años comenzó a robar ropa. Antes de eso, le ayudaba a una mujer a vender comida. Robaba sobre pedido y su trabajo era "limpio" (sin herir a nadie, sin usar armas de fuego) y a decir de ella "no se valen reclamaciones". Robaba en Aurrera, la Comercial Mexicana y De Todo. De preferencia iba bien vestida.

Entre los 13 y los 15 años conoció a su primer pareja y vivió con él en unión libre. El era muy celoso y le pegaba con frecuencia. El motivo que argüía era que "andaba de puta" y estando embarazada la golpeaba: "puro trompón y patadón". Un día que ella se salió de su casa para defender a un cuñado, le pegó en todo el cuerpo dejándole toda la cara marcada. Cuando a su pareja le faltaba la droga la golpeaba, generalmente dos o tres veces a la semana. Ella nunca le devolvió los golpes. Frecuentemente la insultaba acusándola de infidelidad.

Escuela La mandaban a la escuela pero nunca se supervisaba su trabajo. Primero fue a una escuela diurna y luego a una vespertina. Estudió ahí hasta el tercer año de primaria. Dentro de la escuela le gustaba jugar al avión y al listón. La mamá la mandaba a la escuela descalza. Sus amigos siempre fueron varones. Su grado de escolaridad es en la actualidad sexto año de primaria.

Familia Actual: Adela tiene 6 hijos quienes viven actualmente con su abuela paterna en la colonia Rafael Delgado, colonia Obrera. Su primera pareja se dedicaba al negocio de las refacciones y a limpiar parrillas y era consumidor de marihuana. Se embarazó de su primer hijo y únicamente asistió a una consulta. Cuando tuvo el trabajo de parto la llevaron al hospital General, pero como la regresaron, su mamá la puso a brincar la cuerda para que acelerara el parto. Su mamá crió a su hijo hasta los tres años debido a una fuerte depresión post-parto, por lo cual su hermana la internó en el Hospital Fray Bernardino Alvarez. No le gustaba estar internada. En una ocasión se enojó por el encierro y se robó Diacepam que utilizó para "empastillar" a las otras enfermas y la dejaron tranquila. Después de escapó. Duro tres meses internada.

Al salir del hospital golpeó a la hermana, alegando que ella no estaba loca.

Adela tuvo un hijo que murió porque le dio una sobre dosis de gotas para los cólicos y por la administración de neomelubrina para adultos (Ver familiograma). Por este motivo, su hermana prostituta le regaló a uno de sus hijos cuando tenía quince días de nacido. Se lo entregó con una deficiencia respiratoria y lo tuvo que internar. A este niño le llaman el negro.

Estando embarazada fumaba una cajetilla diaria. Durante su último embarazo inhaló varias veces cocaína. Marihuana no consumió porque es "muy caliente". El niño cuando nació convulsionó y lo trataron con Epamin. Su pareja también consumía cocaína pero nunca consumieron juntos.

Dormía a sus hijos antes de drogarse y su pareja le daba permiso. Algunas veces sus hijos se burlaban de ella al verla cruda. Admite que por el consumo descuidaba a sus hijos, su casa y a ella misma, pero nunca los golpeó. Muchas veces robó para poderse comprar la droga.

Salud reproductiva: Menstruó a los 12 años, no tenía información y hasta la fecha desconoce con exactitud porque menstrúan las mujeres y porque se embarazan. Niega la masturbación y se define a sí misma como bisexual. Ha tenido relaciones bajo el efecto de la marihuana porque se "calienta" más. Estando "chocha me vale gorro" Nunca planeó sus 6 embarazos. Cada vez que sabía que estaba embarazada decía "A que chinga". Niega haber padecido enfermedades transmisión sexual. Cree que haciéndose en forma periódica el Papanicolau puede saber si tiene SIDA.

Vida en la institución: Se mantiene haciendo flanes napolitanos y sopas. Puede pedir su mandado por teléfono. Le pagan entre \$ 115 y \$118 00 quincenales.

Le ampliaron la sentencia porque le encontraron marihuana en el cuarto del reclusorio. Afuera de la cárcel no vendía drogas, sin embargo sí lo hace dentro de la institución. Tiene parejas (mujeres) dentro del reclusorio. Se sintió deprimida cuando una la dejó para casarse con otra. Se casan dentro de la institución cortándose levemente las venas de las muñecas y juntando la sangre.

Casi no la visitan porque siempre que llegaban sus familiares estaba en segregación castigada. No le agrada el castigo porque no hay actividades. Tenía visita íntima con su pareja pero él se enteró que tenía una pareja mujer y ya no regresó. La insultaba diciéndole "pinche vieja manflora". Antes de entrar a la cárcel no sabía que las mujeres podían tener relaciones sexuales. La primera vez que los hizo dijo haberse sentido sucia, después le agradó. Le desagradan los celos de las mujeres, dice que son "más fuertes". Considera que en la cárcel no hay amigas, solo cuando hay dinero.

Religión: No recibió ninguna instrucción religiosa, pero recuerda que su abuelita la llevaba a misa los domingos. Sin embargo, dentro del reclusorio se ha acercado a los Testigos de Jehová quienes le han ayudado a dejar el consumo. No asiste a las sesiones de AA porque no se considera teporocha. Para quitarse la ansiedad del encierro, lee su Biblia.

Sentido de la vida - Quiere estudiar y rehabilitarse para que en el futuro, sus hijos no le reclamen ni el abandono ni el vicio. Quiere que sus hijos sean diferentes a ella. Sin embargo, reflexiona afirmando que por grande que sea su esfuerzo, cuando ella les llegue a llamar la atención le contestarán.

"Cállese Ud. pinche vieja culera... es una pinche ratera, que le gusta estar en la cárcel"

Psiquiátricos: La depresión y la ansiedad que reportó siempre estuvieron asociadas al uso de sustancias. Trastornos en la alimentación negativos.

Drogas que ha consumido: Alcohol, heroína, cocaína, tranquilizantes (Rohypnol, Valium, Optanox, amitriptilinas, Sinogan), hongos alucinógenos, peyote, inhalables (cemento), marihuana. Utilizó la cocaína inyectada al igual que la heroína.

Dosis. De Valium consumía de 90 mg de 6 a 7 pastillas por ocasión. Rohypnol consumía 15 pastillas diarias. La "Tecata" para bajar los efectos de cocaína para poder dormir. El peyote lo consumía licuado. En relación a los efectos el Rohypnol la pone "estúpida" (le cuesta \$8 00 cada pastilla) y el Optanox la ponía "livianita" (\$20 00 por pastilla). En el reclusorio no le dan la tecata, la PGR le da una tarjeta y se la proporciona.

Se inyectaba en el brazo. La máxima dosis que consumió de cocaína fueron 8 grapas, de chochos dos cajas y de marihuana 8 cigarros.

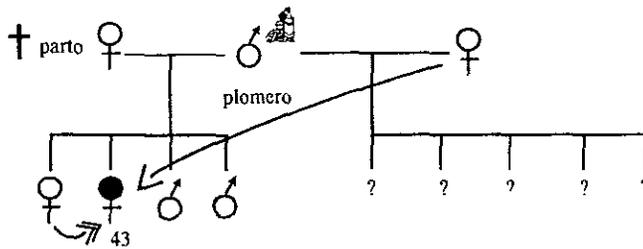
En relación al alcohol consumía ron, alcohol de 96, torundas que se robaba del hospital, *Caribe Cooler*, *caguamas* y *brandy Cheverny*.

Su primer tratamiento contra la farmacodependencia lo recibió en el reclusorio siendo medicada con Sinogan y amitriptilinas.

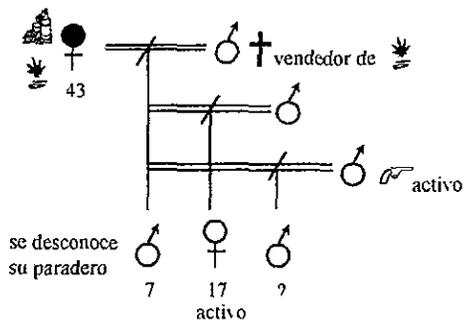
CENTRO DE READAPTACION SOCIAL FEMENIL TEPEPAN

PACHULI

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL FEMENIL TEPEPAN PACHULI

Pachuli tiene en el momento de la entrevista 42 años. Llegó a la cárcel cuando tenía 19 años por delitos contra la salud. Dentro de Sta. Martha mató a dos custodias por lo cual cursa una sentencia de 25 años que está a punto de cumplir. Esperaba a ser liberada en uno o dos meses después de la fecha de la entrevista. Pasó algunos años en Sta. Martha, posteriormente fue trasladada a las Islas Mariás donde vivió 4 años. En el Reclusorio Oriente 5 años y finalmente en el Reclusorio de Tepepan.

Familia : Su mamá murió cuando tenía tres años. Eran cinco hermanos. Su padre contrae segundas nupcias y tiene otros cinco hijos. Cuando fallece su mamá, el papá se va a vivir a Saltillo y queda al cuidado de una tía. Vivía por la Ciudad Deportiva y frecuentaba la zona del mercado de Jamaica.

Entre los eventos importantes de su infancia recuerda que un día de reyes recibió unos patines y se cayó. A raíz del golpe menciona que sufrió "una embolio" y se queda cuatro años sin caminar. Posteriormente a esto, recuerda que su hermana mayor la ponía a realizar los quehaceres domésticos tales como hacer la comida y lavar ropa. Si no cumplía con sus obligaciones le pegaba o la corría de la casa. Recuerda con tristeza que a sus hermanos les compraban zapatos de piel y a ella chancas de hule. Nunca tuvo una fiesta de cumpleaños. Solo conoció a la familia paterna. Le gustaba escuchar música de la Matancera y de la Marimba Cuquita. Música de danzón.

A su madrastra la quiere, le enseñó a cocinar, a planchar, a hacer quehacer, pero también la consentía y la defendía de su hermana quien ponía las reglas en su casa. La madrastra le demostraba afecto pero su papá no. Cree que debido a que se la pasaba trabajando todo el día. Dice que sus hermanos no la quieren y recuerda una canción que dice "Maldito vicio, por el vicio perdi a mi familia", dice que no la quieren por viciosa.

La inició en el consumo una señora de quien recuerda el nombre. Le dijo que le dolía la cabeza y la curó con un pacidrin. Se sintió como borracha, pero esta señora nunca le dijo que era droga. Ella tenía 8 años de edad. Posteriormente fumó mariguana siendo sorprendida por un hermano quien "me cacheteó, me arrastró, me pegó", ella en respuesta lo mordió. Sus amigas utilizaban solventes pero a ella le desagradaban.

Su papá tomaba pulque y tequila y le advertía que la droga la iba a llevar a la cárcel. La defendía de los golpes de los hermanos, le decía:

" El día que yo me muera, mi hija va a sufrir, por lo mismo de su vicios y no quiero que nadie de Uds me la toque, porque si ni yo la toco, Uds no tienen porque tocármela".

Sus hermanos hacían caso omiso de la recomendación.

Recuerda que la colonia donde vivía estaba llena de ladrones, drogas y problemas. Asimismo recuerda que un hermano de su papá intentó violarla cuando tenía 14 años. Este mismo tío trató de seducir a la madrastra cuando enviudó. Dice haber tenido suerte pues a sus amigas si las violaron.

En la calle prefería ser amiga de los varones porque la "respetaban".

Empezó a robar a los 9 años. Robaba comida y víveres en Jamaica y después los vendía en su colonia. Posteriormente empezó a robar en los camiones. No utilizaba armas generalmente, pero le gustaba hacer "cirugías" (abrir una bolsa por un lado con una navaja que se guardaba en la boca), sin que el o la propietaria se de cuenta. Considera que su "trabajo" era limpio porque no había golpes, ni lesiones ni sangre. Para controlar a sus víctimas aplicaba llaves chinas.

Entre sus lugares predilectos estaban los tianguis de Texcoco, Chiconcuac, Temixco y a veces viajaba hasta Tijuana donde tenía una prima.

El dinero lo guardaba en el banco y la mitad se lo quedaba para "desafanarse" de la policía. Llegó a robar para divertirse. Salía a las 5 de la mañana, porque no es vaga.

Si utilizaba drogas antes de robar porque se le hacía más fácil, sobre todo con las reinas (Rohypnol). A veces utilizaba el Pacidrin pero lo dejó porque le daban ataques.

No planeaba los robos, no robaba por la noche y tampoco en las casas. Sus actividades las hacía sola.

Cuando tenía 14 años se la "robó" su primera pareja quien prácticamente la violó. El tenía 35 años y se dedicaba a la venta de marihuana que guardaba en costales. Quedó embarazada y su padre la corrió de su casa. Decide irse a vivir con Angelita, que era la madrastra de su padre, a quien llamaba abuelita. Su abuelita la cuidó durante el embarazo pero murió antes de que naciera su primer hijo. Fue a atenderse con una partera. En el transcurso del embarazo su pareja entró en Lecumberri acusado de delitos contra la salud. Cuando salió de la cárcel se casó con ella. Su vida

en pareja no era fácil pues él se drogaba constantemente y la corría de la casa para no golpearla. En esas ocasiones se iba con su hijo a casa de su papá quien ya la había perdonado. Al año de vivir juntos, su pareja murió asesinado. Antes de entrar a la cárcel de Sta. Martha su hijo tenía ya tres años. Al ser detenida, su hermana mayor le quitó a su hijo y lo regaló. Nunca supo el paradero de su hijo.

Escuela: Nunca fue a la escuela, ella lo atribuye a que desde niña le gustaba la droga. Sus hermanos estudiaron hasta la secundaria.

Santa Martha: Entró a los 19 años por delitos contra la salud. Dentro del penal mató a dos custodias. Una de ellas constantemente la insultaba y le pegaba con una manguera, ella siempre la amenazaba de que el día que pudiera desquitarse, lo haría. La mató con unas tijeras de 37 "piquetes". A la segunda la degolló por venir al auxilio de la primera. Los homicidios los realizó estando bajo el efecto del Pacidrin y del Mandrax. Recuerda que se tomaba alrededor de 45 pastillas diario. Como castigo estuvo "apandada" 6 meses.

Dentro de la cárcel a través de una amiga consigue tener una pareja y visita íntima, sin embargo en éstas la pareja la golpeaba. Los motivos eran dos principalmente: porque no le conseguía la drogas (mariguana y chóchos) y porque no deseaba tener sexo anal. Sin embargo, de esta pareja tuvo una hija que en la actualidad tiene 17 años. Su hija no sabe leer ni escribir y fue violada a los 12 años por varios hombres que acudieron a casa de "Berta", quien se las ofreció pretextando que era carne fresca y que nadie reclamaría. Su hija consume activo.

Estando en Sta. Martha fue castigada en una ocasión pues le encontraron 50 pastillas. La encerraron en un consultorio y como estaba muy agitada queriendo quemar las cortinas le inyectaron Diacepam.

Islas Marias: Menciona que se encuentran cerca de Mazatlán a donde son trasladadas por barco. Vivía en campamentos y trabajaba la sal, la paleaba, la secaba y la ponía en costales. Les repartían viveres que llegaban por barco y cada quien se preparaba sus alimentos. Ahí no usaban uniforme y su límite era el mar. Le daban aceite para protegerse del sol. No tenían disponibilidad de sustancias pero sí de alcohol. En las islas Pachuli tuvo una tercera pareja 13 años menor que ella. Se embarazó y tuvo un tercer hijo. Sin embargo, el padre fue liberado cuando el bebé tenía pocos meses de nacido y ella prefirió que saliera con el padre para que llevara otro tipo de vida.

Familia Actual: Únicamente recibe por visita a su madrastra y a su hija. El ha pedido a una trabajadora social que busque a su hijo para poder estar en contacto con él cuando ella salga. Necesita una carta de solvencia moral para que se responsabilicen de su comportamiento al salir, pero parece ser que nadie llena los requisitos.

Salud reproductiva. Se embarazó a los 13 años. Tenía 14 años cuando su primer hijo nació. Su menarquía fue a los 11 años la cual recibió con desagrado, pensando que eran consecuencia de los golpes que recibía de su hermana. Con las parejas que ha tenido nunca ha utilizado un condón. Niega haber tenido ETS y niega haber tenido relaciones con mujeres. Tampoco ha cambiado cuerpo por droga. Menciona que algunas de sus compañeras con "cucuruchas" y tiene relaciones con personal que trabaja en la cárcel.

Vida en la institución: Le pasan lista a las 8:30, a las 13 horas, a las 15 y a las 22 horas. Le agrada la comida. Los baños son comunes y algunas se meten a los baños a drogarse. Pueden comprar chochos, marihuana, cocaína, barnices, roches. Se pueden inyectar, "las calles" son los pasillos del reclusorio y "mi casa" es su cuarto. Tiene talleres y clases. Vende moños para el pelo, muñecas, alfileros. Trabaja lavando los baños. A decir de Pachulí, la vida en la cárcel es difícil actualmente por las compañeras más que por las custodias. Habla de las relaciones que se dan entre sus compañeras. Los grupos de Alcohólicos Anónimos van lunes y miércoles pero no le agrada asistir al grupo. Asiste con las hermanas cristianas.

Porque puede salir pronto de la cárcel, sus compañeras la molestan. Cree que si lo siguen haciendo matara a alguna "la primera vez es difícil, las demás son sencillas". Describe como utilizan sus compañeras el barniz y que alucinan creyendo que pelean con el "Negro Casas".

Religión: En su familia no practicaba ninguna religión. Dentro del reclusorio asiste con las hermanas cristianas quienes la van a bautizar por su aniversario sin consumir drogas y por pertenecer a la religión.

Sentido de la vida. Salir y tomar venganza en contra de los hombres que violaron a sus hijos. Probablemente poner un negocio. Aunque no lo menciona textualmente deja entrever que tiene miedo de salir y que no sabría como sobrevivir afuera.

Psiquiátricos: No pudieron explorarse pues no se permitió terminar con las entrevistas.

Drogas que ha consumido: Tiene 24 tatuajes en el cuerpo distribuidos en las piernas, busto y manos. Entre los contenidos están las iniciales del nombre de sus hijos, una virgen, la Santa Muerte, florecitas y escorpiones. Ella misma dice haberse tatuado en Sta. Martha con "dos abujas, hijo y tinta".

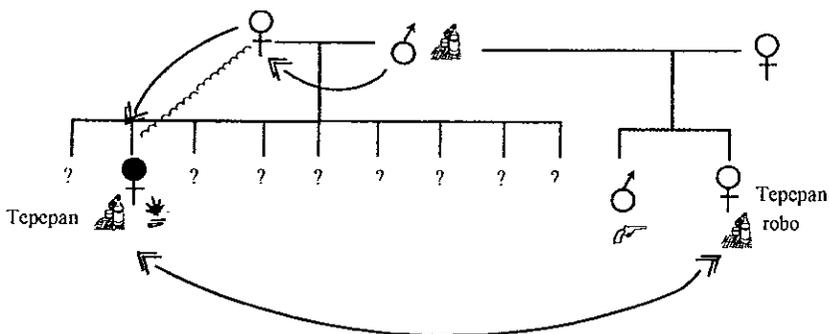
Entre los motivos para el consumo está el olvidarse de sus problemas. Cuando ha logrado dejar la droga por temporadas sus amigas le dicen "pínche viciosa arrepentida". A manera de tratamiento le recetaron valium cuando estaba en Sta. Martha porque dejó el pacidrín, tenía que tomarse dos pastillas en la mañana, dos en la tarde y dos en la noche. En la actualidad el único tratamiento que tiene es el asistir con las hermanas cristianas y el orgullo de poder decir "que no digan que la cárcel te comió, que tu te la comiste a ella". Trató de dejar el consumo invocando a San Judas Tadeo.

Dentro de este reclusorio le aumentaron un año y 15 días de castigo por encontrarle rohypnoles. Un grupo de médicos de la PGR le hicieron que se tomara 40 pastillas para probar que tenía desarrollada la tolerancia a las drogas y que las pastillas eran para su uso personal y no para la venta. Dice que nunca había tomado una dosis tan alta y que no se murió gracias a que sus compañeras le consiguieron leche y la tuvieron caminando toda la noche. Una compañera denunció el hecho a la comisión de Derechos Humanos.

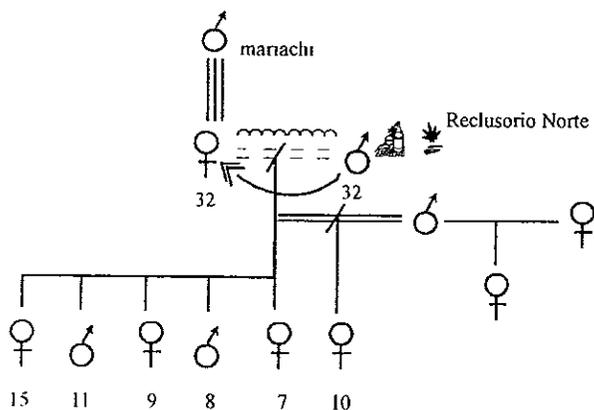
CENTRO DE READAPTACION SOCIAL FEMENIL TEPEPAN

SANDRA

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL FEMENIL TEPEPAN

SANDRA

Sandra tiene 32 años en el momento de la entrevista. Ingresó al Reclusorio acusada por robo en casa habitación. Se le dio una sentencia de 6 años de los cuales han transcurrido cuatro años.

Familia. Nació en Morelia Michoacán. Es hija de una familia de 9 hermanos siendo ella la segunda. No recuerda ni la edad, ni el sexo de sus hermanos. Lo único que recuerda era que sus hermanos le decían que no era hija de sus papas y la madre la echaba a la calle por parecerse a su abuela paterna. Trabajaba lavando trastes, cuidando niños para que su madre no el pegara con palos, con la plancha, con el cordón de la plancha o con una manguera. Era la "patita fea" de su casa. Su familia emigró hacia la Ciudad de México, estableciéndose en Santa Ursula. A la edad de 7 años se sale de su casa y se va al Centro de la Ciudad por el rumbo de Pino Suárez y posteriormente a Garibaldi.

Vida de calle. En esos lugares se va los cabarets, de donde la corren por pequeña. En Garibaldi conoce un mariachi; a quien ella llama "mi papá", quien la adopta y con quien lleva una relación afectiva intensa. Dice que este mariachi tenía en su casa alrededor de 12 chavas. Les brindaba casa, comida y sustento y niega que él haya abusado de ella o de cualquiera de sus compañeras.

Realizaba actividades para el mariachi. Trabajaba de boleterita y la mandaba a la escuela, pero nunca aprendió nada. No sabía ni leer ni escribir. A los diez años estaba en primero de primaria, matutina, pero la expulsaron de la escuela.

Trabajando en la calle la llevaron alrededor de 10 veces al Tribunal de Menores Infractores. Decía que era una práctica común que las camionetas la levantaran a ella y a sus amigos y las liberaran calles más adelante. Siempre había violencia dentro del Tribunal y se libraba de ser "bautizada" siendo muy agresiva (El bautizo consistía en recibir golpes y en que las compañeras le aventaran orines en la cara). En la calle la apodaban la "Trevi".

En una ocasión se la llevó una camioneta y ella pensó que la trasladaban de nueva cuenta al Tribunal. Tenía 9 años de edad. Cuatro sujetos "pseudo agentes" la violaron y posteriormente

la aventaron en un terreno. Una mujer la encontró y le avisó al mariachi quien se encargó de levantar un acta y de llevarla al servicio médico. *La experiencia le fue muy desagradable*

Después de esta experiencia intento quitarse la vida, cortándose las muñecas de ambas manos puesto ella sentía que "ya no servía para nada". La trasladaron al Hospital Balbuena pero ahí solo la regañaron, le dijeron que mejor se aventara al metro para no hacer sufrir a su familia.

Posteriormente tiene a un novio con quien se iba a casar pero ella se fue de viaje a Acapulco, motivo por el cual el novio enojó con ella y porque se negaba a tener relaciones sexuales con él, la traicionó con su mejor amiga.

Su primer borrachera la tuvo a los diez años. Sin embargo por la decepción amorosa dice "se volvió alcohólica y drogadicta".

La relación de sustancias que consumió son. alcohol, activo, marihuana, cemento, cocaína, pastillas, heroína (tomada) , mandrax, pacidrin, los diablitos y las gotas

A los 15 años dejó toda clase de "vicios" y atribuye a Dios el hecho de haber podido dejar la droga. Conoce a otro hombre y con él decide vivir en unión libre.

Familia Actual. Tiene 6 hijos. Durante el primer embarazo consume sustancias, pero al ver a los hijos de sus amigas de Garibaldi adictos, le desagrada el cuadro y lo deja. Su pareja tiene la misma edad y es alcohólico y drogadicto. *Profesión carterista y boxeador*

Nunca le preguntaron en el primer embarazo sobre su consumo y tampoco lo dijo. Siguió "comprando niños". La pareja la golpeaba constantemente por celos.

Hijos

- 1) Mujer 15 años Clínica Prensa
- 2) Hombre 11 años Hospital Gregorio Salas

Al médico de este hospital sí le dio información sobre su hábito de consumir drogas pero lo único que hizo fue regañarla

- 3) Mujer 10 años Médico particular
- 4) Mujer 9 años Médico particular
- 5) Hombre 8 años Médico particular
- 6) Mujer 7 años Médico particular

En un principio vivió con su suegra, pero ésta la maltrataba, le racionaba la comida y el dinero disponible. En ocasiones le daba \$50 00 para toda una quincena. Ante esta situación ella pedía ropa y zapatos en las casas de Tlalpan. La familia política se enojaba porque pedía limosnas o porque pedía dinero prestado. Entonces decide meterse a trabajar como sirvienta y su pareja se enfurece y la saca de su lugar de trabajo pateándola a ella y a la señora que la había empleado. Menciona que sus vecinas provocaban que él se enojara pues le decían "él tan feo y ella tan bonita", a lo cual él respondía que le iba a marcar la cara para que nadie se fijase en ella.

La pareja siempre le pegaba pensando en el engaño, no convivía con ella, iba y venía y la mayor parte del tiempo se quedaba sola. Ella se daba cuenta de esta situación y de que le era atractiva a otros hombres quienes la piropeaban en la calle.

Reflexionando que sin traicionarlo la golpeaba, a los 22 años decide engañarlo para "que valgan la pena los golpes". Conoce a Javier con quien mantiene relaciones y se sentía querida. La familia de Javier a su vez, la quería y la apoyaba para que "formalizaran su relación". Queda embarazada de su tercera hija y no sabe que hacer pues con su primera pareja no tenía relaciones sexuales. Javier le propone fugarse, pero ella no acepta. Soluciona esta situación seduciendo a su pareja. Generalmente cuando él regresaba a la casa ella lo insultaba y le reclamaba el abandono. Para seducirlo, no le grita, se arregla, le prepara el baño para que se sienta a gusto, le hace palomitas. Admite que le tenía miedo porque la golpeaba.

Salud reproductiva: Sandra menstruó a los 10 años. Ya vivía con el mariachi y ya había pasado por su experiencia traumática de la violación, al ver su sangrado pensó que habían vuelto a violarla. Quedó embarazada a los 12 y no sabía que estaba embarazada. Paseando con una amiga por el centro empezó a tener una hemorragia y un taxista las llevó al Hospital de la Mujer. Ahí una doctora la regañó pues pensó que ella se había provocado el aborto. A la fecha desconoce el funcionamiento del cuerpo de la mujer. "Cuando me daba cuenta ya estaba el pastel". No sabe lo que son las enfermedades de transmisión sexual y ha oído hablar del SIDA pero no se protege porque está limpia. Su pareja tenía relaciones sexuales con gays. En el reclusorio le colocaron un DIU, pero a ella le agradaría ser mamá otra vez.

Violencia doméstica: Siempre peleaban por la infidelidad real o imaginada. Al inicio de la relación cuando él dejaba de ir a su hogar, ella lo buscaba. En una ocasión lo busca y lo encuentra

en el Metro Taxqueña con otra mujer y su reacción fue darle de golpes, pero a la otra mujer. Eso lo repitió varias veces, hasta que el mariachi le dice a Sandra que "a los hombres no se les esculca nada, no le les levanta ni siquiera la mirada" y ella acepta que "así son las cosas" A su pareja no le importaba si estaba embarazada y con frecuencia se la ofrecía a sus amigos diciendo que "entre socios se presta la petaca"

En varias ocasiones a causa de los golpes llegó al hospital Rubén Leñero y a la Cruz Roja. El la amenazaba diciéndole que si lo denunciaba se desquitaría con sus hijos y que cuando lo liberaran le iría peor. Los médicos no le creían el origen de sus lesiones. Ella siempre decía que se había caído.

Teniendo 5 meses de embarazó la golpeó y le abrió la cabeza y una ceja con una botella. La pareja se espantó de las consecuencias de sus golpes y fue por un amigo y le pide que lo acompañe para llevarla al hospital. El amigo le pide a Sandra que no levante la denuncia. El médico, intuyendo la situación le da orientación y unos papeles para que se anime a denunciarlo, pero su pánico era mayor. En otra ocasión, teniendo trabajo de parto, la obliga a tener relaciones sexuales, y después la manda caminando al hospital. Ella tenía miedo de que su hijo contrajese alguna infección.

Sus hijos presenciaban la violencia y la hija mayor siempre vigilaba si el padre llegaba embriagado para poderse salir a la calle. A sus hijos también los maltrataba.

Sandra menciona que su vida cotidiana estaba llena de humillaciones, golpes y hambres. Como la violencia iba en aumento, empieza a defenderse regresándole los golpes con lo que encuentre a la mano como sartenes o platos. Un día llega a su límite y toma unas tijeras y lo molesta con ellas hasta que quedan los dos ensangrentados, teniendo que intervenir su comadre para separarlos. A partir de esa ocasión el no vuelve a golpearla.

Sandra decide dejarlo y se sale de su hogar con sus 6 hijos. Se va a trabajar como conserje en la escuela de sus hijos, negociando todo el trabajo que ella pueda realizar a cambio de la educación de sus hijos y un techo. Sin embargo, no dura mucho tiempo ahí porque su comadre la delata y su pareja la vuelve a buscar, regresándose a su casa.

Desesperada decide irse nuevamente a buscar un cuarto. Se da cuenta de que no sabe hacer nada, y que si trabaja como doméstica pone en riesgo también a su empleadora. Trata de

dedicarse a la prostitución y según ella "no le sale" Finalmente le pide a su compadre que le enseñe a robar. Trabaja robando de las 5 a las 10 de la mañana y de 6 a 10 de la noche para tener tiempo de atender a sus hijos En un día malo ganaba \$200.00, en un día bueno hasta \$800.00 Se salía de su hogar encargándole a sus hijos a una vecina. Un día después de regresar de "trabajar" no encuentra a sus hijos y supone que están en la casa de la vecina. Sin embargo, la vecina llega en la noche y le dice que su suegra le había dejado un papel y se había llevado a sus hijos. Ni la vecina, ni Sandra entendieron de que se trataba y tuvieron que esperar hasta el día siguiente para que alguien les "hiciera favor de leer el papel" Al día siguiente se entera que le había quitado la patria potestad de sus hijos, acusándola de dedicarse a la prostitución, y por ser una madre "abandonadora".

Al saber de esta situación quiso pelear, buscó al mariachi, le pidió ayuda, el mariachi solo le contestó: "Te conocieron sin hijos y sin hijos te quedas". No tuvo recursos económicos para pelear por ellos. El padre de sus hijos se encuentra en el reclusorio norte acusado de homicidio y delitos contra la salud.

A raíz de esta circunstancia, Sandra dice haberse vuelto "perversa y mala", es decir, empezó de nuevo a consumir alcohol y todo tipo de drogas, y para "vengarse" de su pareja hacía que se enamoraran de ella los hombres para luego dejarlos burlándose de su supuesto afecto. Ella dice que se volvió "Alkaseltzer" pues "quien me probaba quería repetir" Dice que le quitaron a sus hijos por haber fallado, por no saber aguantar Conoció a su "amorcito" quien tiene 26 años, con quien trabajo en un estacionamiento y ahí se robaban los estéreos.

Religión: No tuvo instrucción religiosa formal pero cree que existe dios porque pudo dejar las drogas cuando estaba al cuidado de sus hijos. El mariachi era devoto de Sta. Cecilia, patrona de los músicos.

Vida en la institución: "Yo no quiero que se vean en el espejo que yo me estoy viendo. Hace seis meses recibe visita de su hija la mayor quien le confiesa que se fue de pinta Su hija le ha dicho que hubiera preferido saberla prostituta que ratera. Esta hija en la actualidad está embarazada y Sandra tiene temor de que su suegra la vaya a maltratar ó pegar. Niega relaciones sexuales con sus compañeras, sin embargo trae una marca en el cuello de "un chupete que me saque jugando botella"

Sentido de la vida: Afirma no saber cual pueda ser, cree que es el permanecer viva dentro de la carcel

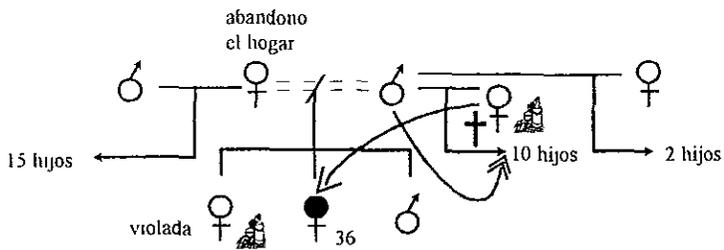
Psiquiátricos: Depresión siempre, agudizada a raíz de su violación la que la orilló a tener un intento de suicidio Sandra tiene 10 cicatrices en los antebrazos. Calificó positivamente para los criterios de ansiedad del CIDI. Trastornos de alimentación negados.

Drogas Alcohol (pulque y brandy), solventes inhalables (activo, cemento), marihuana, cocaína, tranquilizantes (mandrax, pacidrin), heroína, diablitos, gotas. Dentro de la institución consume marihuana, chochos, barnices y chocolates Entre los motivos que señala para consumir estuvieron: el rechazo, la falta de amor, de cariño y comprensión. Lo agradable de las drogas, permiten olvidar y no sentir, entre lo desagradable "el no usarlas". Nunca indujo a nadie a usar drogas, tampoco las vendió Atribuye a la falta de educación y a la ausencia de la madre el hecho de haberse convertido en "atradora" No ha usado drogas intravenosas. Tiene 3 tatuajes cuyo contenido son letras y estrellas, en la parte superior de las piernas y en las pompas

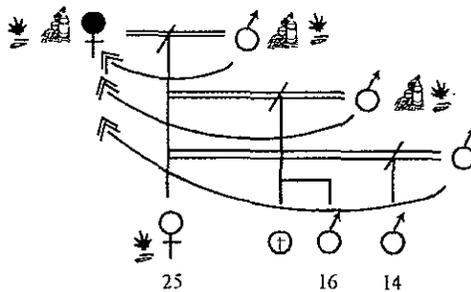
CENTRO DE READAPTACION SOCIAL FEMENIL TEPEPAN

SUSANA

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL FEMENIL TEPEPAN SUSANA

Susana tiene 36 años en el momento de la entrevista. Ingresó a Tepepan por homicidio.

Antes de su ingreso Susana se dedicaba a la prostitución.

Familia: Susana proviene de una familia formada por su papá, la mamá, una hermana mayor y un hermano menor a ella. La madre de Susana abandonó a la familia cuando Susana tenía 6 años de edad. La mamá formó otra familia de la cual tiene 15 hijos. Su padre, obrero, también formó otra familia con 10 hijos. La segunda pareja del padre falleció y formó una tercera familia de la que tiene dos hijos más. En total Susana tiene 2 hermanos y 27 medios hermanos.

En relación a su padre dice que tenía carácter "feo", nunca platicaba con ella. No le faltaba el dinero pero le faltaba el cariño.

Cuando todavía vivía con la mamá, ocupaban una casa cerca del Toreo. Recuerda que su casa quedaba cerca de un panteón al cual la mamá la metía por un agujero para que se robara las veladoras y utilizarlos de vasos en su casa. Consideraba de chica que a su mamá solo le interesaban "sus cabrones" y su papa "sus viejas".

Cuando la madre abandonó el hogar, el padre la "regaló" con la abuela quien la explotaba haciéndola trabajar pidiendo limosna en las casas elegantes de San Ángel. La hacía caminar y caminar, sin platicar nada más tocando timbres.

A la mamá la volvió a ver hasta que cumplió los quince años "cuando ya había perdido". Con engaños de que le iba a comprar un vestido, la llevó a cuidar a sus otros hijos. Susana los odiaba y les pegaba. Sentía el rechazo de su mamá. La madre la golpeaba. Se escapó de la casa y regresó con la abuela, quien la defendía de los golpes de las tías.

La abuela la llevó a la Correccional, a la "Amarilla" porque se portaba mal. La dejaron salir por que era virgen. Ahí aprendió a bordar y a coser.

Su abuela le ponía vestidos viejos y guaraches de hule que le sacaban ampollas, estas con frecuencia le sangraban. Cuando descubrió las heridas su papa, lloró, la llevó al Hospital Rubén Leñero. Luego estuvo caminando largo rato pensando como arreglaría para llevarla a vivir con la

segunda pareja Sin embargo, no hubo ningún problema, su madrastra "me aceptó, me abrazó, me peinó, siempre me consintió"

Recuerda que la situación económica con su segunda familia no era favorable, su madrastra se peleaba a golpes en las mañanas por las cubetas del agua. Cuando Susana se enteró de que su padre quería casarse con la madrastra, intentó suicidarse, la internaron en un hospital del Seguro Social

Su hermana mayor, Guille, acostumbraba salirse con amigos "bien mariguanos" situación que molestaba al padre. Un día el papa la busca y la golpea A causa de los golpes se escapa y se va a la casa de una tía En esa casa estaba un cuñado de la tía, quien viola a la hermana de Susana Desesperada regresa a la casa de la madrastra y junto con ella se emborracha

Guille trabajaba en una ostionería y se lleva a Susana para "protegerla" En ese entonces Susana vendía el periódico "Ovaciones " y chicles para vivir. El dueño de la ostionería se lleva a Susana para que descansara y la violó pretextando que a su hermana le había pagado \$100 00 El hombre también la golpeó. Susana quiso regresarse a su casa pero como "ya había perdido" no lo hizo Luego busco a la "Paracha" quien se la llevó a un cuarto de hotel con otro hombre para poder pagar el cuarto Al salir del cuarto del hotel, la policía las detuvo por se menores de edad Las llevaron a la Correccional Era la segunda vez que entraba. Estando en la correccional, el hombre que la violó la visitaba, y le proponía matrimonio. El tenía 30 años, ella 12 años

Posteriormente salió, vivió un tiempo en la "Villita" y luego se fue a Garibaldi Un día quiso llevársela la policía un Sr se "ofreció a ayudarla", quien impidió que la encerraran. A cambio "me hizo el amor" Ese día perdió su himen y sangró mucho, tuvo mucho dolor El hombre la mantuvo encerrada por tres meses en un hotel. Ahí su vida cambio.

"Solo quería dormir y comer . sin preocuparme de nada . sin tener ninguna ilusión . me mataron la ilusión bien feo ."

Se embarazó y tuvo a su primera hija a los 13 años, la niña nació en el Hospital de la Mujer La pareja la encerraba No se casó con ella porque el tenía otra mujer, él era alcohólico Después ella tuvo que salir del encierro para trabajar su hija la cuidaba otra mujer a quien Susana el pagaba \$50.00 diarios Susana trabajaba en un cabaret. En una temporada se fue a vivir a Veracruz donde trabajó como prostituta, pero le desagradó la pobreza que encontró. Quince días

de trabajo solo le dieron \$ 300 00 Dice que en esa temporada lloraba todo el tiempo Después regreso y no tuvo dinero para pagarle a la mujer los cuidados de la hija.

La acusaron de robo, la golpearon, le dieron "toques", la humillaron y la encerraron por un año y medio, por ese robo que ella dice no cometió. Encerrada le pidió ayuda a su papá pero él se la negó Le debía \$800.00 a la mujer que cuidaba de su hijo, mismos que pagó el padre de la hija, quitándosela y la dejo de ver por muchos años

Ingresó nuevamente a la correccional, realizaba todas sus actividades pero callada siempre pensando que su padre debería encontrar a su hija El padre y la madrastra la visitaban pero ella era despota con ellos Luego fingió para lograr que la sacaran bajo promesa de que se iba a portar bien y ellos le prometieron comprar una máquina para hacer suéteres.

Saliendo rompió su promesa y empezó a buscar a su hija y se inició en el consumo del activo Encontró al papá de su hija pero no se la entregó diciéndole que ella no tenía nada que ofrecerle

Trabajo: Empezó a trabajar en el King-Kong y a vivir en un hotel ella sola. Conoce a *Damián*, el papá de su segundo hijo A ella el agradaba su olor, como la besaba. El también la golpeaba, con los puños a causa de los celos El la mandaba a trabajar como fichera Recuerda que afuera del cabaret "El Molino" le pegó a lo largo de dos cuerdas, porque un cliente se le pegó al cuerpo a la hora de bailar. Estaba embarazada y el bebé se murió, recuerda "a puro patadón, madrazo .como cabrón .. ¡Maldito desgraciado! . pero así lo perdonaba porque lo amaba . era mi vida ...nunca ame así lo quería mucho"

Cuatro días después de la golpiza tuvo una hemorragia. A él no le importo que perdiera a su hijo Esta pareja posteriormente estuvo encerrado en Sta Martha acusado de violación.

Esta segunda pareja, no la dejaba tomar, relata como un día ella se emborrachó y la desvistió, la mojó con agua helada, le hizo el amor y luego la golpeó Estando embarazada de él por segunda ocasión, la quiso lastimar con un cuchillo, ella detuvo la herida en el vientre agarrando el cuchillo con la mano por lo cual tiene una gran cicatriz que le atraviesa una mano.

Cuando iba a nacer su hijo se fue a la casa de su papá, ahí su cuñado quiso abusar de ella. Temiendo el trabajo de parto, su pareja la abofeteó y golpeo hasta que se le olvidaron "los dolores de parto" No tenía dinero para el hospital, se puso un abrigo y se salió a la calle a conseguir un

cliente Cuando el cliente se dio cuenta de su situación, le dio dinero y la mandó en un taxi al hospital "Rubén Leñero"

No quería ver a su hijo recién nacido, los médicos le insistían que lo abrazara y no la dejaron salir hasta que alguien se responsabilizó por ella y por el bebé. La madrastra acudió a su ayuda Saliendo del hospital sin embargo, perdonó a su pareja y regresó con él Un día él fue por la leche y no regresó más. Susana regresó al hogar de la madrastra Su hijo tenía 6 meses

Después conoció al papá de su 2 hijo Le agradaba mucho de él que casi no la golpeará, que accedía a lo que ella le pedía. Era contado público Como no quería volverse a embarazar le pedía que usara preservativos El le propuso que dejara de trabajar y formaran una familia. Ella no le creyó Robaba y se prostituía en los cabarets. Compraba cosas para su casa, televisión, cama, etc Cuando el la abandonó se llevó todo lo que ella había comprado. Teniendo ya a sus dos hijos, regresa a la casa del padre quien desde entonces los cuida. Ella lo único que le pide a sus hijos es que "estudien y no les peguen a sus parejas"

Después de toda éstas experiencias, Susana optó por tener una pareja mujer quién a su vez tenía otra pareja varón. Formaron un triángulo amoroso. Considera que Daniel les enseñó a hacer el amor

Escuela: Fue a la escuela hasta el segundo año de primaria. El primer año lo repitió cinco veces. En la correccional, ahí aprendió a rezar, a bordar, a coser, a bailar y a ser limpia .

Trabajo. El dinero que ganaba como prostituta se los daba a sus hermanos si le pedían algo No llegaba a su casa si no llevaba por lo menos \$ 1000 00 Tenía miedo de no dejarle nada a sus hijo y trabajaba hasta cansarse hasta que empezó a utilizar la droga.

Salud reproductiva: No sabía nada de su menstruación Cuando regló por primera vez pensó que su novia por haberle dado un beso la había "desquintado". Tuvieron que ir con un médico de la delegación para que le explicara que era algo normal. Considera que el cuerpo de la mujer sirve para "ser madre, para obtener dinero, para cuidarlo y para quererlo". Su cuerpo es "como de porcelana, maravilloso". Además de sus embarazos tuvo un embarazo ectópico motivo por el cual le tuvieron que quitar un ovario Abscesos vaginales que dice se le hicieron porque los clientes le

dejaban condones adentro de la vagina y ella no se daba cuenta. Tuvo dos cesáreas. Sufrió de papiloma. Con los clientes si utilizaba condones, con sus parejas estables no.

Vida en la institución: Le gusta todo lo que se da en la cárcel sobre todo la droga y el "manflorismo". Asegura que el "manflorismo" se da porque no tiene que "rogarle a ningún cabrón", porque "pocos hombres saben hacer el amor" y "porque no hay otra necesidad más grande que la del cuerpo". Un médico le preguntó el porque de su conducta, ella le contesta que "Nadien sabe cuando vive en cuatro paredes - . . . no es lo mismo salir y entrar, a vivir en un cuarto con la misma persona y estar encerradas".

Dice que NO las apoyan para dejar la droga y las ponen a compartir el cuarto con alguien peligroso o las ponen en el dormitorio más pesado que "te pueden llegar a matar o tu matas".

Su problema de drogadicción dice haberse recrudecido dentro del reclusorio para poder resistir, para estar dormida y no sentir una tumba: "Te tiene como rata".

El tratamiento psiquiátrico únicamente la duerme, rechaza estos procedimientos porque "lo que quiero es vida y yo duermo mucho". Piensa que si el tratamiento es para que le den chochos, mejor ella misma se los receta además de que los medicamentos cuestan caros y la droga no tanto.

Si le agrada asistir con las psicólogas porque la escuchan.

Por aburrición se ha levantado de la cama y le ha pegado a su pareja. La solución para el aburrimiento es hacer aerobics, hacer el amor y recibir a la pareja con masajes.

Trabajo en la cárcel dice que hay suficiente pero que a sus compañeras les entra la "tirisia", por que ya "nadie borda, ya nadie cose".

Dentro de la institución ha sido "apandada" por pleitos con otras internas. Nunca cuando la han llevado a la dirección ha traicionado a sus compañeras. Su estancia la pasa llena de miedos. Le ponen reportes porque no se muestra de buen humor con las custodias y compañeras. Prefiere el apando a "estar de arrastrada" o pidiendo disculpas por supuestas ofensas. Si no está de buen humor siempre la acusan de estar drogada.

Relata que se realizan bodas entre las compañeras, la más joven es la que se viste de novia. Acepta que golpeaba a las mujeres jóvenes que llegaban para mostrar su poder. Dice que todo

muno le tiene miedo a todo el mundo por falta de educación. Algunas mujeres para obtener su droga, necesitan tener relaciones con las distribuidoras.

Psiquiátricos: No entendió las preguntas del CIDI, pero a lo largo de la entrevista podemos deducir que al menos la depresión estuvo presente a lo largo de su vida

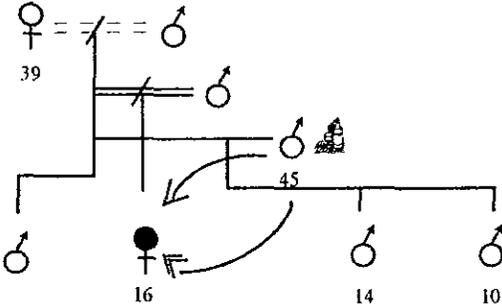
Drogas: *Cemento y activo que inhalaba por la boca. de Activo tomaba 2/8 diariamente* El alcohol lo consumía casi diario. Chochos, la cocaína la probó una vez y la mariguana dos cigarros diarios para poder dormir Por causa de la droga, la patearon un grupo de policías cuya consecuencia fue que la dejaron sin caminar una semana. A la fecha le duele la cintura. Cuando se prostituía tomaba anís para aguantar el frío. Nunca anduvo en bandas. Nunca ha tenido un tratamiento para su adicción En ocasiones solo juraba en la iglesia pero no le funcionaba.

Tatuajes: Tiene una F dice de felicidad o de Fernando

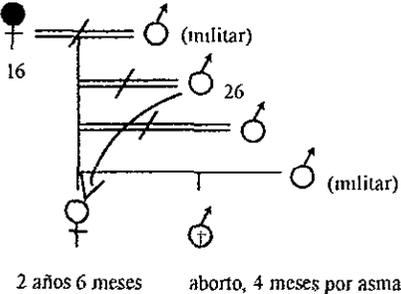
Carving: " Me llega una tensión de desesperación y me empiezo a pegar yo sola en la pared *¿por que? porque no hago nada*".

CENTRO DE ORIENTACION MUJERES AREIDI

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



**CENTRO DE TRATAMIENTO
CENTRO DE ORIENTACIÓN MUJERES**

AREIDI

Tiene 16 años en el momento de la entrevista. Ingreso al Consejo Tutelar de Menores Infractores de México por robo de infante y por homicidio. Nació en Reynosa Tamaulipas y anteriormente ya había estado en el tutelar de Guadalajara y el de Saltillo acusada de vagancia y prostitución.

Familia

La mamá de Areidi primero fue madre soltera. Después vivió un tiempo con el padre biológico de Areidi, quien le ofreció dinero a la mamá para que la abortara. Como ella no accedió, la abandonó y tenía tres meses de embarazo cuando se fue a vivir en unión libre con el hombre a quien Areidi llama papá.

La familia vivió primero en Salamanca, Guanajuato donde el papá trabajaba en Pemex lo que les permitía tener una situación económica holgada. Después emigró a Reynosa, Tamaulipas y posteriormente a Silao Gto. Areidi afirma que estaban "de arrimados con los abuelos" y que no le agradaban los cambios constantes porque se sentía insegura.

En Reynosa vivió la familia en casa de la abuela paterna, que pertenece a la clase media alta. Sus padres tenían problemas con la abuela porque "no quiere a mi papá porque es moreno". El papá de Areidi es el hermano mayor, Areidi cree que su abuela nunca deseó el nacimiento de su padre.

Conoció a su verdadero padre a los 11 años. Él solo se presentó afuera de la escuela. Trató de llevársela a vivir con él ofreciéndole dinero. Ella lo rechazó. La madre de Areidi fue la mayor en una familia que quedó huérfana haciéndose cargo de todos sus hermanos. El abuelo *paterno era alcohólico y golpeaba fuertemente a la madre de Areidi.*

Estando en Reynosa, una tía la mete a trabajar con una Sra. para que le ayudase a la limpieza, pero esta Sra. vendía drogas. Se llevó a Areidi a Guadalajara un fin de semana y ahí la abandonó. A los 11 años ingresa al Tutelar acusada de vagancia y prostitución donde permaneció durante tres meses. Ese Tutelar era mixto, le agradaba aunque los dormitorios quedaban separados. Localizaron a su mamá, quién fue por ella.

Areidí salió nuevamente a la calle, iéndose con un trailerero a Saltillo, su familia del trailerero le dio "casa, comida y sustento" En el barrio donde quedaba la casa había "bandas, judiciales, patrullas, armas y drogas" La bandas estaban formadas por grupos de 50 jóvenes, la mitad de ellos eran mujeres. Utilizaban piedras, navajas y armas de alto calibre En un pleito contra la banda de "los pelones" mató a un muchacho. Según Areidí andaba drogada con marihuana y cocaína y algunas pastillas de Rohypnol Ingresó al Tutelar por asesinato y daños contra la salud Se escapó del tutelar con 10 compañeros, para poder salir amarraron y les pegaron a las custodias También robaron dinero En todos los tutelares a los que ingresó se cambió el nombre y mentía Menciona que no era difícil conseguir las drogas dentro del Tutelar de Saltillo porque se las aventaban de la calle hacia los patios.

De Saltillo, viene a la Ciudad de México y conoce a un matrimonio quien la "adopta gracias a todas mis mentiras" Se establece por Naucalpan Conoce a un militar de quien se embaraza pero el es enviado a una comisión y la abandona Conoce a Francisco con quien se casa Tenía tres meses de embarazo. Ella dice que su relación no prosperó por "celos" Nace su hija y a los tres meses tiene problemas con Francisco porque "un día se me ocurrió irme con un compañerito, ese sí me gustaba muchísimo el chavo ..pero jamás tuvimos nada que ver" Se va con el amigo a comer papitas y ver la tele dejando a su hija sola Francisco llega, encuentra a la hija sola, se enoja, la busca y la encuentra con el amigo a quien golpea y a ella la cachetea y la insulta Areidí menciona que " él tenía derecho de pegarme"

Después de esta experiencia decide abandonar a Francisco y se regresa a la Ciudad de Reynosa con su papá a quien le dice que va de vacaciones El papá la recibe descubriendo después que había abandonado a su pareja Viviendo con sus padres un día se va a una disco con una amiga y tenía que regresar a las 12 de la noche. A las tres de la mañana sigue de fiesta y empieza a tener miedo de que su papá la golpee Decide no regresar más a su casa, abandonar a su hija y regresa a México Trata de buscar a Francisco pero él no la acepta Después en el Distrito Federal vive de lavar carros, vivía en cuartos de hoteles también trabajó en una funeraria "vistiendo muertitos", trabajo que abandona porque se ponía a llorar con los deudos

Vive por Naucalpan, desesperada tiene un intento de suicidio por el cual es hospitalizada durante un mes Después de salir de Protección Social conoce a otro militar y se va a vivir con él.

Ronda por la Alameda Central siendo aquí donde rapta a una menor argumentando que la roba porque su mamá la maltrataba. Se lleva a la niña a la casa de una señora a quien le dice que es de ella y que la corrieron de su casa y que no la puede cuidar. La señora accede a cuidarla siendo Areidi los fines de semana a saludarla. Mientras tanto ella seguía viviendo con el militar que no sabía nada del secuestro. En ocasiones se dedicaba a la prostitución.

Posteriormente, Areidi decide regresar al lugar de los hechos a ver como sufre la mamá, quien la reconoce y es apresada. Areidi estaba nuevamente embarazada. Al ingresar al Tutelar tiene un ataque de asma severo, por lo cual es internada en el Hospital Adolfo López Mateos y debido a las altas temperaturas y convulsiones se muere el feto y le realizan un legrado.

Francisco al enterarse de la situación de Areidi, levantó un acta de abandono de hogar y abandono de infante, por lo cual Areidi no tiene la patria potestad de su hija y legalmente está divorciada.

Violencia: Areidi recuerda que cuando tenía 8 años su "papá" le dio una golpiza que la dejó una semana en cama, el motivo de la violencia fue el que ella había tomado dinero que no era suyo para comprarse dulces. Le rompió su vestido favorito. La segunda ocasión que la golpeó su hermano mayor la defendió y a ambos los corrieron de la casa.

Cuando ya se convirtió en consumidora de drogas, sus hermanos se burlaban de ella y la insultaban motivo por el cual ella trató de ahogar a su hermano menor.

Escuela: Menciona que le agradaba la escuela, que era buena alumna. Sin embargo, no tenía ni amigas ni amigos.

Familia Actual: No tiene.

Salud reproductiva. A los 8 años tuvo su menstruación. Su mamá la había informado. Su primera relación la tuvo a los 13 años. Ella sedujo a su primera pareja que era el primero de los militares con los que convivió.

Cuando tenía 11 años la violó su primo. Se lo mencionó a su mamá pero no le creyó hasta después de que éste violó a una vecina. Sin embargo, nadie ejerció acción penal contra el primo. El violador tenía 18 años. Después del evento dice haber tenido muchas pesadillas. La psicóloga del Tutelar le ha dicho que por esta experiencia lastima a las parejas que ha tenido para vengarse.

Fue mamá por primera vez a los 14 años, su hija nació por cesárea.

Vida en la institución: No tiene visitas, no tiene consejero, a su familia no le interesan sus problemas. Tiene una amiga que se llama Salomé, que es una custodia a quien quiere como una madre. Lloro porque la quieren enviar a un colectivo, no sabe cuando va a salir. Sus compañeras la molestan por el marcado acné que tiene en el rostro. A ella le gusta competir con ellas por el cuerpo. Habla de las relaciones sexuales entre sus compañeras. Todo un dormitorio es "puro manflorismo, el de las agresivas, rudas y lesbianas". En ocasiones se ha herido intencionalmente con unas tijeras, tiene 20 cicatrices en los antebrazos como manera de disminuir la ansiedad.

Sentido de la vida: No sabe cuál es el sentido de su vida, "quizás mejorar y recuperar a la familia".

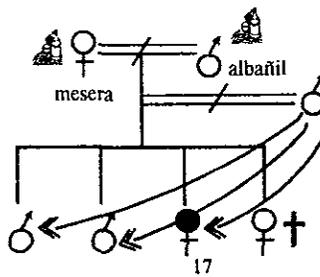
Psiquiátricos: Se fingía enferma con los militares para recibir atención. Al darse cuenta de lo que había hecho y de que no tenía familia intentó suicidarse. El intento lo realizó consumiendo epamin y cerveza. Despertó en el hospital de San Bartolo Naucalpan donde estuvo un mes internada. De este hospital trataron de localizar a la familia pero nadie se presentó por ella por lo cual fue enviada a Protección Social "Villa Estrella" donde permaneció 8 días. La dejaron salir el fin de semana y nunca más regresó.

Drogas que ha consumido: Alcohol desde los 14 años, cada quince días, cuando había diario dos o tres copas. Marihuana, cocaína pastillas y Rohypnol.

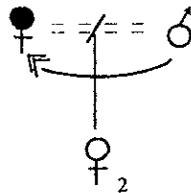
CENTRO DE ORIENTACION MUJERES

JAZMIN

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



**CENTRO DE TRATAMIENTO
CENTRO DE ORIENTACIÓN MUJERES
JAZMÍN**

5 Entrevistas

Jazmin tiene 17 años a la fecha de la entrevista Agosto 1995 Ingresó al Consejo Tutelar acusada de complicidad en el robo de una joyería en el Centro de la Ciudad de México.

Familia: Nació en el Estado de México, hija de una mujer que en la actualidad tiene 50 años, originaria de Oaxaca Jazmín tiene dos hermanos mayores y tres hermanos menores. Los menores son hijos de la segunda pareja de su mamá Es la única mujer entre sus hermanos.

Su mamá ha subsistido lavando ropa ajena, vendiendo retacería de telas en los mercados y trabajando de mesera. Este último trabajo lo abandonó porque entraba a las 5 de la mañana y llegaba a su casa a la 12 p m. y varias veces la asaltaron La madre se casó a los 16 años, porque estaba embarazada y tuvo que migrar a la Ciudad de México debido a que los padres decidieron que era "la vergüenza de la familia", le retiraron el apoyo familiar, motivo por el cual Jazmín no conoce a tíos, ni primos, etc En la actualidad la mamá tiene cáncer estomacal, esta desahuciada y el único medicamento que toma, es la víbora de cascabel molida.

Su padre abandonó a su mamá cuando ella tenía cuatro años. Lo describe como mujeriego, alcohólico, le pegaba a la mamá y no les importaba. Su oficio era de albañil

Los lugares donde vivió con su mamá fueron Ciudad Netzahualcoyotl, en la colonia las Maravillas y en Pantitlán

Dice que se cambiaban constantemente de casa porque molestaban y hostigaban a su mamá Ella piensa porque era joven y bonita. La mamá por periodos prolongados se llegaba a emborrachar y ella la tenía que meter del patio de la vecindad a su casa.

Después de que el papá los abandona, la mamá conoce a un hombre 10 años mas joven que ella del cual se enamora y se deciden a vivir juntos De esta pareja tiene tres hijos. La relación con el padrastro era negativa Golpeaba a la madre, a sus hermanos y a ella. Un día el hermano mayor se decide a enfrentarlo y cesa la hostilidad Posteriormente, el padrastro abandona a la mamá por otra mujer Ella crece bajo el cuidado del hermano mayor, quien les cocinaba y orientaba

Los hermanos cuando vivieron en México, trabajaron como albañiles como su papá. En 1994 se decidieron emigrar a Guadalajara y Monterrey con planes para radicar en los Estados Unidos

Escuela: En relación a su vida escolar relata que no le gustaba ir, se iba de pinta con frecuencia a jugar con las "maquinitas y echar cotorreo" Inició la primaria a los seis años, pero solo llegó hasta el segundo año. Asistía a una escuela mixta, vespertina con horario de la 1 a las 6 de la tarde.

A su mamá le mentía con frecuencia, pero recuerda en especial que un día le gritó y la madre en respuesta la abofeteó. Dice que la madre esperaba grandes cosas de ella

A los 9 años empieza a salirse de su casa por varias horas y en ocasiones casi en todo el día. Cuando tenía 12 ya no vivía permanentemente en su casa

Tenía una amiga un año menor que ella, "Angelina" quien trabajaba en una farmacia en el Centro. La acompañaba al trabajo y le gustaba conocer gente nueva

Dice haberse salido del hogar por el aburrimiento y por la violencia doméstica.

También influyó en forma importante la muerte de una hermanita. La mamá la dejaba al cuidado de la hermana. Un día la mamá salió a trabajar, hubo una tormenta y la fuerza del viento alzó el techo de su casa y les cayó encima una gran cantidad de tierra y lodo. Según lo comenta Jazmín, a su hermanita "se le metió harta tierra a la nariz". Fue a dar al hospital y murió en unas horas

En el centro conoce a una "banda" y decide quedarse a vivir con ellos, se mueven por el Metro Sevilla. Dice que eran alrededor de 60 niños y niñas. Le agrada estar con ellos por la amistad y el cotorreo. Le desagradaba que se pelearan por la droga. Sus diversiones eran robar y vender, ir al cine, comprar comida o zapatos y tenía más amigos varones que mujeres. Recuerda en especial a su amigo el "maromerito" quien estaba juntando dinero para sacarla del Tutelar. Desafortunadamente murió ahogado porque se metió a nadar en una tina de un baldío sobre la cual cayeron unos colchones que no pudieron mover a tiempo sus compañeros

Vida en la calle

En la calle vivió en baldíos y en casas abandonadas. Si necesitaba bañarse alquilaban entre varios el cuarto de un hotel o en baños públicos.

Robaban para comer y sus lugares preferidos eran una joyería puesto que las cosas robadas se las compraban los policías y una pollería que tenía vales pues con ellos se compraba cosas en la "comercial".

Los robos siempre eran planeados y su horario predilecto la madrugada. Como participaban en grupo en los robos las ganancias se repartían en parte iguales para hombres y mujeres, sin embargo en ocasiones se robaban entre ellos. Algunas veces las mujeres de la banda robaban en la mañana en tiendas de autoservicios para comprarse ropa, discos y shampoos. Lo más que robó fueron cuatro mil pesos. No utilizaba armas, solo piedras.

Cuando no podían obtener nada, trabajaba en un mercado, lavando micros, lavando trastes, limpiando mesas y en ventas.

En una ocasión la llevaron a la Delegación por estarse peleando a golpes, ahí conoció a Chinchachoma quien se la lleva a vivir a sus Hogares Providencia. Dice que mucha gente habla mal de él pero que ella lo quiere, porque le daba 10 pesos el fin de semana para que se los gastase en lo que ella quería. En ese hogar tenía alimentación y escuela, pero era "un desmadre" y los chicos se drogaban dentro del hogar. Abandona el hogar.

Salud reproductiva: A los 13 años inicia el noviazgo con Francisco quien tiene actualmente 17 años y también se encuentra en el Tutelar de Varones. Francisco trabajaba como chofer de una micro. Al principio le pedía la "respetara". Con él inicia Jazmin su vida sexual, después de ir a un concierto del "Tri" en el Metro Balderas. Dice que la madre le dió información para cuidarse pero, como su pareja quería tener un niño no se cuidaba, además sabía que "si tomaba droga y anticonceptivos se iba a cruzar". La primera relación la tuvieron en un cuarto que alquilaron con otra pareja y entre los cuatro pagaron el costo. Se tomó dos tecates "para darme valor". Ella cree que no sabían ni lo que hacían porque después no podía caminar "Me dolía mi parte interior". Pensó que "me había bajado mi regla". Saliendo del hotel, él la cargó y la llevó con una enfermera que era su amiga y los regañaron.

Posteriormente Francisco empieza a tener relaciones con los gays, siendo su lugar predilecto para "alquilarse" el Ángel de la Independencia. Le pagaban \$150 00 por estar con ellos. Una ocasión regresó lastimado pues le dolían los testículos por haber penetrado a más de 3

Jazmín se embarazó y su pareja se volvió violento con ella. Le pegó dos o tres veces por celos, le daba patadas y cachetadas. Por ese motivo, decide regresarse a su casa para que transcurra el embarazo. La mamá la acepta, pero el hermano mayor la golpeó porque lo tenía "harto", con la hebilla de un cinturón. Subió de peso, dejó de consumir drogas pero consumía más alcohol. En el hospital que la atendieron nadie le preguntó si consumía drogas o alcohol y ella tampoco lo dijo. Nació su hija Brenda que en la actualidad tiene 2 años y medio. Le hicieron una cesárea porque "tenía muy pequeña mi parte". Tuvo miedo de que su drogadicción tuviera consecuencias en su hija. Cuando Francisco supo que fue niña su hija se enojó y la golpeó.

Después del nacimiento de su hija empezó a salirse de nueva cuenta a la calle. Planearon un robo de una joyería y ella solo estaba "Echando un 18" (vigilando), pero llegó una patrulla y se echó a correr, la alcanzaron dentro del Metro. A Francisco lo mandaron al Consejo para Varones y a ella para el de Mujeres. En esa época Brenda tenía 3 meses.

La suegra se hizo cargo de Brenda, la iba a visitar, pero después decidió quitarle a su hija. Entonces ella le pidió a su consejero demandara la custodia de su hija. Ganó el pleito y Brenda vive con ella desde hace un año dentro del Tutelar.

Vida en la Institución: Dentro del Tutelar la han capacitado para corte y confección, economía doméstica y tejido. Las voluntarias de Gobernación les dan clases de computación por temporadas. Tiene primaria abierta y está terminado el 6 grado.

No le agrada la idea de salir del Tutelar en donde lleva dos años viviendo. Ahí tiene una cama para ella, un baño, un cepillo de dientes, una doctora para Brenda, juguetes y no tiene problemas de dinero. La directora del Centro manda dos veces a la semana a Brenda a una guardería fuera de la Institución pues pasa por los pasillos diciendo groserías.

Sentido de la vida: Sus planes son, si llega a salir meter a Brenda a una guardería y trabajar. Un hermano de ella le ha ofrecido irse a Texas juntos. Sabe que su madre va a morir y que probablemente sus hermanos y ella tengan que hacerse cargo de sus hermanos menores. No sabe que sentido tiene su vida, pero sabe que le da miedo regresar a los cuates y la droga.

Psiquiátricos: En relación a los aspectos de ansiedad, depresión y trastornos en la alimentación, afirmó estar permanentemente triste, pero nunca ha tenido ideación suicida y llegó a perder hasta 10 kilos por causa de la droga.

En Septiembre, en la última ocasión que entrevisté a Jazmín podía salir los fines de semana con su hija.

Drogas

A los 12 años empieza a consumir el cemento, posteriormente el activo y el Thinner, las gotas (refractil ofteno), después el cigarro, la cocaína y la mariguana. La secuencia que ella marca es: thinner, cemento 5 000, FZ 10, chochos, mariguana, el activo, las reynas, las gotas, los chochos y luego la cocaína.

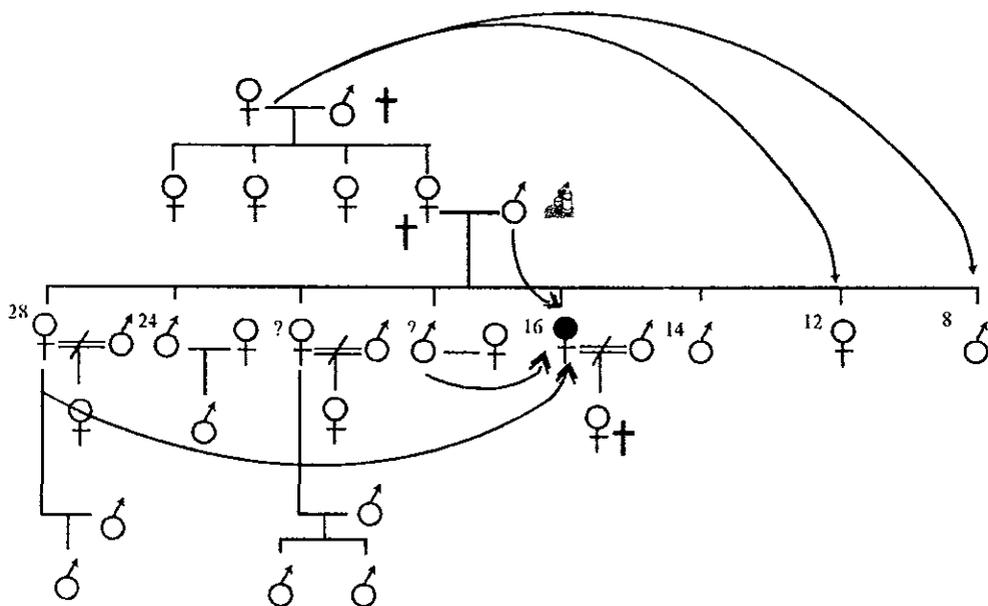
En relación a las dosis usadas mencionó que las gotas eran "a lo puro menso", el cemento era $\frac{1}{4}$ de bolsa diario, el thinner no le agradaba y lo usaba cuando no había más, el activo diario, las pastas cada 15 días, la mariguana lo que hubiera. Dice que una vela de mariguana le costaba \$35 de la cual obtenía 8 cigarros. La cocaína le costaba \$ 150 la grapa.

Tiene un tatuaje en el brazo izquierdo y es un corazoncito. Dice que aceptó ponérselo porque se sentía orgullosa y valiosa con él.

Sobre los efectos de las drogas dice que le nublaban la vista, le daban dolores de cabeza, calentura, bajó más de 10 kilos y tres veces la recogieron las ambulancias que mandaron llamar sus compañeros por verla en mal estado.

CENTRO DE ORIENTACION MUJERES MAYRA

FAMILIA DE ORIGEN



CENTRO DE TRATAMIENTO CENTRO DE ORIENTACIÓN MUJERES

MAYRA

5 entrevistas

Mayra tiene 16 años a la fecha de la primera entrevista en Julio de 1995, ingresó al Consejo Tutelar por venta de drogas Tiene dos años y medio de vivir en el Consejo.

Familia: Mayra nació en el estado de Chiapas en el municipio de Motozintla Menciona que su mamá la abrazaba y la acariciaba, “le daba sus besos”, de su papá menciona que “de vez en cuando, así como que, bueno bueno él así como que estaba parado y de repente llegábamos y lo abrazábamos, así como que, nada más nos ponía la mano encima ¿no? pero . a veces . también él, él nos abrazaba”

La mamá de Mayra falleció cuando ella tenía aproximadamente 9 años. Proviene de una familia de ocho hermanos:

* **María Luisa-** tiene 28 años, pertenece a los mormones, le pegaba mucho a Mayra. De su primer matrimonio tuvo una hija, se divorció. Mayra no sabe si se volvió a casar pero tiene otro niño Estudió en Tapachula, al parecer es secretaria

* **Humberto,** tiene 24 años, está casado y tiene un hijo, no hubo mucha comunicación entre ellos

* **Norma,** Mayra tenía una buena relación con ella. Se casó y tuvo una hija, después se divorció y la hija se fue a vivir con su papá. Posteriormente vivió con otra pareja. Después se volvió a casar con un guatemalteco y tienen dos hijos, viven en la casa del papá de Mayra.

* **José** se llevaban bien pero él le pegaba, está casado

*MAYRA

* **Juan** tiene 14 años, vive en Tapachula

* **Giovana,** tiene 12 años, vive con la abuela

* **Cruz** tiene ocho años, casi no lo conoció.

Algunos de los hermanos se dedican a cultivar café, las mujeres al hogar Es importante en el relato de Mayra destacar las diferencias de opinión que tenían los distintos miembros de la familia en parte explicado por las diferentes religiones: Padre Testigo de Jehová, hermana mayor Mormona, abuela católica, madre católica, amigos pentecosteses, etc.

Su mamá no trabajaba “pus con ocho niños, suficiente trabajo tenía”. Antes de ir a la escuela dice que ya sabía leer “ porque antes, mi papá este . así como que iba mucho a la iglesia Testigos de Jehová y tenía así un cuaderno un... un... libro así, así que venía todo todo .. lo de la Biblia, pero este con dibujos...”

Hablando sobre su hogar relata que estaba cerca de un río, que en varias ocasiones se desbordó y se llevaba colonias enteras. Cocinaban con leña que ella y sus hermanas recogían del campo. El agua estaba disponible porque vivían al lado de un río. El río también era fuente de diversión, pues les agradaba nadar todas las tardes y comían cangrejos que de ahí pescaban. Cuando era tiempo de cosecha del café lo cortaban, lo secaban, despulpaban y molían. Tenían sembrado chiles calabazas, jitomates plátanos y hierba santa. Comían con tortillas y a veces caldo de res o de gallina. Siempre frijoles.

A los 8 días de que falleció su madre, Mayra se va a vivir con una prima en Motozintla. La mayor de sus hermanas desde que tenía 10 años se había ido a estudiar a Tapachula. Su hermano Beto también había abandonado el hogar para buscar trabajo.

Mayra abandona la escuela pues ni ella ni su familia le encuentran sentido el seguir asistiendo. Hasta ese momento solo había cursado el segundo año de primaria y no le agradaba asistir. Después de cuatro meses Mayra regresa con su familia, ella comenta: “yo quería estar con mi verdadera familia y ¿no? y me regresé”. Estuvo ahí dos meses, después una de sus tías la invitó a irse a la Sierra, a Siltepec y se fue con ella por dos meses. En este lugar trabaja como sirvienta con una familia de Pentecosteses. Un día la visita su hermana María Luisa y la convence de regresar a Tapachula. Sin embargo, la hermana la golpeaba mucho, Mayra se decide abandonar el hogar. Y ambas, Mayra y María Luisa juegan una serie de encuentros y desencuentros, siempre motivados estos últimos por la violencia, que ocasionan que en dos años Mayra haya cambiado su lugar de residencia 14 veces, siempre en lugares y Municipios de Chiapas.

Después de estar de un lado a otro la solución que encuentra Mayra para evitar problemas fue salirse a la calle y ahí conoce amigos.

Migración: Mayra en su andar por las calles de Tapachula, hace amistad con cuatro Centroamericanos, uno del Salvador, dos de Honduras y otro de Nicaragua y deciden irse a la ciudad de México. En este momento Mayra tiene once años. No tenía dinero para viajar puesto

enfermedades de transmisión sexual y cuando estuvo en un albergue se percató que una de sus compañeras tenía SIDA:

Alcohol y Drogas:

En la familia de Mayra el papá acostumbraba a consumir alcohol de caña o alcohol puro, casi siempre bebía hasta embriagarse y generalmente se volvía muy violento al estar intoxicado. Era frecuente que golpear a la mamá en estas ocasiones. Su mamá nunca consumió alcohol pero sí fumaba. Mayra desconoce si sus hermanos beben o consumen drogas. Cuando vivía en Chiapas algunas veces fumó cigarrillos, pero en realidad su consumo empieza en la Ciudad de México.

La primera vez que llega a México, en una fiesta con sus primas y los novios de ellas fueron de las primeras veces que tomó alcohol, tomaron añejo de Bacardi.

Cuando se va a vivir a “La casa de Todos” observa que todos estaban “moneando”, es decir, inhalando thinner impregnado en un pedazo de algodón industrial, pero ella no conocía la droga. Después se va a vivir a Hogares Providencia (ONG), con el padre “Chinchachoma” y vuelve a ver como se drogan otros niños y niñas pero ella todavía no consumía.

Edad de inicio: A los 13 años probó por primera vez la droga, la cual fue el activo “lo más bajo” En Garibaldi ella ya se compraba sus cigarrillos Marlboro.

Drogas utilizadas: Después del activo probó como tres o cuatro veces el Chemo “pero no era su fuerte”. Probó cocaína, si le agrada porque no le da sueño, no le da hambre y cuando anda cotorreando aguanta todo, pero tampoco fue su gusto porque es cara: “¡imagínese! me hago adicta y luego para conseguir dinero”. Marihuana “me hice adicta a la marihuana y dejé todo” (ya no consumía las otras drogas). Gotas aplicadas en la nariz (Refractil Ofteno, componente activo ciclopentolato) una sola vez no sintió nada; Cerveza, Roches (Rohypnol-Flunitracepam) “era mi fuerte” y PVC.

Alucinaciones: La primera vez que inhaló activo no alucinó porque “pues no estaba acostumbrado mi cuerpo y todo ese tipo de cosas, así como que no me hizo”. Con el tiempo sí alucinaba que veía alacranes y utilizando el chemo al salir a la calle sentía que el cielo se le caía encima.

Vías: Cocaína inhalada con una con billetes enrollados, como en forma de popote, o con papelitos, los hacían en forma de cuchara

Dosis: Marihuana: "en la mañanita me levantaba y me fumaba mucho, bueno no, no un cigarro entero, luego desayunaba al medio día le ponía otra vez, cuando comía se me bajaba, y en la tarde y en la noche le ponía otra vez"

Robos: Al empezar su actividad en las drogas, la necesidad de conseguir más dinero la lleva a robar utilizando para amedrentar a sus víctimas una navaja. Elegía asaltar a las personas que caminaban solas y se burlaba de ellas si se espantaban y corrían gritando. Robaba afuera de los cines y en Garibaldi por las noches y en los mercados en el día. Nunca robaba estando sola, generalmente por parejas.

Violencia: En la vida de Mayra la violencia (física, emocional y sexual) ha sido determinante en su condición y situación de niña de calle. Aún antes de emigrar a la ciudad de México Mayra recuerda

"Mi mamá me golpeaba, pero ella lo hacía cuando yo tenía la culpa... y no me golpeaba acá diario ¿no? como lo hacía mi papá. Ese fue siempre mi problema, mi casa porque no me gustaba que me golpearan y yo me salía y pues si me salía, mi papá ya tenía una excusa para golpearme, no?. Casi siempre eran por las salidas . siempre me iba a dormir con mi abuela y con la tía .. Creo que yo era la elegida entre mis hermanos porque muchos tenían ese problema pero no les iba igual. Pues si a cada rato te andan pegando, así como que el respeto hacia la familia pus ya me di cuenta que ¡No!"

"Mi papa acostumbraba cortar un chicote y me pegaba.. en la espalda... y pues nosotros nos arriconábamos y pues nos pegaba en donde quiera"

Al morir la madre , una temporada Mayra se va a vivir con la hermana que ejerce un gran abuso físico y emocional sobre ella

" También me pegaba o sea, yo no entiendo, ¿por qué? si yo estaba bien y a veces le iba mal en su trabajo se desquitaba con nosotros, con su hija y conmigo. Una vez me empezó a dar con el cable, una extensión que era doble y me empieza a pegar, a pegar muchísimo y ya me dejó porque se cansó. Hasta estaba Manuel (amigo) y le dice -Ya

déjala, déjala- pero ni caso hizo y así como que terminé toda arrinconada y ya que volteo a verla que se le empiezan a salir las lágrimas. Me dice -Perdóname Mayra- y esto y no hice nada, le menté la madre y me sali corriendo, me fui Me pegó en la espalda . . de todos lados me pegó y tenía así todo rojo, nunca me quedaron marcas pero en ese momento si me quedó. hinchada todo A veces me pegaba con el cable de la plancha o no sé algo o con su chancla o su cinturón".

En la calle fue agredida físicamente por policías y por sus compañeros de banda:

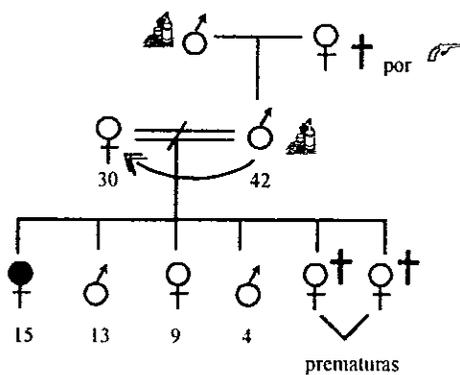
La violencia por los policías fue tal que la hicieron abortar.

Sentido de la vida: Al finalizar las entrevistas Mayra podía entrar y salir de las instalaciones del Tutelar los fines de semana. Espera poder entrar al ejército y ser piloto militar

CENTRO DE ORIENTACION MUJERES

SARAHÍ

FAMILIA DE ORIGEN



CENTRO DE TRATAMIENTO CENTRO DE ORIENTACIÓN MUJERES

SARAHÍ

Tiene 15 años en el momento de la entrevista. Ingreso al Consejo Tutelar de Menores Infractores de Morelia por robo en casa habitación (robó dinero, una televisión y joyas) y fue referida al Consejo Tutelar de México para ser evaluada en psicología. Nació en Morelia Michoacán.

Familia: Proviene de una familia nuclear formada por el papá que es carnicero y albañil, la mamá analfabeta, que se dedica a las labores domésticas, y sus hermanos. Sarahí es la mayor de su familia. La relación entre sus padres siempre fue difícil. Estuvieron separados durante un año y medio. En esa época enviaban a Sarahí unos días con su padrino, otros con su mamá, otros con la comadre. Recuerda que su padre golpeaba a la madre por los problemas que presentaban los hijos como el hecho de que se cayeran, no comieran, etc.

Para ayudar a la precaria economía familiar, la mamá lavaba platos en una fonda.

El padre tomaba alcohol de caña. Recuerda que su mamá en una ocasión se emborrachó y ella la tuvo que atender. Después de esta experiencia, su hermano y ella le escondían las botellas para que no se emborrachara.

A los 7 años empieza a salirse de su casa y a pasar algunas noches fuera de ella. Menciona que su padre y su mamá, peleaban por su culpa. Se salía por el aburrimiento que vivía en la casa, solo veía la televisión. En la calle aprendió a convivir con niñas y niños de su edad, a asaltar, a drogarse todo el día, a "andar de vagos" y a golpear niños.

La familia vivía en una vecindad. Las casas de la vecindad tenían el techo de lámina y los muebles que tenían en su interior eran una estufa de gas, dos camas, una televisión y una mesa con seis sillas. Vivían alrededor de 10 familias.

Cuando los padres se separaron, Sarahí se quedó viviendo con el padre, quien para poderla "cuidar" la mantenía encerrada en la casa. En una ocasión una vecina junto basura junto a un árbol y la quemó, el árbol se incendió y las ramas cayeron sobre los techos de las viviendas. Se quemaron cuatro habitaciones. El papá y Sarahí se quedaron sin nada. El dueño de las viviendas los culpó por el siniestro y los corrió. Un hermano del papá se enteró y les regaló una cama. Consiguieron otra vecindad y acudieron a la estación de radio para que les donaran los muebles.

que actualmente tienen y la ropa. Después de esta experiencia, la mamá de Sarahí decide regresar a su casa

La familia contaba con poco apoyo familiar pues exceptuando uno, todos los hermanos del papá, migraron a los Estados Unidos en busca de trabajo. El padrino de Sarahí, quien es panadero, en ocasiones los ayudaba a resolver los problemas económicos. A pesar de que Sarahí dice haber estado bien alimentada, recuerda que en varias ocasiones la mamá se quedaba sin comer para que comieran el resto de la familia.

Sarahí dice no haber sido víctima de abuso sexual o de abuso físico.

Escuela: Asistía a una escuela de gobierno llamada la Michoacana, mixta. Ingresó a los ocho años de edad porque sus papás no encontraban el acta de nacimiento. Cursó hasta el sexto año de primaria, se califica como una alumna regular. No tiene el certificado de la primaria porque empezó a salirse de pinta con los amigos. Se iba a la central camionera que quedaba a unas cuantas cuadras de su casa. Le agradaba el "relajo" que compartía. Asistía a la escuela pero a la hora del recreo se salía y sus compañeras le aventaban la mochila hacia afuera. Cuando sus padres se dieron cuenta que se salía decidieron no enviarla más. Había poca supervisión, pues nadie sabía si llegaba no, si cumplía con las tareas o no. Los castigos que le ponían por faltar a la escuela era que realizara el quehacer del hogar.

Después de dejar la escuela, Sarahí entró a trabajar a una vidriería donde realizaba labores de limpieza y recibía como sueldo \$20.00 diarios. Con el dinero que Sarahí ganaba en la vidriería, tuvo mayor posibilidad de comprar drogas. En su casa lo llegaron a notar porque "me ponía histérica, les gritaba o les contestaba". Le agradaba vestirse como hombre en la calle, toda de negro, con el pelo amarrado. Empezó a robar a los 11 años. Dice que le era más sencillo correr y escaparse cuando robaba. Robaba a cualquier hora del día, ropa en los centros comerciales durante el día y en la noche después de las doce robaba estéreos y llantas. Lo que ella robaba junto con sus compañeros, lo revendían en Lázaro Cárdenas. En una ocasión utilizó una pistola calibre 22 para amenazar a una muchacha. Considera que es lo mismo robar para hombres y para mujeres. En algunas ocasiones se drogaba antes de robar.

Con frecuencia realizaba viajes con sus compañeros de calle. Dice haber estado en Puebla, Cuautla, Sacapul, Zaguayo y Uruapan. El viaje más lejano lo realizó a Manzanillo a donde fue

con dos niños de 7 años. Se robaron un queso en un mercado para poder comer y luego fueron a la playa. Estando ahí, unas personas del DIF los detuvieron y los enviaron de regreso a Morelia.

Llegó al Consejo Tutelar de Morelia por robo en casa habitación. Este robo no lo planeó, dice que simplemente pasó por la casa, observó que la luz estaba apagada, pensó que no había nadie dentro de ella y se metió a robar. El dueño de la casa la encontró, ella se justificó ante él diciéndole que necesitaba ropa sin angustiarse ni violentarse. El señor la regañó y la denunció sin que ella pusiera resistencia.

Antes de que llegara por este delito a la institución, había acudido voluntariamente a internarse. Se quedó dos meses y posteriormente le dijeron que se fuera.

Familia Actual: Sarahí no ha formado otra familia.

Salud reproductiva: Su menstruación fue recibida con desagrado. Su mamá le había dado información al respecto, pero ella creía que algo podría hacer para que a ella no le pasara. Su primera relación sexual la tuvo a los 14 años. Conocía de métodos anticonceptivos, su pareja utilizó un condón. No le agradó su primera vez porque "me dolió", después dijo tener miedo de tener otras parejas.

Vida en la institución: Dentro de la institución toma clases de computación, economía doméstica, teatro, danza, baile regional, jazz y cultura de belleza. Sus padres no la visitan porque no tienen dinero para trasladarse y la mamá no sabe cómo marcar en un teléfono. Cuando habla con ella la directora la comunica directamente.

Con frecuencia es castigada dentro de la institución a través de tareas como lavar el pasillo, regar el jardín. Considera que están mal los castigos porque cuando ella llegó "no era agresiva" pero como las custodias la presionan para que hagan todo "corriendo, aprisa", les gritan y las provocan para que se enojen.

Cuando reportan a las custodias con la directora ella les contesta que "por algo será". Entre sus compañeras se pelean a cachetadas, patadas y golpes y las custodias tienen que separarlas.

Religión: Sus padres son católicos. La llevaban a misa cada ocho días. Dentro de la institución dice que asisten los "aléluyas" quienes les hablan de dios, cantan y bailan con ellas. A Sarahí le desagrada su presencia.

Sentido de la vida Ninguno

Psiquiátricos: No comprendió las preguntas .

Drogas que ha consumido: Lo primero que probó fue el Resistol, se sintió mareada y le dieron ganas de vomitar, posteriormente le agradó Consumía "gotas", marihuana, Resistol, cocaína, "pastillas verdes o blancas" (las utilizaba para no dormir) y entre los solventes el chemo y el activo El activo le costaba \$2 00 la botellita, las pastillas tres pesos cada una, un cigarro de marihuana \$5.00. La cocaína por ser más cara la consumía inhalada casa 15 días. No consumía drogas intravenosas porque "tenía miedo de quedarme tiesa".

Empezó el consumo a los 13 años Una amiga que se dedicaba a vender fruta afuera de la central camionera, se la dio por primera vez. Llegó a vender marihuana a sus amigos y le daban en dinero la mitad de lo que ella lograba vender. Nunca se le ocurrió pedir tratamiento por el consumo de drogas, sin embargo una amiga de la mamá a quien llamaba su tía, le encontró tirada en la calle y la llevó al Hospital Infantil en donde fue atendida en el servicio de urgencias por una intoxicación aguda con alcohol y las "pastillas verdes"

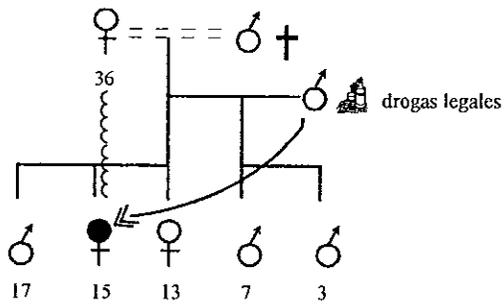
Tiene varios tatuajes. En las manos tiene varias iniciales. En el hombro tiene grabado su nombre

Observación: Sarahí en algunas entrevistas tuvo dificultad para comprender las preguntas, se distraía fácilmente . No hubo contradicciones en su relato, pero era reiterativa queriendo hablar todo el tiempo sobre el trato dentro del Consejo. La Directora menciona que fue referida del Tutelar de Morelia al de México, pues sospechaban de un leve retraso mental, el cual fue descartado A la fecha de la última entrevista, el Consejo formado por la psicóloga, la directora, la médica, la trabajadora social, no había podido aclarar la situación de Sarahí

CENTRO DE ORIENTACION MUJERES

WILLY

FAMILIA DE ORIGEN



CENTRO DE TRATAMIENTO CENTRO DE ORIENTACIÓN MUJERES

WILLY

Willy tiene 15 años al momento de la entrevista. Ingresó al Tutelar de Menores Infractoras por asalto a mano armada en un microbús y lesiones. Los cargos, daños a la salud, daños a la moral y daños en propiedad ajena

Familia: Willy nació en la Ciudad de México, su familia vivía en la Colonia Vista Hermosa en la Delegación Gustavo A. Madero. Antes de entrar al tutelar trabajaba como operadora de un microcuyas rutas eran Gabriel Hernández, Nueva Atzacolco, la Esmeralda, Pino Suárez y al Metro Carrera

La mamá de Willy de 36 años ha tenido dos parejas. Ella es hija de la primera de sus parejas. Vivía en unión libre. Willy recuerda que la relación de sus padres era armoniosa, que no tenía carencias económicas. Sin embargo, cuando ella era pequeña su padre falleció. Ella ignora la causa de su muerte. De esta parte de su vida solo recuerda que tenía muchos juguetes, que le agradaba jugar con el "He-Man" y a las canicas. Al verse su mamá desprotegida económicamente decide regresar a la casa familiar donde la abuela "Pone a los niños a trabajar"

La madre de Willy se dedicaba a vender sopes en la calle y a trabajar en una pollería. Mientras la madre estaba en el trabajo la cuidaba una tía a la que quería mucho, pero que murió a causa de un infarto. El abuelo es taxista y la abuela vende quesadillas. En el hogar familiar vivían los abuelos, la mamá de Willy y sus dos hermanos, la pareja de su tía Elena y sus dos hijos, otros tíos con sus dos hijas y otra pareja con un hijo. En total quince personas viviendo en una vecindad del centro, en la que comparten lugares comunes como el comedor y el baño. En este lugar se percató la familia que padecía de sonambulismo, se vestía y se salía a la calle.

Willy se describe como una niña berrinchuda, que pateaba y gritaba para evitar los golpes de la mamá y para que entrara en su defensa la abuela. La mamá solía pegarle con un cinturón y una chancla en las "pompis" y los pies. En ocasiones también la castigaba con un fuste.

Willy vive en esa situación hasta que su mamá decide casarse.

Ella iba en quinto de primaria y recuerda que la expulsaron por faltas en la escuela y porque se salía por las ventanas. Asistía a una escuela vespertina de 2 a 6 de la tarde. Menciona que en la escuela era "manchadita", pasaba de panzazos y no sabía ni amarrarse las agujetas.

La mamá decide casarse por la iglesia en Guadalajara y en la casa de la suegra organizan una gran fiesta. A Willy la visten con un vestido rosa y le hacen caireles en el pelo, que a ella le agradan.

La nueva familia compartía la casa con los cuñados. A Willy le gustaba comer con uno de sus nuevos tíos pues con él escuchaba música del "Tri", de "Baja California". Este tío le enseña a fumar. El tío es consumidor de marihuana, activo y chemo y en ocasiones se droga dentro de la casa.

Un día que Willy y su tío escuchaban música y jugaban a "echar bolita", la hermana menor la sorprende encima del tío y la acusa de tener relaciones. Ella dice que solo jugaban. En ese entonces Willy tenía 11 años. La madre la golpea con un fuste hasta romperlo en la espalda. La abofetea y le rompe el labio. El tío la defiende y la madre, ante esta situación disculpa al tío. Sin embargo le pide a Willy que le pida perdón hincada.

Vida de calle Estando en Guadalajara Willy abandona su casa, tenía 11 años. Entre las razones que la orillaron a tomar la decisión fue la presión que sentía en la familia, pues su padrastro, que tiene 45 años, y los hermanos de éste se drogaban. El padrastro no daba dinero, no le importaba si comían o no. Su madre estaba embarazada y se desesperaba de no poderla ayudar. Le desagradaban los golpes que le daba la mamá y finalmente el intento de violación del padrastro.

"Mi papá estaba dormido, bueno según él, yo me senté y me puse a ver la tele me acuerdo que esteque yo este .estaba así y me llamó ahora si que yo no . yo cuando era chiquita no andaba tan perdida . ya sabía que onda y me acuerdo que nomás este me empezó a agarrar y ya no... me empezó a abrazar y besar el cuello . siento la diferencia del cariño....quiere agarrarme así.. por lujuria. Me eché a correr y no le dije nada a nadie. En otra ocasión me quería volver a tocar y le dije " Sabes que, la neta tuu me vuelves a agarrar o te vuelves a acercar y yo le digo a uno de mis tíos". ...pero él me decía " No, pues a ver, pues vamos a ver a quién le creen".

Antes de salir a la calle, ya había probado por primera vez la mariguana. Le gustaba fumarla pues con ella se le olvidaban las personas y los problemas. En varias ocasiones presencié escenas de violencia doméstica entre sus tíos que eran "cementeros". Varias veces fueron a dar a los servicios de urgencias del hospital.

De Guadalajara se va a vivir con una conocida al Estado de México, posteriormente llega a México al Centro de la Ciudad. Se quedaba en la calle, en la banqueta, si llovía en los puentes y en los cerros ó "me hacían el paro mis cuates prestándome su puerta".

Violencia: Nunca le gustó expresar sus emociones. Le gustaba parecer y ser agresiva. Le agradaba pelearse con sus amigos "como cangrejos, pelee y pelee". En la calle la apodaban la Guerra. Sentía predilección por los amigos varones, porque pueden pelearse a golpes sin llorar, las mujeres no se llevan pesado, no se aguantan. Solía utilizar navajas, pistolas calibres 45, manoplas y cadenas. Sus prioridades estando en la calle eran: vestirse y comer bien, tener dinero para la mota, el alcohol, los cigarros, el activo, el chemo y la coca.

Por tristeza consumía la droga que tuviera al alcance diario, no comía. En ocasiones dormía en los camiones. En la calle dos o tres veces quisieron violarla al estar drogada, por ello se vestía como hombre.

Vestimenta al estar en la calle: lentes oscuros, pelo rapado y amarrado con un pañuelo y gorra. Playera sobre playera. Sudadera tenis de hombres y pulseras tejidas.

De sus amigos dice haber recibido apoyo, confianza y cariño. Sin embargo, varios de ellos murieron por balazos, sobredosis, inyecciones de heroína o coca. Sus amigos son "sus valedores". Compartían los robos, las drogas, el "despapaye", el buscar pleitos y "el fregar al prójimo". En 10 ocasiones llegó a la Delegación pero nunca pensó que pudiese llegar al Tutelar. Sus lugares predilectos de robo eran: afuera de los bancos, en las fábricas, en las boutiques en los supermercados. La motivación para los robos: el dinero y "el cotorreo". Sus víctimas las elegía preferentemente varones para que hubiera riñas, las mujeres le desagradaban por "borregas" (delatoras) y por gritonas. De esa época se define como una "ratera estúpida". Robaba en la noche en las calles de Fray Servando y Sullivan.

Al preguntársele sobre las diferencias entre los hombres y las mujeres menciona:

"A la mujer siempre la toman como prostituta, muy indefensa... el hombre se sabe defender solito .. al hombre quizás lo marquen. . pero con la mujer siempre se quieren agasajar, siempre la quieren violar"

Algunas ocasiones la mamá trató de regresarla al hogar pero siempre la encontraba drogada o tomada. Estando en la calle conoció a su pareja hasta antes de ingresar al Tutelar "Donovan" El tiene 21 años, ha entrado tres veces al reclusorio y lo conoce en una fiesta en la que celebran su tercera salida del reclusorio Ella tenía 14 años cuando lo conoce. Para salir con ella le pide que se vista como mujer. La esposa del "popeye" le arregla, le decolora el pelo con agua oxigenada, le presta un vestido de licra, medias negras y zapatillas. La lleva a bailar al "TropiQ". En el taxi en el que se dirigieron posteriormente al hotel iban consumiendo "Azteca de Oro" y marihuana Llegan al hotel y el pone una película pornográfica. Recuerda que la película mostraba mujeres haciéndose el amor. El le dice que cuando está así de tomado "se le voltea el deseo". Sin embargo, ella accede a tener relaciones por primera vez porque le promete que si queda embarazada, "le hace el paro" (cuida de ella y el hijo).

Sexualidad Antes de llegar al Tutelar no tenía mucha información en relación a la sexualidad Menstruó a los 11 años y recuerda que se enojó muchísimo pues pensó que era el resultado de los golpes de una pelea, hasta que la esposa del "gasero" le explica de que se trata. Sintió "coraje . por que a mí. yo no quiero ." Dice odiar su menstruación porque le dan dolores. El haber menstruado le complico su vida en la calle, tenía que entrar a baños públicos a asearse y le cobraban cada toalla femenina en tres pesos Dentro del tutelar niega tener relaciones con las compañeras, pero a tres de ellas las ha tratado de seducir.

Justifica su violencia hacia los demás diciendo: "De que lloren en tu casa o que lloren en la suya, mejor en su casa".

El asalto a mano armada que la llevó al Tutelar fue planeado Un amigo de ella necesitaba \$150 00 para sacar a su mujer del hospital. Deciden recoger un par de calibres. Consumen alcohol y activo toda la noche y a primera hora en la mañana se suben en una micro para asaltar Todo

aparentemente les estaba saliendo bien, ella portaba el arma y sus amigos les quitaban el efectivo a la gente. Sin embargo, un señor pensó que porque ella es baja de estatura y por ser mujer, le iba a ser fácil someterla y la pateó. Ella teniendo gran experiencia en esas actividades tomó la pistola y le abrió el cráneo de un golpe. Bajaron al chofer de la micro y uno de sus cómplices maneja. Una patrulla se percató de lo que está ocurriendo y los persigue. El que maneja pierde el control y se estrella contra un poste y lo tira. Deciden escapar, tiran las pistolas y los hombres se llevan el efectivo. Ella corre, pero la atrapan. Relata que al ingresar a la delegación la golpearon más por creerse "machina", le dieron de tehuacanas. Su pareja se fue al reclusorio Norte. Menciona que le agradó haber salido en el periódico.

Vida en la institución: Tiene dificultades para salir del Tutelar porque su mamá no va a Trabajo Social porque tiene que cuidar a sus hermanos menores. El padrastro quiere suplir a la madre. Willy no quiere la visita del padrastro. Dentro de la institución se siente confundida y enojada. Puede dejar de entrar a clases pero le ponen reportes. En una ocasión que fue entrevistada no tenía ya las cejas pues las apostó y en otra ocasión tenía 8 horas de estar fregando pisos, por un castigo, por haber pateado a una compañera. Quisiera poder estar sola. Dentro del Tutelar toma talleres de belleza, pintura y danza. En ocasiones la visita su hermano mayor pero se desespera cuando lo ve irse. Las clases de religión que le dan la hartan. Cuando quiere desahogarse a veces se golpea contra la pared y en otras ocasiones llora escondida en los talleres.

Alcohol y Drogas: De las drogas que consumió estando en la calle fueron la marihuana, los solventes inhalables (cemento, chemo, activo), la cocaína, la heroína en polvo, el refractil oftálmico y los chochos. Tatuajes: Tiene dos en las piernas, uno en la mano que se quemó con sal dentro de la institución.

Psiquiátricos: Respuestas afirmativas a las preguntas de ansiedad del CIDI. Negativos los trastornos de alimentación. Recuerda que la primera vez que se sintió deprimida fue los 12 años, con ideación suicida, pero sin intento de suicidio. Manejaba su depresión través del uso del chemo y del activo.

Sentido de la vida: No lo sabe, dice tener dos opciones al salir del Tutelar: migrar e irse a los Estados Unidos o salir, buscar a sus amigos y dedicarse al vicio.

*CAPITULO 5. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE ASISTENCIA
PRIVADA*

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE ASISTENCIA PRIVADA.

De acuerdo al Diario Oficial (1996) las desigualdades entre *hombres y mujeres interactúan con las inequidades económicas y sociales para acrecentar las limitaciones en el acceso de las mujeres a la educación, la capacitación, las oportunidades laborales y los servicios de salud, así como su participación plena en la toma de decisiones. Con frecuencia las mujeres se ven atrapadas en un círculo vicioso de privación y pobreza, durante la infancia y la niñez suelen recibir pocos alicientes para permanecer en el sistema educativo, lo que restringe sus perspectivas y opciones de vida. Más tarde, sus carencias de educación y capacitación no les deja más alternativa, frente a la urgencia de satisfacer las necesidades individuales y familiares, que la de desempeñar actividades de baja productividad y precaria remuneración. Los obstáculos que limitan el avance de la mujer, no sólo operan en el espacio educativo y laboral, sino que se extienden a muchos otros ámbitos de la vida social*

En nuestro país han surgido espacios sociales, institucionales cuyo fin está destinado a atender estas demandas y necesidades al mismo tiempo que procuran incidir en las políticas públicas destinadas a atender los intereses de las mujeres. Tarres (1996) señala que para 1994 existían 97 instituciones no gubernamentales (ONG) que trabajaban alrededor de los intereses de género. De acuerdo a Tarrés (1996) el desarrollo de las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la mujer, está marcado por la presencia de múltiples movimientos sociales de grupo, asociaciones y redes en la sociedad civil que desde los años ochenta se organizan poco a poco en espacios paralelos a los designados por el sistema político oficial.

Las ONG mexicanas refieren a organizaciones profesionales que dan asistencia a miembros de diversas categorías sociales provenientes de los sectores populares o de poblaciones específicas. Esta característica probablemente obedece a una tradición que proviene tanto de las prácticas del "Acompañamiento" de los "grupos de apoyo" de la iglesia católica, como de las distintas concepciones de "vanguardia" de la izquierda. Así, puede definirse a una organización no gubernamental como "pequeños espacios institucionalizados donde se ensayan modos alternativos para superar la subordinación de la mujer y se experimentan formas de relación con el espacio público-político, funcionan como plataforma de acción" (pag 11)

Las ONG'S pueden desempeñar diversas funciones. Todo dependen de quien se movilice, de su relación de alianza o de conflicto con otros actores de la sociedad y del sistema político, de los proyectos que propongan, del origen de su financiamiento y de los objetivos de sus proyectos.

En relación a la atención de niños de calle el problema no es nuevo, existen instituciones que han sido fundadas desde 1943 hasta 1996.¹ De un grupo de 32 instituciones 21% pertenecen al sistema gubernamental, 28% se enmarcan dentro de asociaciones civiles y 31% pertenecen a instituciones de asistencia privada. Además existe gran variabilidad respecto a la oferta de servicios dirigidos en donde se incluya hospedaje, instrucción formal, formación y desarrollo e habilidades manuales, asistencia a familiares. Pocas instituciones tienen un sistema de información interna y menos aún evalúan sus actividades

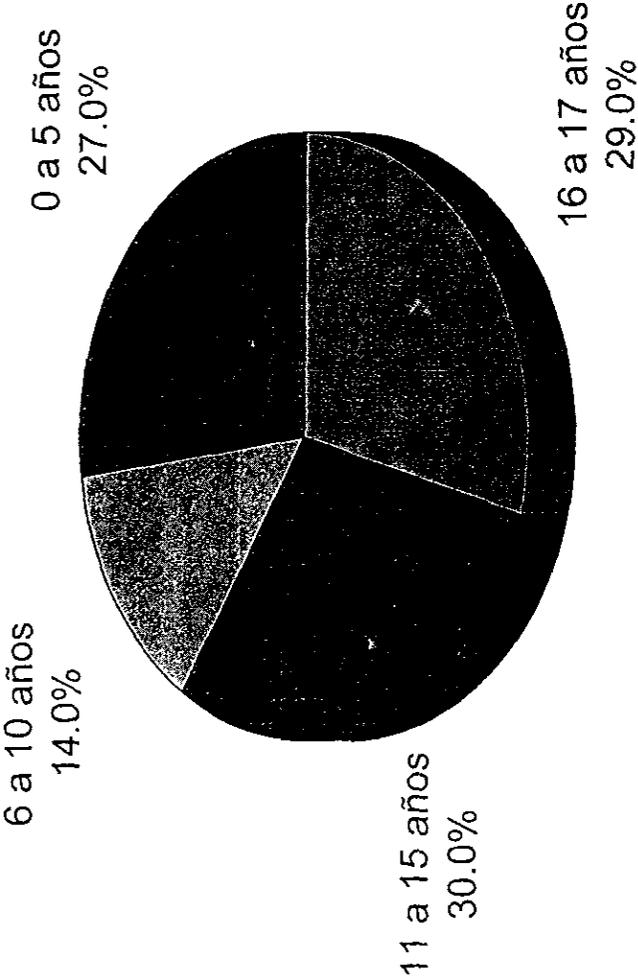
Son pocas sin embargo, las instituciones no gubernamentales que se dedican exclusivamente a las niñas de y en la calle. Sin embargo, el fenómeno de las niñas en las calles cada día se acrecienta más. La UNESCO en 1995 llevó a cabo el II Censo de menores en situación de calle de la Ciudad de México, obtuvo una muestra de 13,373 menores de los cuales 4,212 eran mujeres (31.49%) y 9,161 hombres, (68.50%)

Es importante resaltar que las niñas que viven en las calles lo hacen desde etapas muy tempranas y disminuye su presencia en las calles a medida que aumenta su edad. En la Gráfica 1 se pueden apreciar los porcentajes de acuerdo a los rangos de edad establecidos en el Censo

El Censo también reporta las actividades que realizan las niñas para sobrevivir en las calles, las cuales el 67.43% se dedican a la venta; el 11.78 a la mendicidad y el 2.94 a limpiar parabrisas, 2.3 se reportan como actorcitas; 1.64 son pepenadoras y el 1.57 se dedica a la prostitución (Gráfica 2).

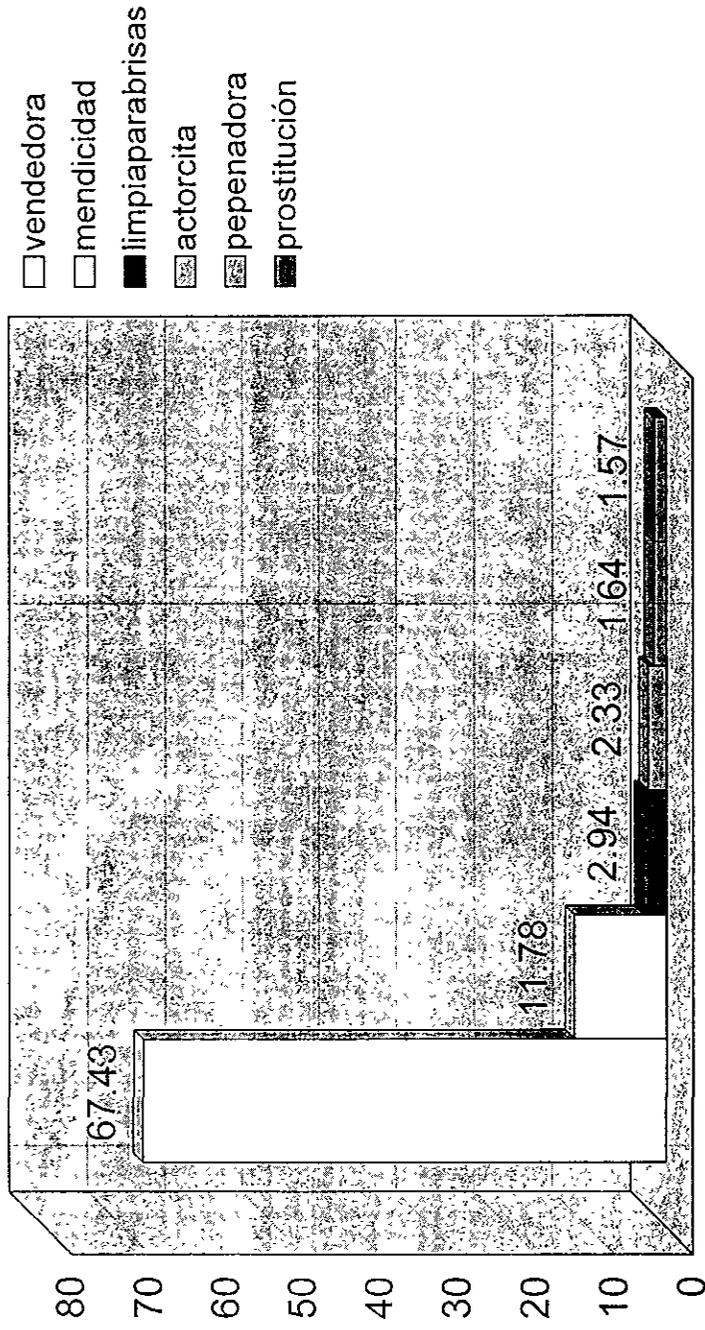
¹ De acuerdo a los Servicios asistenciales integrales pintores IAP para Junio de 1996 existían 114 centros de apoyo para el trabajo en favor de los niños en situación de calle. Para 1997 algunos de los centros enlistados han desaparecido

DISTRIBUCION DE LA POBLACION FEMENINA POR RANGOS DE EDAD



FUENTE II Censo de menores en situación de calle de la Ciudad de México

POBLACION FEMENINA POR ACTIVIDADES PREPONDERANTES



ACTIVIDADES

FUENTE II Censo de menores en situación de calle de la Ciudad de México

Algunas de las instituciones que dentro de sus posibilidades atienden a estas niñas son. Comunidad Terapéutica Hogar Integral de la Juventud; Ministerios de Amor; Centro de Hogares Providencia (mejor conocido como Hogares del Padre Chinchachoma); Fundación Casa Alianza México (WFTC, 1997). Por parte del Gobierno se tiene el Programa de Menores en y de la Calle DIF, hasta hace poco tiempo el Gobierno contaba con albergues de Protección Social (Villa Estrella y el Margarita Maza de Juárez), sin embargo, al parecer los albergues de niñas desaparecieron, lo cual ha acrecentado la demanda de instituciones que brinden atención a este tipo de población

En la actualidad, de acuerdo a Gutiérrez (1997) la agudización de la crisis económica ha acentuado la desvinculación de las ONG's, una parte de ellas compiten entre sí para conseguir financiamientos que les permitan subsistir. Algunas de ellas han disminuido su trabajo de calle y perdido personal. Todas estas organizaciones han favorecido los programas de albergue de puertas abiertas, la capacitación de educadores de calles a diversos pasantes universitarios y la formación de ONG's.

El interés en entrevistar niñas "de la calle" parte del hecho de que la mayoría de los individuos, grupos o instituciones involucradas en atender a los grupos de niños y adolescentes "callejeros" reconocen que el uso de sustancias, en particular de los inhalables es un fenómeno omnipresente y existe poco interés en atender de manera colectiva el uso de sustancias

El objetivo fue entrevistar a menores usuarias de sustancias psicoactivas pertenecientes a la institución "Patronato de ayuda y solidaridad con las niñas de la calle", que previamente fue parte de la ONG conocida como Casa Alianza.

Contexto: Casa Alianza tiene sus inicios en 1968 en Estados Unidos, a través del profesor y sacerdote franciscano de la Universidad de Manhattan: Bruce Ritter, quien tenía la idea de trabajar con jóvenes desamparados. Funda la primera casa en la ciudad de Nueva York y después otra en la ciudad de Los Ángeles; en estas casas el trabajo era principalmente con jóvenes adolescentes ya que en Estados Unidos no existía tanto el problema de los niños de la calle, sino más bien el problema era y sigue siendo con la población adolescente.

La idea de este tipo de trabajo fue bajando a los países de América Central, para abrir sus puertas en México, Guatemala, Honduras, Costa Rica, Panamá, para después abrir sus puertas en

Alaska En nuestro país la idea nació en la década de los ochenta, pero no es sino hasta 1988 cuando se inicia formalmente. Toda la metodología de trabajo es de Estados Unidos, pero se funda con un Patronato formado por personas mexicanas

La población a la que esta institución atiende es de niños y niñas de 8 a 18 años de edad, como una institución de puertas abiertas.

Dentro de la metodología de trabajo cuentan con un apartado al que se le denomina “**Principios Básicos**” los cuales son.

Urgencia: Los niños y niñas que acuden a los refugios son niños/as en crisis, con necesidades urgentes, por lo que Casa Alianza les proporciona asistencia inmediata a sus necesidades básicas de sobrevivencia y protección sin ningún requisito previo

Santuario: Los niños/as que viven en la calle son niños/as desamparados física, emocional y espiritualmente; por lo cual Casa Alianza les ofrece un Refugio, es decir, un lugar seguro y protegido

Comunicación de valores: En contraste con el código de la calle, de agresión y violencia, Casa Alianza enfatiza valores de respeto y honestidad, de cuidado y de confianza en las relaciones interpersonales y de grupo.

Estructura: Para contrarrestar el caos que es vivir en la calle, Casa Alianza, establece en el ámbito de cada uno de sus programas expectativas claras que no impliquen reglas o normas innecesarias

Opción: Casa Alianza busca la autoestima del niño/a y le ayuda a entender que es responsable de su propia vida y a elegir lo que desea para su futuro

Para lograr que los niños y las niñas ingresen a la institución se utiliza una metodología que tiene cuatro etapas en las cuales se divide el programa.

1. Etapa de Calle: Atiende a niños/as de alto riesgo, es decir, niños/as en una situación familiar conflictiva que termina en el abandono o negligencia. Los educadores de calle van a los lugares de reunión de los niños/as, normalmente son lugares muy específicos, como por ejemplo la zona del metro Tacuba, Toreo, Tacubaya, Observatorio y la Central Camionera del Norte y la del Sur que esta ubicada en el metro Tasqueña

Los educadores establecen una relación de amistad a través del diálogo, el juego y la comida compartida. El objetivo es hacer una situación empática para que el niño/a tenga confianza para después poderles platicar de la Casa e invitarlo a ir.

El proceso dura dependiendo de cada niño o niña, hay quienes a los dos o tres días deciden acercarse a la Casa, así como también hay niños/as a quienes se les hace un trabajo de meses para convencerlos de ir a la Casa.

2. Refugio o Centro de Crisis: Es el primer contacto con el lugar establecido su principal objetivo es lograr la estabilidad del niño/a en el hogar.

Otros de sus objetivos de esta etapa es promover en el niño/a hábitos y actitudes que le permitan tranquilidad y armonía consigo mismo y una mejor relación con los demás;

- Generar expectativas de crecimiento y desarrollo en el niño y niña y
- Brindar un espacio de desarrollo que proporcione los servicios fundamentales para el crecimiento sano del niño/a.

3. Hogar de Transición. En esta etapa los niños/as ya cuentan con una estabilidad emocional y tienen una mejor comunicación con el grupo, por lo cual es en esta etapa donde se trabaja a mayor profundidad con la parte emocional, se investiga las razones por las cuales fueron expulsadas de la familia y se trabaja con más interés en el consumo de drogas

En la etapa anterior (Refugio) también se trabaja con los puntos anteriores pero no son el objetivo principal; en esta etapa el objetivo principal es el soporte emocional para su desarrollo personal

Reciben cursos de capacitación o de regularización escolar, con esto se pretende que el niño/niña encuentre los medios necesarios para su desarrollo personal con el fin de generar su independencia en sus decisiones y responsabilidades.

4. Hogares Grupales: Es propiamente lo más cercano a lo que podría ser una casa, (de hecho es realmente una casa con cocina, comedor, sala, recámaras, baño, lavaderos, etcétera), esto es con el objetivo de que las niños/niñas se acerquen a la situación en la que estuvieron. En esta etapa ellos/as están más consolidados/as, termina su preparación escolar o de capacitación; ya se abordó la problemática de las drogas (de las niños/niñas que consumían, ya que no todas consumen drogas), de la cual prácticamente no hay secuela alguna.

Se preparan para una vida independiente o para ser reinsertadas al ambiente familiar del que salieron si es que la o el menor así lo decide. Esta etapa y todo el programa concluye al cumplir ellos/ellas 18 años de edad

Dentro de la Casa hay educadores (consejeros) los cuales se encargan de que se realicen semanalmente las actividades destinadas para cumplir los objetivos de cada una de las etapas. Dichas actividades están estructuradas para lograr que se acoplen al espacio. En el Programa existen tres turnos de trabajo, cuenta con personal de trabajo social, psicología, enfermería, de vigilancia y personal que prepara los alimentos. (Información recabada del Seminario "Plan de Vida" impartido por Casa Alianza, marzo de 1996 y a través de una entrevista realizada a personal de la Institución)

Se obtuvieron algunas de las estadísticas que se llevan a cabo en dicha institución, las cuales abarcan de noviembre de 1996 hasta abril de 1997 del Programa para Niñas

Para cubrir estas tres áreas de refugio, transición y hogares el patronato cuenta con tres instalaciones diferentes: el Refugio situado en Paseo de la Reforma a una cuadra del metro Hidalgo, el hogar de transición que se encuentra a una cuadra del Metro La Raza y Hogar que se encuentra ubicado en Cuajimalpa

Estadísticas Institucionales:

De acuerdo con los datos brindados por la institución la etapa de **Refugio** se tiene una muestra de 92 niñas, de las cuales el 9.8% tenía entre 8 y 13 de edad; el 38.9% entre 14 y 16 de edad y el 48.9% entre 17 y 19 años de edad. En relación al consumo de drogas el 40.2% reporta consumo de drogas pero no se especifica el tipo de droga, mientras que el 10.9% reporta activo, marihuana y resistol, y el 6.5% reporta activo, marihuana y gotas.

Las causas que se mencionan por las cuales abandonaron su hogar fueron por desintegración familiar (35.9%) y abuso físico (10.9%), principalmente; en menor porcentaje se reporta extrema pobreza (6.5%); desadaptación familiar (4.3%); abuso sexual (3.3%) y orfandad (1.1%)

En la segunda etapa que es la de **Transición** se reportó una población de 35 niñas, de las cuales el 8.7% se encontraban en el rango de edad de 11 a 14 años; el 57.1% de 15 a 17 años, y el 34.3% entre 18 y 19 años.

En esta etapa se encontró que un 17.1% consume activo, el 8.6% además de consumir activo consume gotas, un 2.9% reportó sólo consumo de alcohol; otro 2.% reportó consumir activo, marihuana y cocaína. En general se puede apreciar que son poliusuarias ya que no consumen un sólo tipo de droga. Como se mencionó anteriormente, en esta etapa es donde se les comienza a dar cursos de capacitación y se les invita a participar en las actividades que se estén llevando a cabo. Los cursos de capacitación que se reportaron en esas fechas son: repostería 7.1%, computación 17.1%, mecanografía 11.4%; cultura de belleza 8.6%; primeros auxilios 5.7% y juguetería 2.9%.

En la última etapa la cual es la de **Hogares** se reportó una población de 38 niñas, de la cual se obtuvo que el 18.4% se encontraba en un rango de edad de 11 a 15 años; el 68.4% entre los 16 y 18 años de edad el 13.1% entre los 19 y 20 años de edad.

En esta etapa se encontró que el 15.8% continuaba consumiendo gotas y activo, el 5.3% consumía marihuana, gotas y activo; otro 5.3% sólo reportó consumo de activo, y el 2.6% consumía alcohol, cocaína y marihuana. Es importante resaltar que la droga que más se consume es el activo, esto se debe a que es una droga de bajo costo y de fácil acceso, ya que en cualquier *tiplalería* se puede comprar por sólo 5 pesos una botellita.

Una vez analizado las etapas por separado, se hizo un seguimiento de los datos de las niñas que iniciaron el Programa desde la etapa de Refugio, de las 92 niñas que se reportaron en la segunda etapa, solamente 37 llegaron a la última, debido a que las niñas entran y salen de este tipo de instituciones, muchas de ellas ingresan a los programas con el único objetivo de satisfacer sus necesidades físicas, de higiene, alimenticias y emocionales entre otras, para después volverse a ir a la calle.

Método: A fin de conocer en forma más cercana la situación de las niñas, se realizaron tres historias de vida y tres grupos focales en tres albergues pertenecientes al Patronato de Ayuda y Solidaridad con las Niñas de la Calle. Los grupos fueron conducidos por una persona con experiencia en el trato con las niñas siguiendo una guía de entrevista (Véase anexo)

Grupos focales

Los resultados de los grupos focales fueron los siguientes la edad promedio de las adolescentes fue de quince años. Habían estado en promedio dos años viviendo en la calle antes

Quadro 1. DROGAS QUE CONOCES

	frecuencia	% acumulado
1 Activo	19	90
2 Chochos	12	57
3 Cocaína	12	57
4 Gotas	9	43
5 Marijuana	9	43
6 Mota	9	43
7 PVC	8	38
8 Heroína	6	29
9 Cemento	5	24
10 Thinner	5	24
11 Resistol	4	19
12 Chemo	3	14
13 Coca	3	14
14 Pastillas	2	10
15 Refractil	2	10
16 Inyecciones	2	10
17 Alcohol	1	5
18 Lociones	1	5
19 Gasolinas	1	5
20 Laca para zapatos	1	5
21 Dulces	1	5
22 Speed	1	5
23 Cigarro	1	5
24 Morfina	1	5
25 Peyote	1	5

de ingresar a los distintos albergues. El nivel de escolaridad de 11 de ellas era de primaria incompleta y 11 de secundaria incompleta. Católicas en su mayoría, dos cristianas y dos pentecosteses. 12 nacieron en diferentes estados de la República y 10 en el Distrito Federal. Seis de ellas (27%) han utilizado drogas inyectadas y las 22 utilizan alcohol.

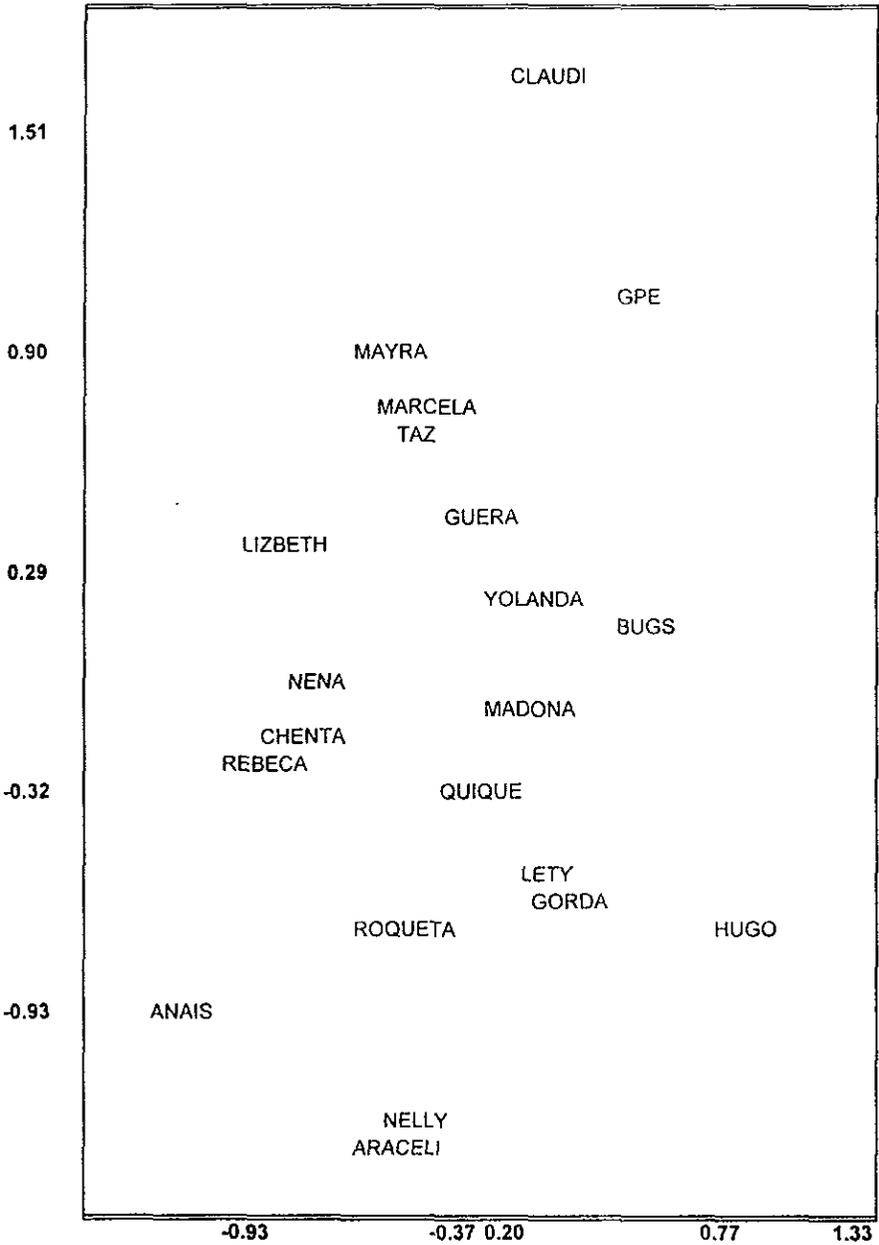
En relación a las drogas que conocen (Cuadro 1), las 22 mencionaron 25 drogas para ellas diferentes (un total de 119 menciones con un promedio de 5.6 drogas citadas por respondiente), destacando como las cinco primeras: el activo, los chochos, la cocaína, las gotas y la mariguana. En relación al número de drogas que usan enlistaron 17 (un total de 73 menciones, con un promedio de 3.4 drogas usadas por respondiente), siendo las cinco drogas más utilizadas: el activo, los chochos, el pvc, las gotas y la mariguana. Finalmente en relación a las drogas que más les gusta hubo mayor homogeneidad siendo el activo la droga preferida por la mayoría. Utilizando el programa del ANTHROPAC, se obtuvo el escalamiento multidimensional por proximidades que se representan en las gráficas 3,4 y 5.

Los motivos que predominaron para consumir drogas fueron: reducir la tensión y por ser víctima de abuso sexual.

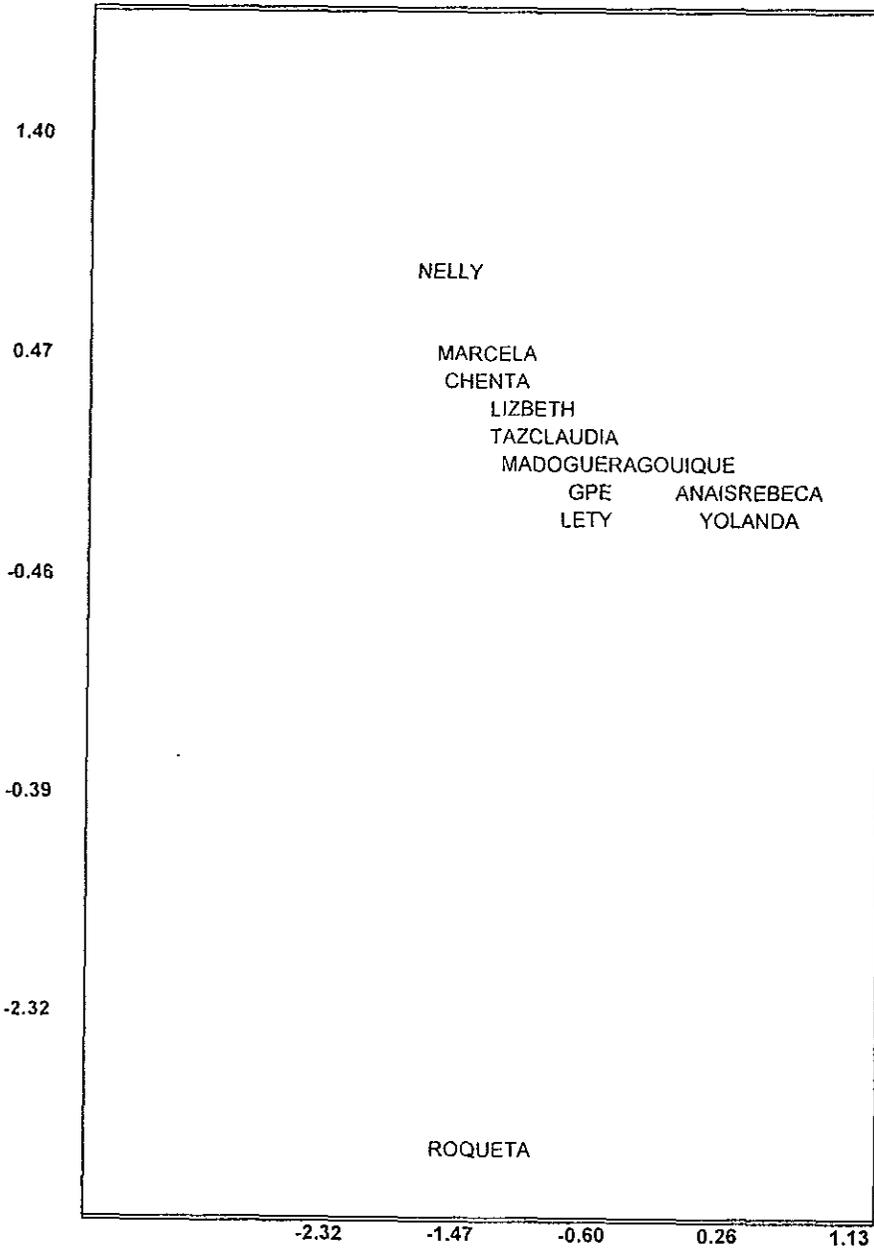
TRABAJO INFANTIL

No existe en la actualidad duda alguna de que las mujeres en todo el mundo están involucradas en el trabajo productivo dentro y fuera de casa. De acuerdo a Moore H (1988) la naturaleza del trabajo varía de cultura a cultura, pero generalmente hablando puede clasificarse en cuatro rubros principales: la agricultura, el comercio, el trabajo doméstico y el trabajo asalariado. Sin embargo, el trabajo no remunerado de la mujer siempre ha sido subestimado. Entre las razones más importantes está la definición misma de "trabajo". Idealmente cualquier definición debiera de incluir las condiciones bajo las cuales el trabajo se realiza pero también mencionarse el valor social o la valía del mismo en un contexto cultural determinado. La aparente invisibilidad del trabajo femenino siempre ha sido un rasgo de la división sexual del trabajo en muchas sociedades y se refuerza por los supuestos etnocéntricos de investigadores y políticas públicas.

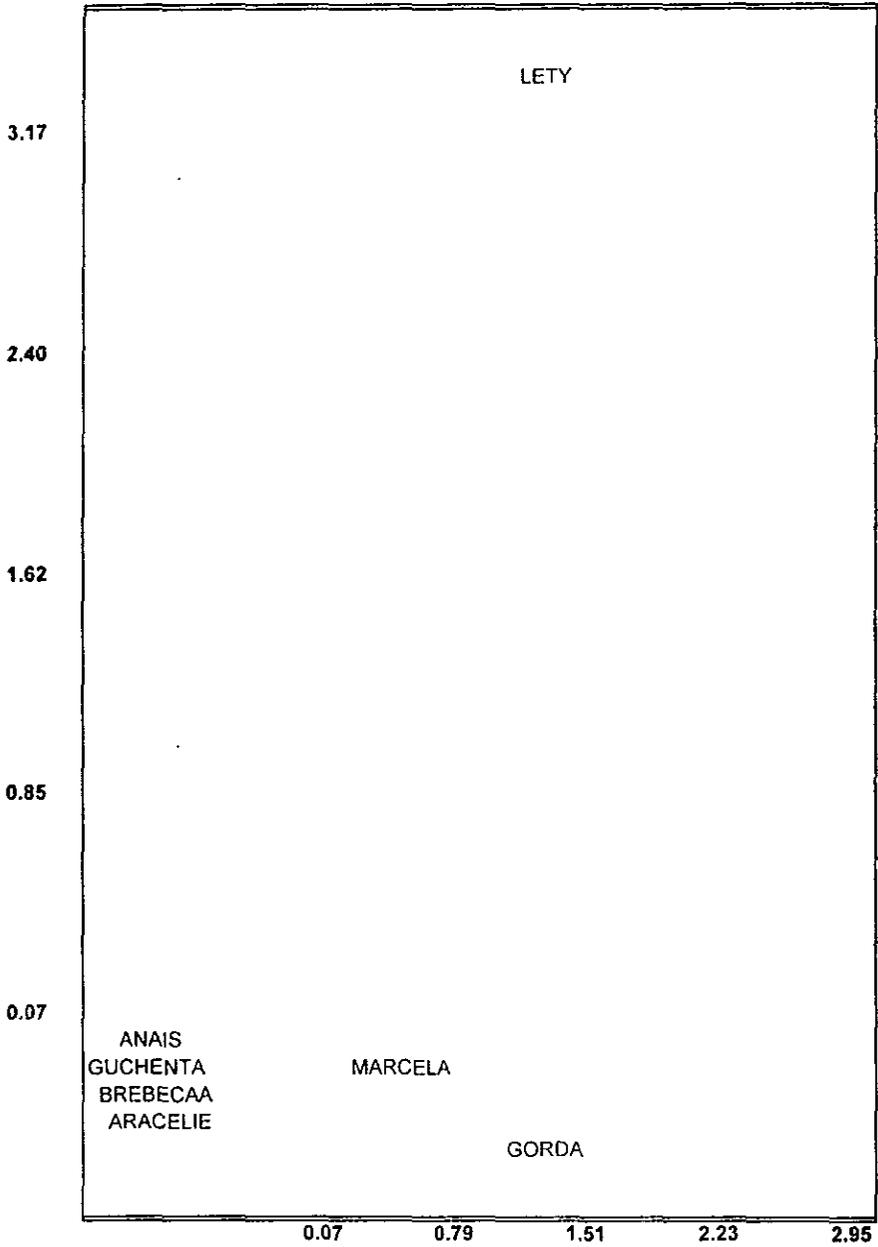
Gráfica 3. DROGAS QUE MAS CONOCE



Gráfica 4. DROGAS QUE MAS USA



Gráfica 5. DROGAS QUE MAS LE GUSTA



Si el trabajo se entiende como aquellas actividades realizadas fuera de casa que reciben salario, entonces el valor de las labores domésticas y de subsistencia que realizan muchas mujeres no se reconoce. Sin embargo, en la actualidad no puede negarse la relevancia del estatus de la mujer y su vinculación al trabajo, la reproducción y las formas de matrimonio, el tipo de familias que se forman, las relaciones de parentesco y las relaciones económicas de producción.

La reproducción en la mujer involucra un sin número de actividades que van más allá de tener un hijo. Incluye actividades tales como cocinar, limpiar, cuidados maternos, cuidado de enfermos, cuidar la casa- todas ellas constituyen parte del trabajo doméstico. Estas actividades de trabajo doméstico han sido asociadas con necesidades fisiológicas del cuerpo humano (dormir, comer, protección) y como se han "naturalizado" se han excluido de los discursos teóricos concernientes a las relaciones de producción. Como el trabajo doméstico se considera natural, se le ha considerado como una constante a través de la historia, como un conjunto de necesidades inamovibles que no necesitan ser sujetas al análisis histórico. Además se deja de considerar que no todas las mujeres realizan las mismas labores: la clase y la edad determina quienes realizan el trabajo más arduo y tedioso. En especial el trabajo de las niñas no es registrado.

De acuerdo a las Naciones Unidas (1995) en 1990 había 130 millones de niños sin acceso a la escuela primaria de ellos, 81 millones, la mayoría, eran niñas. Este reporte lo atribuye a factores tales como las actitudes dictadas por la costumbre, el trabajo infantil, el matrimonio precoz, la falta de dinero. En muchos casos: "a las niñas se las pone a realizar labores domésticas pesadas a una edad muy temprana y se espera que atiendan al mismo tiempo a sus quehaceres domésticos y educativos, lo que tiene a menudo como resultado un bajo rendimiento en los estudios y el abandono precoz de la escuela" (pag 137). Lo que no se señala aquí que dichas diferencias propician la salida o la expulsión del hogar.

Trabajo doméstico: En la investigación con las niñas y adolescentes que viven en las casas del patronato tuvieron un gran acuerdo al mencionar que las actividades que realizaban dentro de sus hogares era el denominado "quehacer" que podía consistir en : tender camas, hacer la comida, planchar, lavar trastes, limpiar la mesa, lavar ropa, limpiar baños. Además de estas labores de limpieza realizan otras como cuidar a los hermanitos, bañarlos y darles de comer, trabajar para los padres

" Le lavaba los trastes, tendía la cama, pues nada más"

"Tenía que plancharle a todos mis hermanos. .bañarlos..cambiarlos"

"Yo tenía que levantarme a las cinco de la mañana, para poder llegar temprano a la escuela, porque yo entraba a las siete y media y tenía que dejar pues limpiada la mesa, ya todo hecho mi quehacer, no?"

Al preguntárseles si los consideraban un trabajo no hubo acuerdo: unas consideraban que era "su deber para ser buenas mujeres" y no ser blanco de la violencia y otras si lo consideraban un trabajo desigualmente repartido hacia el interior de la familia:

"Mi mamá me decía:- el día que te cases, el día que tu te vayas de la casa sabrás que hacer algo" ..yo no lo sentía como una obligación .. así ella me decía "el día que te cases que no te diga tu marido ¿sabes que tu no sabes hacer nada, no?"

" A mi hermana que se va a casar... no sabe hacer nada y pus su marido la va a recibir mal porque su esposo le puede pegar o hacer algo por no saber hacer nada".

"Yo si lo considero como un trabajo la verdad porque o sea .una cosa es que te enseñen, como decirte Fíjate como hago las cosas- eso es enseñarte. Y otra cosa es que te carguen la mano porque para mi era mucho trabajo.. luego eran las tantas horas de la noche y yo todavía no terminaba"

No obstante lo anterior, si fue el consenso afirmar que cuando estas labores no eran terminadas todas eran castigadas, con el encierro o prohibiéndoles realizar aquellas actividades que si disfrutaban como escuchar música, ver la televisión, salir a jugar o divertirse Para algunas los golpes eran lo habitual. Ninguna mencionó recibir algún reconocimiento, halago, premio o remuneración por cumplir con sus labores. Asimismo, estuvieron de acuerdo que hacia el interior del hogar no se distribuían las labores en forma equitativa:

"A mi sí me cargaban la mano porque a mi hermano como tenía que estudiar la secundaria no hacia nada "

"No me parece de que a nosotras las mujeres nos pongan así mas quehacer que a los hombres porque como quien dice.. también ellos pueden llegar a vivir solos y van a ser unos flojos y ellos también pueden aprender a hacerlo".

Algunas de ellas mencionaron que además de realizar labores domésticas, tenían que trabajar fuera de la casa en trabajo agotadores y mal pagados:

"Antes de que saliera de mi casa, yo trabajaba vendía peluches.. me pagaban doscientos pesos a la semana y tenía que trabajar de 10 de la mañana a ocho de la noche"

"Me mandaban a trabajar a una cocina desde los ocho años".

"Mi mamá y mi papá en este tiempo no trabajaban yo me tenía que ir a pelar pollos y me pagaban 20 centavos por cada uno... tenía que apurarme para que les diera dinero para comer por esto también me salí de mi casa...porque no teníamos a veces que comer".

"Yo vagoneaba. vendía dulces . en el metro te pasas de vagón en vagón".

"Yo trabajé una vez, vendiendo cockteles de camarón, entraba a las nueve y salía a la seis , me pagaban ciento cincuenta cada quincena".

Una vez que las adolescentes deciden abandonar sus hogares, en la calle enfrentan múltiples riesgos a su salud mental y física. Con frecuencia la esperanza que tienen de encontrar un nuevo trabajo y una nueva vida, terminan en una nueva forma de pobreza, la enfermedad, las lesiones, la depresión, el abuso de sustancias y la prostitución. El censo de menores de 1995, señala que las actividades a las que con mayor frecuencia se dedican las menores en situación de calle son las ventas (67.43%), la mendicidad (11.785), limpiaparabrisas (2.94%) y la prostitución (1.57%).

Los grupos focales mostraron otro orden siendo la primera actividad la mendicidad la que conocen coloquialmente entre ellas como "talonear" y algunas veces como "charolear". Sin embargo, la palabra "talonear" es polisémica puede significar pedir limosna, pedir prestado, irse de prostituta o simplemente caminar y caminar por las calles.

El "talonear" es un arte y no esta libre de dificultades, entre ellas esta la de sentir vergüenza de pedir dinero, algunas personas las insultan, las escupen, las agreden y les dicen que se pongan a trabajar. Presupone conocer diferentes estilos de realizarlo, según la persona a la que se aborda y según la hora del día:

"Disculpa amigo? ¿No tendrás una moneda que me regales? y ya me decía'-No pues no tengo- y luego me decían'-para que la quieres? para drogarte? le digo - No para comer y a veces me la dan"

"En la mañana pues uno debe de sonar más bien como amable como -¿Qué onda? Discútete un varo? pero después de la diez u once de la noche siempre hay que cuidar que la voz se escuche gandaya, porque luego los chavos vienen a proponerles a las chavas que nos vayamos al cinco letras (hotel) . cuando uno les habla gandaya o nos da el peso o mejor se van y no nos hacen nada"

Cuando crecen, el talonear puede ser una actividad remunerativa o varía de acuerdo a su aptitud, su apariencia física, su edad, su sexo, su carácter, la tolerancia de los demás hacia su trabajo y de las autoridades (Gutiérrez y Vega, 1995). También mencionaron dedicarse a emplearse como sirvientas, limpia parabrisas, payasitas, vender chicles, en los mercados, de meseras. Dos actividades no reconocidas por el censo, pero que las niñas y las adolescentes consideran como trabajo son el dedicarse a robar y el vender drogas.

" Yo (me mantengo) robando porque tienes más fácil el dinero.. viviendo en la calle? atacando a las personas que van pasando Por ejemplo si Ud. anduviera por ahí y pasara nomás le ponía una navaja sobre el costado y le decía: sabes que? ¡Me das tu dinero o te mueres!"

"Me pagaban doscientos pesos por llevarles coca (cocaína) a los policías.. doscientos pesos diarios y cuando no había trabajo cien".

Al realizar estas actividades se ven expuestas a la extorsión proveniente SIEMPRE de la policía y al desprecio de los empleadores o de sus compañeros de calle:

"(La señora) se la pasaba gritándome cada rato, o diciéndome que era chavita de la calle..me aventaba las cucharas... me pegaba en las piernas.. y luego iban sus hijos y me molestaban".

"De una pinche vieja porque ella tenía una hija y como que no le gustaba que le hablara a su hija"

"La gente es muy grosera ...muchas veces estás tirándote tu onda con el otro payaso y empiezan a hablar . a reírse pues igual no te dejan escuchar a los demás, ni te dejan trabajar... y eso para mi era una falta de respeto".

Todas conocen a alguna compañera que se ha dedicado a la prostitución, pero son pocas las que lo han intentado, en ocasiones por miedo de contraer el SIDA, otras por no saber cómo evitar que el cliente se vaya sin pagar. Una de ellas mencionó que su primera relación sexual dedicada a la prostitución la tuvo a los diez años y no le pagaron. Cuando el consumo de sustancias ya se ha convertido en adicción, la prostitución puede llegar a ser un medio para conseguir la sustancia:

" Yo tenía una amiga que lo hacía por droga en la madrugada... cuando se le había terminado su vicio.. que ya andaba bien desesperada y no había donde robar ni donde sacar dinero .. a esa hora se iba con los taxistas para que le dieran un billete y comprar"

El trabajo en calle siempre lo consideraron difícil, pero reconocieron que en ocasiones que los varones recibían mas golpes y violencia física de la gente que ellas La dificultad entre ellas

radicaba en el hecho de protegerse del hostigamiento y abuso sexual

"Romperle la madre a los chavos que nos falta al respeto...por ejemplo en mi caso muchas veces"

"Muchas veces las mujeres nos la tenemos que jugar para que no nos falten al respeto no porque aún así independientemente de donde vivamos merecemos respeto".

"Si te ven sola en un baldío, se quieren aprovechar porque piensan, como quien dice que eres una basura"

Finalmente la relación entre consumo de drogas y trabajo, fue el afirmar que si querían tener su "vicio" pues se tiene que tener dinero porque no siempre les comparten y no siempre se puede estar pidiendo, si el "vicio" está muy avanzado no se puede trabajar y en ocasiones algunas sustancias como los "chochos" (entre ellos el rohypnol") facilitan robar para conseguir dinero.

Historias de Vida

Familia: En las tres adolescentes entrevistadas resaltan una serie de diferencias en comparación con las adolescentes del Consejo Tutelar de Menores Infractores. En primer lugar la edad en se salieron de sus hogares permanentemente fue posterior a los 14 años, en el grupo anterior fluctuaba entre los 7 y los 12 años. Su nivel de escolaridad es más alto y el tiempo que han pasado en las calles es menor. Sin embargo, las familias de las que provienen son semejantes al primer grupo en tres aspectos, volviendo a destacar la baja escolaridad tanto del padre como de la madre, provenir de familias de numerosos hermanos y con el consumo de alcohol en los padres (en dos casos de la madre y en un caso del padre). En los dos casos en que las familias fueron recompuestas, las nuevas parejas eran las consumidoras de alcohol y drogas y prevalecían las relaciones de maltrato y violencia en todas las modalidades (Cuadros 1,2 y 3)

Una gran diferencia de este grupo es que el entorno social en donde se desarrolló la familia de origen si bien pueden ser considerado hogares en la pobreza, ésta no es extrema y por otro lado la violencia delictiva no es cotidiana en el sentido que no es la norma social para sobrevivir ni se está en contacto con grupos de personas dedicadas a actividades delictivas.

Violencia: La violencia desafortunadamente sigue presente. Si bien no es constante, ni

proveniente de diversas fuentes, igual de perturbadora y lesiva. Las tres menores reportaron abuso físico de personas que forman el núcleo familiar mas inmediato, abuso físico que en ocasiones ha llegado a ser tan severo que como en el caso de Aimeé tuvo que ser hospitalizada y perdió el estado de alerta (Cuadro 4). En el caso de Michelle refiere que los más dañino son los insultos que acompañan a los golpes pues la hacían sentirse humillada, con coraje y eran el origen de rencor y resentimientos:

"Porque estuve platicando con un muchacho y mi mamá me llamó la atención y ya en la tarde le dijo a mi papá y pues mi papá me pegó muy feo, hasta que se cansó dejó de pegarme. .porque estuvo pegue y pegue y no se paraba, no?... de pegarme con cinturón, con un cinturón que dolía demasiado, me acuerdo y ya fue todo, o sea ya no que después ni que onda... y esa vez que tenía mucho rencor, no quería ni salir... y pensé salirme de la casa... ya me había salido varias veces pero ellos no querían que me saliera y luego es otra forma de vengarme yo, o sea , de vengarme. .salirme de casa".

En el caso de Mónica el maltrato proviene de su padrastro. En los tres casos es el maltrato físico el factor que precipita la huida del hogar.

El abuso sexual no es reportado en Michelle pero sí en Mónica y Aimeé siendo de gran severidad el sufrido por la última pues fue una violación por parte del medio hermano cuando ella tenía nueve años de edad. Todas presenciaron escenas de violencia doméstica entre sus padres o entre sus hermanos.

Violencia fuera de casa: Al salirse de sus hogares las tres adolescentes se ubican en lugares del Distrito Federal frecuentados por niños de la calle y en la calle. A Mónica le gustaba irse al rumbo del Toreo de cuatro caminos, a Aimeé por la Raza y el metro consulado y Michelle le agradaba el rumbo de Garibaldi y el Metro Taxqueña. Las tres reportaron que en sus grupos de calle fue donde aprendieron a robar, a participar en riñas, a utilizar armas siendo sus predilectas las navajas (Cuadro 5). A diferencia del grupo anterior ninguna de las tres mencionó que le agradara participar en actos violentos y de hecho para poder participar en ellos consumían drogas "para darse valor". Sin embargo, las tres pertenecieron a distintas bandas "Los internados", "Los seis almas", "Los infernales" disfrutando dentro de este tipo de organización juvenil la solidaridad y el

consumo de drogas :

"Cuando consumía la droga me sentía "la gran cosa", me sentía bien grande como King-Kong"

Dentro de sus bandas el número de mujeres aunque no era mayoría si tenían funciones específicas y eran un número considerable. Es importante notar que hacia dentro de este tipo de organización juvenil se reproduce la ideología patriarcal en donde los varones son los más valorados y como consecuencia las mujeres tienen que proporcionarles servicios, si ellas se niegan u oponen son víctimas de hostigamiento y golpes por parte de sus compañeros de calle, algo que en ocasiones se vuelve cotidiano.

Las tres experimentaban miedo por encontrarse en situaciones violentas y el haber experimentado una detención por parte de judiciales con consecuencias negativas (violación en dos de los casos). El miedo las motivó a solicitar ayuda a diversas organizaciones no gubernamentales. Las experiencias dentro de estas instituciones no siempre fueron agradables.

Sus vidas transcurren entre su presencia en los albergues intercaladas por periodos en los cuales regresan a sus casas, en un constante entrar y salir, llegar e irse conforme van respondiendo a lo que acontecen en sus vidas. Uno de los más severos es el compartido por Mónica quien narró algunos de los actos violentos a los que fue sometida ella, su hermana y los demás niños que estaban en el albergue "Emma Godoy".

" .Y esa vez que me salí "Mis Lupita" nos amarró a las literas y nos bañó con agua fría, después no puso hacer sentadillas toda la noche, o sea que no nos dejó dormir. Cada vez que llegaba me enteraba que le pegaban a mi hermana, o sea.. que esa señora le pegaba mucho. Una vez se nos hizo tarde y era día de examen y llegamos a la casa diciéndole que no alcanzamos y nos dijo que éramos unos imbéciles porque no aprovechábamos los que nos estaban dando y pasaba uno por uno de los que no alcanzamos la escuela, teníamos que pegarnos a nuestros compañeros y después pasaban ellos y nos pegaban a nosotras".

Esta situación de represión y el hecho de enterarse que su mamá había entregado las actas de nacimiento de ella y su hermana a las autoridades del albergue, la lleva al aumento en el consumo de drogas, ya viviendo en la calle, por el rumbo de cuatro caminos, por donde está la discoteca.

"La Boom"

"Llegamos allá y nos dijeron que ¿por qué nos habíamos salido? Que no me la hubiera llevado a ella, yo les dije que era mi hermana y no la pensaba dejar en mi casa; me dijeron que mi mamá ya les había entregado mi acta y eso, que esa señora podía hacer conmigo y con mi hermana lo que quisiera porque mi mamá le habido dicho que a ella nosotras no le interesábamos y ..este ..entonces ...esa vez me sentí mal y me volví a salir y deje a mi hermana y ahora sí me drogué más fuerte y ahora sí que le entré a los chochos, a las gotas y a todo...o sea a la cocaína y a eso".

La "Miss Lupita" de quien habla Mónica, en la actualidad se encuentra en proceso de ser sentenciada, acusada de haber asesinado a dos menores de edad (Aguilera M 1995).

Consumo de alcohol y drogas. El consumo de alcohol y drogas en las tres se inició dentro de los hogares de origen siendo en dos casos las madres quienes enseñaban a sus hijas a tomar. Como las madres también eran consumidoras en ocasiones pareciera ser que las menores eran las que tenían que cuidar a las madres y suplirlas en sus funciones domésticas. Aimeé relata:

"Una vez hubo una fiesta y mi mamá se emborrachó. A los niños nos dejaron en un casa y los grandes se fueron a otro lado. Después regresó el papá de mi amigo Agustín y le preguntamos ¿Dónde dejó a mi mamá?, estábamos bien preocupados porque ahí decían que mataban y todo eso, pus mas miedo nos daba. Eran como las cuatro de la mañana. El señor nos dijo: Ahí se quedó sentadota Agustín y yo fuimos a buscarla. La encontramos sentada en las escaleras y le dije. "Vente vámonos de aquí, vamos a tu cuarto a que te acuestes" y dice "No, aquí me quedo". Nos las llevamos cargando y ya casi no aguantábamos, le dije. "Ay mamá ya ni la amuelas, todavía te quedas toda bien peda y luego el desgraciado ese ahí te deja" Se durmió pero para mí fue mala onda el señor dejarla ahí, que tal si la hubieran matado"

A Mónica le molestaba que su madre no la cuidara por estar consumiendo pulque. Mónica recuerda haberse iniciado en el consumo de pulque a los cuatro años. Las drogas más consumidas por este grupo de menores fueron la marihuana, los solventes, los chochos, el rophypnol, las gotas (ciclopentolato), la cocaína y finalmente la heroína y los alucinógenos. No reportan consumo de

otras drogas médicas y solo una de ellas tiene tatuajes en el cuerpo.

Sus parejas todas consumen drogas de preferencia cocaína (Cuadros 6 y 7).

El paso por las instituciones les deja un conocimiento sobre los riesgos del consumo de drogas, que poco se pone en práctica. Estos saberes más bien se recitan pero ellas no se adueñan de esas enseñanzas, situación que se refleja en que las tres pueden recitar una definición de adecuada de lo que es el SIDA, de las formas de contagio y de los riesgos que están presentes en su vida cotidiana y seguir teniendo conductas de riesgo. La justificación: "ay pues si me da pues me muero más fácil"

En la institución en las que están no se permite darles anticonceptivos, se recomienda la abstinencia sexual. Afortunadamente a la fecha de la entrevista ninguna de las tres se había embarazado y ninguna de las tres había tenido un aborto (Cuadro 8). No tienen información de como prevenir un embarazo ni de otras enfermedades de transmisión sexual (Cuadro 9).

Aspectos Psiquiátricos Las tres reportan haberse sentido deprimidas a lo largo de sus vidas, situación que propicia en las tres el consumo de sustancias. Las tres han reportado ideación suicida y dos de ellas intentos de suicidio severos. Mónica lo intentó dentro de la institución cortándose las venas fue sorprendida por un consejero. Aimeé lo ha intentado en tres ocasiones, una con una sobredosis de medicamentos por la cual tuvo que ser hospitalizada en el Psiquiátrico Infantil, en otra ocasión se aventó a un pozo y en otra se aventó de una barda. Todas ellas cumplen con los criterios mencionados tanto para la ansiedad como para la personalidad antisocial. Es interesante ver que probablemente dos de ellas tengan trastornos en las alimentaciones no atribuibles al consumo de sustancias. A Michelle le desagrada su imagen corporal y su peso por lo cual toma laxantes y anfetaminas. Aimeé ha iniciado a inducirse el vómito después de una crisis de ingesta de alimentos. Sigue estando presente la conducta denominada "Carving" en dos de ellas (Cuadro 10).

DISCUSIÓN

La disparidad entre géneros es un círculo vicioso para las niñas. Imposibilitadas de asistir a la escuela por su bajo nivel social o responsabilidades domésticas, van relegando sus potencialidades y la ampliación de su horizonte vital que podría aportarles la educación. Si buscan trabajo fuera del hogar, sus oportunidades están limitadas a tareas subalternas. De este modo se

refuerza su bajo nivel social y se enseña a la siguiente generación. En México según los datos del FMAI (1997) las niñas pertenecen al grupo más vulnerable de la sociedad, pues además de ser mujeres forman parte del grupo infantil. Las niñas suelen ser consideradas inferiores y se les enseña siempre a ponerse siempre en último lugar. La discriminación y el descuido de que son objeto en la infancia puede ser el comienzo de una espiral que puede durar toda la vida.

Respecto al trabajo y siguiendo a Gaytán (1997) estaríamos en posición de afirmar que la informalidad, la sobreexplotación, la segregación, la falta de legislación respecto al trabajo infantil en general y para las niñas en particular, la violencia sexual son características del trabajo femenino que muestran la devaluación social de su fuerza de trabajo. El trabajo en la mujer se destinado a la servidumbre, al trabajo para otros.

La capacitación recibida sigue colocando a estas menores en una situación de opresión importante, pues dichos trabajos difícilmente harán posible su inserción el trabajo remunerado no explotador

Las organizaciones gubernamentales y las ONG'S tienden a considerar el uso de inhalables desde la óptica de un individualismo radical, como un problema psicológico o incluso biológico como se cree que el problema es solo individual, entonces se considera correcto llevar al cabo estrategias curativas. De hecho muchas organizaciones buscan atender el uso de drogas entre las "niñas callejeras", canalizando a cada uno de estos a centros psicológicos y psiquiátricos especializados en la "cura " de las adicciones. Desde el individualismo resulta erróneo o se mira innecesario la acción colectiva para prevenir o disminuir los riesgos de uso de drogas en las calles. Con ello, no se quiere negar la necesidad de atención a los problemas de salud que las menores presentan, sino resaltar que el problema es social no personal, o siguiendo el clásico lema feminista lo personal es político. (Gutiérrez 1997).

El programa analizado limita a las niñas del conocimiento y del uso de su cuerpo, no proporcionándoles información acerca de su salud reproductiva. no se les proporcionan anticonceptivos, se les aconseja la abstinencia sexual, no se toman en cuenta ni sus deseos y por supuesto se considera que NO tienen necesidades de tipo sexual. Dicha circunstancia en lugar de protegerlas las pone en un a situación de mayor riesgo pues ellas manifiestan deseos de estar con sus parejas y lo hacen sin prevenir ni ETS, ni embarazos no deseados, ni SIDA. Lo paradójico es

que no se le brindan recursos para prevenir un embarazo pero si ello ocurre, la casa ya no le asigna un espacio. Las menores deben de tener derechos sexuales y reproductivos empezando por el conocimiento del propio cuerpo y de la reproducción elegida.

Uno de los problemas más importantes que enfrentan tanto Casa Alianza como cualquier otra ONG dedicada a niños y niñas de calle es que, la legislación vigente no permite que la institución tenga la patria potestad en forma temporal de los menores a los que asiste (salvo en el caso del Tutelar de Menores Infractores y anteriormente en el albergue Villa Estrella de Protección Social). Si los padres biológicos del menor o de la menor se presentan a reclamar sus derechos sobre sus hijos, tienen que regresar a su hogar de origen.

Por otro lado, las narrativas de las menores dejan entrever el maltrato que en algunas *instituciones esta presente, por lo que la comisión de derechos humanos debería de tener mecanismos eficientes para prevenir la violencia institucional y una reglamentación de instituciones que en muchos de los casos dicen actuar en beneficio de las menores y la realidad es diferente. Cualquier intento de romper el círculo vicioso de la violencia en las instituciones por parte de los niños es bloqueado en los albergues por el personal ya que si algún adulto trata de ayudarlos se les amenaza con denunciarlos como secuestradores de pequeños*

" . En la casa y este la Sra golpeó a mi hermana con un tacón y sí le sacó sangre entonces me dijo ¡véle a lavar la cara! Y yo le dije "no, pero porque si yo no le pegué y entonces le hace " ¡Qué vayas imbécil!" . me gritó porque así era su costumbre de hablar... entonces ya la llevo y yo ya estaba pensando "ahora me voy y me la llevo" y si me salí con ella y otra chava que también se llevó a una de sus hermanas, una más chiquita, era de dos años y nos fuimos con su mamá, pero después este o sea la señora de ahí le dijo que si no nos entregaba que le iba a echar a la policía o sea que le iba a decir que ella nos robó y ya este nos mandó y pues llegamos otra vez de vuelta al albergue".

Algunas de estas instituciones se conforman desde la caridad que de acuerdo a Lagarde (1998) es una práctica de dominación política que reproduce la desigualdad. Se fomenta desde la moral el desprendimiento parcial de bienes materiales y simbólicos que no resuelven nada al receptor. La caridad no es un recurso de igualación sino un mecanismo para refrendar un mundo de los que

tiencn sobre los que no tienen. La dádiva es clave de un excedente mínimo para el que da y máximo para el carenciado y produce dependencia y no brinda autonomía. En lugar de la caridad debe favorecerse la solidaridad, los recursos, las oportunidades y un pacto ético que permita la equivalencia "no voy a dañar a nadie, ni dejar que me dañen" (Lagarde 1998).

CUADRO 1. PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD. DATOS GENERALES

	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACION	TIEMPO EN INSTITUCION
Miche	17	Bachillerato técnico auxiliar de contador	Soltera	Edo de México	Estudiante en IAP	1 años
Mónica	14	Segundo primaria Cursos de cocina y belleza	Soltera	Edo. de Mex	Estudiante en IAP	2 años
Aimeé	16	Primaria incompleta	Soltera	Estados Unidos	Vida en la calle Estudiante en IAP	2 años

CUADRO 2. TIPOS DE FAMILIAS

	Tipo de familia	Madre	Padre	Hermanos
Michelle	Nuclear	Trabajo doméstico	Campesino	5 hermanos
Mónica	Recompuesta	Trabajo doméstico	Desconoce	9 hermanos
Aimee	Recompuesta	Difunta	Jubilado	3 hermanos

Cuadro 3. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA FAMILIA.

	Papá	Padrastro	Mamá	Hermanos	Parejas	Hijos
Michelle	Alcoholismo		Negativo	Desconoce	Negativo	No tiene
Mónica	Desconoce	Alcoholismo	Alcoholismo	Desconoce	Alco/drogas	No tiene
Aimee	Negativo		Alcoholismo	Tres de tres	Alco/Drogas	No tiene

CUADRO 4. PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD. VIOLENCIA EN CASA

	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Testigo de violencia doméstica
Miche	Por su padre, la golpeaba con cinturones y hebillas	Por los padres Amenazas, humillaciones	No reporta	positivo
Mónica	Por la madre, el padrastro y los hermanos	Padrastro	Hostigamiento padrastro	positivo
Aimeé	Madrastra, en una ocasión tuvo que ser hospitalizada. El padre presentó cargos.	Madrastra y hermanos	Violación por el medio hermano a la edad de 9 años	positivo

CUADRO 5. VIOLENCIA FUERA DE CASA

	Participación en actos violentos	Uso de armas	Violencia recibida
Miche	robos, riñas, pleitos entre bandas	navajas y chacos	golpes por compañeros
Mónica	robos, riñas	navajas	violación por judiciales y hostigamiento sexual
Aimeé	robos, riñas	navaja y pistola	Violación por judiciales hostigamiento por compañeros de calle

CUADRO 6. PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD. DROGAS I

	EDAD DE INICIO	OH	MARIGUANA	SOLVENTES	COCAINA	HEROINA	GOTAS	ALUCINOGENOS
Miche	13	√	√	√	X	X	X	X
Mónica	4 años	√ pulque	√	√	√ inhalada crack	X	√	X
Aimeé	12	√ brandy ron	√	√	√	√	√	√ Picarrón champurrado

CUADRO 7. PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD. DROGAS II

	ROHYPNOL	DIV	TRANQUI- LIZANTES	DIABLITOS	MANDRAX	CHOCOS	TATUAJES	CONSUME PAREJA	TX
Miche	X	X	X	X	X	√	X	√ (cocaina)	√
Mónica	√	X	X	X	X	√	√	√	√
Aimee	√	√	X	X	X	√	X	√	√

CUADRO 8. PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD

	Edad menarquía	1ª relación sexual	Número de parejas sexuales	Preferencia sexual	Embarazos	Abortos
Michelle	13 años	15 años	1 estable	heterosexual	0	0
Mónica	12 años	14 años por violación	No ha tenido	heterosexual	0	0
Aimee	10 años	9 años (violación)	No tiene	heterosexual	0	0

CUADRO 9. PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD. SEXUALIDAD II

	Prevención embarazo	ETS	SIDA	Prácticas de riesgo	Edad 1 ^{er} embarazo	Consumo embarazo
Miche	X	X	√	√	X	X
Mónica	X	X	√	√	X	X
Aimee	X	X	√	√	X	X

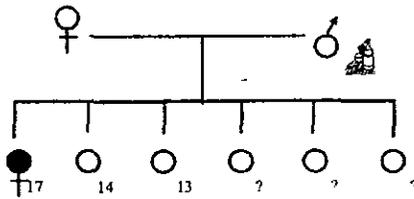
**CUADRO. 10 PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD. DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS
DIAGNOSTICOS PSIQUIÁTRICOS**

	DEPRESION	INTENTO SUICIDIO	ANSIEDAD	TX ALIMENTACION	ANTISOCIAL	"CARVING"
Miche	√	Ideación suicida	√	Probable Uso de laxantes y anfetaminas	√	X
Mónica	√	Intento suicida a los 13 años	√	X	√	√
Aimeé	√	3 intentos, caídas y sobredosis	√	Probable Inducción vómito	√	√

CASA ALIANZA

MICHELLE

FAMILIA ACTUAL



PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD CON LAS NIÑAS DE LA CALLE

MICHELLE

5 Entrevistas

Michelle tiene 17 años a la fecha de la entrevista, el 10 de Octubre de 1995. Sus primeros 15 años transcurrieron al lado de su familia aunque desde los 13 inició su consumo de alcohol y drogas. El último año de su vida estuvo en Casa Alianza.

Familia: Michelle proviene de una familia campesina ubicada en San Diego del Cerrito en el Estado de México. Es la mayor de 6 hermanos con 17 años. Sólo recuerda la edad de los dos hermanos que le siguen: 14 y 13 años respectivamente.

Su padre tiene terreno en el que siembra maíz, frijol y habas y paga a peones porque realicen ese trabajo, ya que él trabaja además como albañil. Su mamá trabajaba sólo en el hogar. Aunque Michelle aprendió a sembrar no le gusta hacerlo. Sus papás deseaban que todos sus hijos estudiaran y fueran profesionistas.

Recuerda a su abuelita paterna porque de vez en cuando la visitaban y la llevaba a pasear, aunque se llevaba mejor con las tías maternas, a quienes visitaba junto con su mamá.

Infancia: Relata que de chica le gustaba vivir con su familia y cree que era feliz con ellos. En su familia no había preferencias, todos recibían igual trato y pone como ejemplo que a ninguno le celebraban su cumpleaños. Le gustaba cuidar a sus hermanos y no acostumbraba a jugar con ellos, aunque éstos sí jugaban fútbol. No practicaba ningún deporte ni iba al cine porque en el pueblo no había. Le gustaba la música tropical. Visitaba a sus amigas y jugaba con sus vecinos. Nunca salió de vacaciones ni a pasear a otro Estado.

La reprendían si ensuciaba su ropa o si hacíaocas que le prohibieran como salirse a pasear o irse a bailes y fiestas. Relata que su papá lo hizo así desde que en una fiesta violaron a una tía paterna. La forma de castigar a los hijos eran los golpes del padre: a ella con cinturón y a los hermanos con vara.

Aunque sus padres sí les mostraban afecto, en la relación con su mamá no había la suficiente confianza como para hablar de sexo. Relata que sus padres se preocuparon mucho cuando se salió de su casa y que el padre varias veces la ha ido a buscar y a pedirle que regrese que siga estudiando.

Además de los golpes que recibía por "desobediencia", la insultaban y afirma que prefería que la golpearan porque los insultos le dolían más. Sacaba su propio coraje pegándoles a sus hermanos más pequeños. Cuando era el padre quien les pegaba, dice experimentar contradicción porque le daba gusto que a todos parejos, pero no le gustaba que los maltratara. Tenía mejor relación con los hermanos más pequeños porque éstos le daban sus recados a los amigos de Michelle, en cambio, los grandes, no sino que le avisaban de sus travesuras a la mamá y ahí iniciaban los problemas.

Relata que estando en la secundaria se peleó varias veces con las chavas de la escuela de su pueblo y que llegaba golpeada a su casa. A los padres les daba igual que peleara o no pues no le decían nada. En una ocasión tres muchachas la jalaban de los cabellos y la arrastraron un par de metros y pasó desapercibido para sus papás.

Aunque su papá compraba el periódico, Michelle solo leía revistas de policías y vaqueros que compraba con el dinero que le daban para gastar.

Asegura que no se parece ni a su papá ni a su mamá porque es muy "grosera" y sus padres no son así.

Escuela: Le gustaba ir a la escuela y estudiar. Hizo la educación media en una telesecundaria de "pueblo" donde tenía un maestro para todas las materias. Salió de su casa antes de terminarla pero su papá le pidió que regresara y terminara la secundaria, situación que aceptó y así lo hizo. En la escuela tenía amigos y se llevaba bien con ellos.

Narra que en varias ocasiones se iban de "pinta" a nadar a una laguna. Entre sus amigas de la secundaria supo lo que era la menstruación y también tuvo problemas fuertes con otras compañeras de escuela al grado de pelearse a golpes con ellas.

Después de la secundaria inició un bachillerato técnico en el que además inició la preparación como contador. No prosiguió porque se salió de su casa. En Casa Alianza tomó cursos de taquimecanografía.

Violencia: Afirma que de pequeña le gustaba vivir con su familia y cree que era feliz con ellos. Sus problemas iniciaron cuando quería salir a fiestas, bailes y con sus amigos y su papá se lo prohibía a base de golpes y de insultos. Todo le fue provocando mucho coraje que no podía expresar ya que no le permitían expresar su opinión, los golpes que recibía del papá eran con la

hebilla de cinturones. Ya en la secundaria relata haberse visto envuelta en varios pleitos callejeros con muchachas de su misma edad, que llegaban a arrastrarse por el suelo jalándose del cabello. Estos pleitos no producían ninguna respuesta de sus padres, no pasaban desapercibidos, porque llegaba a su casa golpeada, pero no ameritaban su atención ni interés de saber que pasaba con su hija.

Relata que es más sensible a la violencia emocional que a la física:

"Mis papas siempre me gritaban, bueno cuando estaban así enojados, tanto mi mamá como mi papá pues me gritaban, bueno con unas groserías... me decían "eres una mensa", "no sirves para nada", "hija de no se quien". Así con groserías a regañarme, pues a veces me dolían más las palabras que los golpes cuando empezaban así gritando y feo o reprochándose cosas, yo prefería que me pegaran o sea que desquitaran su coraje pegándome, pero no hablándome con palabras yo siempre guardaba silencio, yo les escuchaba todo lo que me decían, porque si hablaba me iba más mal... me decían: "Tú cállate, no tienes derecho a hablar"

Viviendo en la calle participa en varios pleitos entre las bandas por diferentes motivos que van desde darse el lujo de decir "nosotros somos los mejores" hasta por defender algo propio. En otras ocasiones por agredir a los demás, porque estaban drogados y la mayoría de la veces, casi a diario por diferencias entre los miembros de una misma banda. Sin embargo, en varias ocasiones a lo largo de la entrevista afirma que su participación en estos pleitos no era indiscriminada. Cuando veía la situación muy difícil prefería no entrarle.

Vida en la Calle: Michelle sale de su casa a los 15 años debido a las prohibiciones del padre de no ir a fiestas ni a bailes, cosas que le gustaban mucho, por lo que lo desobedecía y esto provocaba que el padre la golpeará con cinturón, además que la insultaba. Se sentía muy humillada y con mucho coraje. Sin embargo, no decía nada, siempre guardaba silencio pues de lo contrario le iba peor. Relata que le decían: "Tú cállate, no tienes derecho a hablar"

"Porque estuve platicando con un muchacho y mi mamá me llamó la atención y ya en la tarde le dijo a mi papá y pues mi papá me pegó muy feo, hasta que se cansó dejó de pegarme...porque estuvo pegue y pegue y no se paraba, no? de pegarme con cinturón, con un cinturón que dolía demasiado, me acuerdo y ya fue todo, os

ea ya no que después ni que onda... y esa vez que tenía mucho rencor, no quería ni salir. y pensé salirme de la casa .. ya me había salido varias veces pero ellos no querían que me saliera y luego es otra forma de vengarme yo, o sea , de vengarme salirme de casa".

La golpeaban y amenazaban cuando inició a salirse de su casa Le aseguraban que si volvía hacerlo, nunca más recibirían, lo cual no cumplían y Michelle dice que no entendía lo que pasaba Afirma que a los 15 años inicia el llevar una "vida ingobernable".

De su casa se viene al Distrito Federal, primero a casa de una tía y después de una amiga que la mete a trabajar en una casa, trabajo que deja cuando inicia a drogarse. "Taloneaba" para tener dinero e ir al cine y comprar la droga.

Dormía junto con los chavos de la banda a la que perteneció, en un lote baldío o en cuartos de vecindad, que utilizaban además para drogarse Narra que se juntaba con chavos no tan grandes, pues lo mayores "ya eran otra onda más gruesa". Participó en varios pleitos entre bandas para saber cuál era la mejor Su bando se llamaba "Seis almas" porque inició con ese número de miembros y andaban por Observatorio Entre la banda se comunicaban agregando a cada silaba de las palabras fa,fe,fi,fo y fû, según correspondiera a la vocal de la silaba. Le pusieron el apodo de "Golfita", porque se juntaba mucho con otra chava mayor que conocían como "La Golfá". La bienvenida a la banda era una patiza

Sus pleitos eran con navajas y aunque intentó utilizar los chacos, prefirió no pelear con ellos porque nos los dominaba bien Afirma que se drogaba para tener valor y pelearse y para sacar su coraje, su rencor y para desquitarse Cuando se salía de Casa Alianza se iba por el rumbo de Garibaldi y Taxqueña No tiene ningún tatuaje

En varias ocasiones menciona haberse abstenido de participar en situaciones que valoraba de mayor peligro y reconoce que le daba miedo, como la primera vez que la subieron a una patrulla por haber robado. Le dio mucho temor que la llevaran al Tutelar o a la cárcel Los patrulleros le quitaron su droga y pensaba: " A ver quien se cansa primero, ellos de quitármela y yo de comprarla"

Participó en varios robos drogada, pero no recuerda más. Los robos no eran planeados sino a la primera persona que cayera. Robaban jalando las bolsas o en grupo, sin utilizar armas. Estando sobria le daba miedo robar.

Salud reproductiva: Tuvo su primer menstruación a los 13 años y menciona que siempre ha sido irregular. Si le gusta ser mujer aunque le apenó cuando su cuerpo empezó a cambiar porque ya no podía meterse desnuda al río a bañarse. Se siente a gusto con el cuerpo que tiene en la actualidad.

A los quince años fue su primera relación sexual con un novio que tuvo y por el cual no sentía cariño. sólo fue para tratar de olvidar a l que de verdad le interesaba y que terminó con ellas porque andaba en la calle. Por esta razón la primera vez no le gustó. No tomó ninguna precaución porque le valía, pensó en abortar si quedaba embarazada.

A la fecha de la entrevista considera importante cuidarse para no contraer ninguna enfermedad. Conoce lo que es el SIDA y se hizo una prueba que resultó negativa. Afirma que nunca se la antoja tener relaciones sexuales y tampoco le llaman la atención, tal como le sucedía en el pasado.

Vida en la institución: Un chavo que conoció en la calle la llevó a Casa Ecuador y de ahí la mandaron a Casa Alianza. A la fecha de la entrevista tiene 5 meses de vivir ahí. Su vida en instituciones ha transcurrido entre Casa Alianza, Alcohólico Anónimos y sus citas a tratamiento en el Centro de Atención Toxicológica y el Centro de Integración Juvenil.

Relata que el tratamiento que ha recibido son "puras pláticas", sin ningún medicamento. Como parte de su proceso en Casa Alianza le consiguieron un trabajo de contestar teléfonos el cual dejó porque no se sentía bien pues no sabía relacionarse con gente que no conocía. Afirma que la última parte de su proceso de rehabilitación inició cursos de hotelería para poder trabajar.

En su estancia en Casa Alianza tuvo momentos difíciles como cuando se sintió presionada porque le llamaron la atención por no asistir a sus citas en el Toxicológico, el cual dejó porque le quedaba muy lejos. Se imaginaba que si fallaba la sacarían de la Institución y la remitirían a otra casa hogar o con su familia, lo que le provocaba ansiedad. Repite varias veces que no le gusta sentirse presionada pues esos hechos le recuerdan a su papá que le gritaba muy feo. Agrega que en esos malos momentos siempre hubo alguien que estuvo a su lado, que le ayudaba a tranquilizarse y relajarse.

Durante la entrevista narra varios momentos en los que reflexiona sobre lo que ha hecho y lo que ha pasado, como cuando afirma que decidió quedarse a vivir en Casa Alianza porque se dio cuenta que la vida en la calle no era para ella.

" Yo me daba cuenta que vivir en la calle no era para mí, este.. eso no era mi vida . y que aspiraba a otras cosas, yo quería otras cosas para mí. . Muchas veces me salí , no sé no las conté.. pero tuve varias salidas, a lo mejor aquí si han de tener cuántas veces me salí, las anotan, pero regresaba a bañarme o pa'comer... pero siempre traía en mi mente "yo quiero cambiar"., "quiero dejar las drogas y convivir" y estar bien, estudiar y tal vez ser mejor".

Expresa lo que piensa actualmente de su familia:

"Ahora que ya he reaccionado y veo las cosas de diferente manera si me dan ganas de regresar a mi casa, de hecho un día le comenté a la capacitadora del hogar que sí, que tengo ganas de regresarme con ello ...pero cuando sea más grande y termine mi tratamiento, porque para volverme a salir no tiene caso. Ahora veo que era una tontería desquitar mi coraje pegándole a mis hermanos más chiquitos."

Religión: Aunque su familia es católica relata que no todos los domingos iban a misa, sólo cuando era una misa así de ellos, entonces sí iban cada ocho días. Afirma que la religión sí es importante para ella y actualmente va a misa. Dice sentirse culpable porque ofende a Dios y no trata de estar bien con él ni consigo misma. Siente remordimiento de conciencia por haber robado.

Sentido de la vida: Cuando se le pregunta sobre este aspecto responde: "Estudiar, hacer una tesis, ser profesionista y casarme" Quiere estudiar trabajo social. A lo largo de la entrevista agrega que se ha propuesto no regresar a su casa hasta que termine el tratamiento que recibe para no volver a caer en las drogas porque no le gusta quedar mal. Quisiera nuevamente recuperar el cariño y la confianza de sus papás

Cuando reflexionó después de que se sintió presionada y dejó el tratamiento en el Centro de Atención Toxicológica le dijo a su consejera: " Ya quiero terminar con todos mis problemas, además quiero vivir, terminar todo eso y ¿cuándo voy a poder ser feliz?" Relata además que le preocupa no tener un trabajo y dinero

Aspectos Psiquiátricos: Respecto a la ansiedad, depresión y trastornos de alimentación afirma que seguido siente que no vale nada. Se siente pecadora porque se salió de su casa, porque dejó de estudiar cuando le daban oportunidad y porque tuvo relaciones sexuales. Se siente inferior en relación con sus amigas que siguieron estudiando. Dice que todas las cosas malas que le han pasado fueron después de haber dejado de consumir droga, refiriéndose a que llegó a pensar en suicidarse cuando veía a las chavas que se cortaban las venas, pero admite que solo lo pensó porque le daba miedo.

Asocia el consumir droga con no tener hambre y el dejar de consumir con subir de peso. Dice que siempre tiene la boca seca. Cuando llegó a Casa Alianza e inició a comer mejor, subió 15 kilos. Comía mucho y lloraba porque le daba hambre. Llegó a provocarse vómitos. Tomaba mucho té en las noches. Tomó pastillas para que no le diera hambre y unos sobrecitos de laxantes, ambos se los daba la enfermera de Casa Alianza.

Cuando esta nerviosa sentía hormigueo en manos y pies. Llegó a sentir que temblaba y que todo a su alrededor era irreal cuando andaba en la calle debido a que "estaba en ese ambiente y para mí, para mi ideal, no me sentía bien". Otro temor era morirse drogada, o estando drogada aventarse. Tenía miedo de actuar de manera loca y este temor le quitaba el sueño a tratar de estar despierta. Relata que el día la hacía sentirse bien y que en la noche tenía miedo: "que tal si me quedaba ahí y ya", siempre que se acostaba pensaba que al otro día ya no iba a despertar y se asustaba. Dice tener problemas para dormirse y que todo el día tiene sueño. Que siempre se despierta después de la hora que van a despertar a los demás. Cuando se siente preocupada o inquieta cuenta del uno al mil y como se fastidia, mejor se duerme. Afirma que ya dormida tiene sobresaltos.

Relata que a veces le invade la tristeza, que siente como si no hubiera nadie a su alrededor y el pensar que todo lo vivido ha sido un sueño le ayuda más. Cuando se ha sentido muy mal, al grado de sentirse asfixiada, siempre contó con alguien que le ayudó a tranquilizarse y relajarse. Cuando estuvo triste más de dos semanas no pudo llorar porque no le salían lágrimas.

Afirma que muy seguido amanece enojada y que todos los días se enoja por cualquier cosa. No le gusta que le llamen la atención ni que la presionen, menos alguien que no es de su familia, por eso dejó de ir al Toxicológico. Seguido cambia de opinión y dice tener dificultad para

concentrarse en la lectura. Que ha perdido el interés por cosas que antes le gustaban mucho como las fiestas, el baile, la lectura y el estudio.

Alcohol y Drogas: Empezó a tomar cervezas a los 13 años hasta quedar completamente ebria por los problemas que tenía con su papá. Sigue con licores que compraba su papá y ella se los tomaba primero con coa, luego solos, hasta perder la cuenta de lo que tomaba. Les robaba dinero para comprar más. Iba a las fiestas y ahí también tomaba. A los 15 años se sale de su casa porque le prohíben además tener novio.

Inicia a drogarse con el activo. Ha consumido inhalantes, marihuana en cigarro, chochos, alcohol, cervezas y las pastillas cervix. Nunca se inyectó por temor al SIDA. Dice que lo mínimo que llegó a consumir fue una mona y lo máxima una botella de tequila. Consumía siempre que tenía dinero y si esto no le faltaba podía seguir alcoholizada hasta dos días. Se drogaba en un cuarto de vecindad.

"De hecho por eso yo nunca me inyecté, porque a mí me daba muchísimo miedo, muchísimo, cuando yo me estaba drogando yo prefería apartarme de los chavos, o sea, porque yo creo que ya estando drogado uno no sabe ni lo que hace y puede tener unas relaciones sexuales con todos, no? . y yo de hecho yo me apartaba muchísimo, yo aparte y sola no?, no me gustaba estar con ellos drogándome"

Se drogaba para tener valor, pelearse y robar:

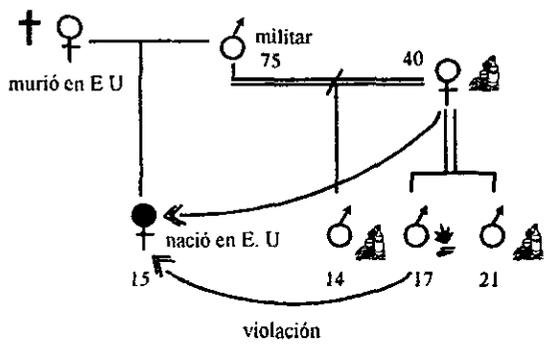
"Yo si me drogaba para pelearme, porque si no me daba miedo. Yo si solamente o sea como que se me sentía que había coraje .. había rencor porque me quería desquitar con alguien no?".

Aconsejaría a los demás que no se drogue. Lo único bonito de hacerlo es que hace sentirse bien pero no le gustaba cuando regresaba a la realidad.

CASA ALIANZA

AIMEE

FAMILIA DE ORIGEN



PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD CON LAS NIÑAS DE LA CALLE. AIMEÉ

4 Entrevistas

Aimeé tiene 16 años en el momento de la entrevista. Fue entrevistada en el Centro de Atención Toxicológica y posteriormente en el Patronato de Ayuda y Solidaridad con Niñas de la Calle. En una ocasión llegó con síntomas de abstinencia a la entrevista y en otra reunión no pudo ser entrevistada por estar intoxicada..

Familia: Aimeé proviene de una familia formada por un padre que es militar y su mamá quien murió en el momento del nacimiento de Aimeé. Sus padres vivían en Estados Unidos y por razones que ella ignora enviaron a su padre a trabajar a la Ciudad de México cuando ella todavía no nacía. Su madre murió cuando Aimeé nació y al no encontrarse el padre ni ningún otro familiar cercano presente, fue enviada a un orfanatorio. Posteriormente el padre fue a buscar a ambas encontrándola hasta que Aimeé tenía tres años de edad. Tiene dos actas de nacimiento una de Estados Unidos y otra de México. Su padre tiene 75 años de edad y es jubilado. Su madrastra tiene 40 años y trabaja en el DIF en la división de desayunos escolares. Aimeé la llama mamá.

Antes de salirse de su casa convivía en el mismo hogar con tres medios hermanos varones de 20, 17 y 16 años, todos usuarios de alcohol y el de 17 años también de drogas. Son hijos de su padre y su primera pareja.

En su casa no hay horarios ni existen reglas. Lo único que no se permite es gritarle a su papá o decirle groserías. La relación su madre nunca fue buena y rara vez salía juntas. Le demostraba afecto regalándole cosas pero no le decía que la quería. No había expresiones físicas de afecto. Con su papá la relación era más amigable ya su mamá le daban coraje y celos.

Cuando era niña le gustaba jugar a las luchas, las canicas, a correr, al basket-ball. Nadaba en la clínica 23 del IMSS.

Escuela: La mandaban al kinder con una Sra. a quien ella denomina "la piojosa", que por su falta de higiene "me pegó sus liendres" y tuvieron que rapar a Aimeé. Constantemente tenía problemas en la escuela, por lo que mandaban llamar a la mamá, pero como ella trabajaba iba la Sra. hecho que a ella le provocaba una gran vergüenza. El día más feliz de su vida fue cuando asistió su mamá a la escuela y la señaló gritándole a todo mundo "esa es mi mamá". Recuerda haber tenido

amigos Su escuela sin embargo, la escuela tenía reglas mismas que no eran respetadas. La escuela era mixta y de gobierno No fue buena alumna y le molestaba que cada vez que sus parientes de Mexicali y los amigos de la mamá iban a su casa les platicaba sus problemas: "Decía: es que mi hija reprobó año, es que mi hija sacó cero que esto y que aquello".

Aimée mide alrededor de 1.85 motivo por el cual en la escuela le decían en son de burla "Cachirola".

Violencia en casa Su mamá siempre la golpeaba "me daba cuerazos, me pegaba con lo que encontraba", en una ocasión lo hizo con tanta fuerza que perdió el conocimiento y no recordaba lo que había ocurrido. Fue hospitalizada. El papá demandó a la mamá por la golpiza pero la madre argumentó que el su pareja y su propio hijo le pegaban y le creyeron más a ella. Castigaron al padre y a la mamá la dejaron libre. Aimeé afirma que su papá jamás le ha pegado a su mamá La mamá le enseñó a fumar y a tomar (le preparaba cubas) cuando ella tenía como 7 años. La mamá con frecuencia se emborrachaba y Aimeé tenía que cuidarla.

Una vez hubo una fiesta y mi mamá se emborrachó. A los niños nos dejaron en un casa y los grandes se fueron a otro lado. Después regresó el papá de mi amigo Agustín y le preguntamos ¿Dónde dejó a mi mamá?, estábamos bien preocupados porque ahí decían que mataban y todo eso, pus mas miedo nos daba Eran como las cuatro de la mañana. El señor nos dijo: Ahí se quedó sentadota. Agustín y yo fuimos a buscarla La encontramos sentada en las escaleras y le dije: "Vente vámonos de aquí, vamos a tu cuarto a que te acuestes" y dice: "No, aquí me quedo" Nos las llevamos cargando y ya casi no aguantábamos, le dije: "Ay mamá ya ni la amuelas, todavía te quedas toda bien peda y luego el desgraciado ese ahí te deja" Se durmió pero para mí fue mala onda el señor dejarla ahí, que tal si la hubieran matado"

Su padre no toma pero sus tres hermanos si y ella considera que de forma exagerada Cuando Aimeé tenía 9 años su hermano de 17 abuso sexualmente de ella, la violó. Sin embargo cuando compartió la experiencia con la mamá no le creyó:

"Porque yo le había dicho a mi papá y no me había creído. Le había dicho a mi hermano y tampoco, mi otro hermano, luego mi otro hermano ¡menos! Y yo me

sentía mal. Pues ese día que tuve el problema, como al cuarto día apareció mi mamá y luego fui con ella y no me creyó tampoco.

-No hija tu eres una irresponsable, que se me hace que tu fuiste la que le dijiste-

Le digo- ay me saque de onda, ¡chales! Y no pues ahí muere, yo no quiero saber nada-

-Te llevo al doctor, que tal que sale que estás embarazada-

le digo-¿Desde cuando te importa tu hija? No te importa nada, desde chiquita me debiste de haber cuidado"

Sexualidad: A los 10 años menstruó siendo una experiencia traumática puesto que le ocurrió el día de su primera comunión y se dio cuenta cuando vio todo su vestido blanco manchado. Le dieron explicaciones anatómicas pero ella no comprendió nada. Además pensó que la habían violado otra vez. Considera que el cuerpo de la mujer solo sirve para tener hijos. El día que le preguntó a su mamá ¿Qué es el sexo? Le respondió con una cachetada diciéndole "niña cochina".

Afirma que no ha tenido relaciones sexuales voluntarias con nadie, ni siquiera estando intoxicada

"Me cuidaba mucho, cuidaba mucho mis defensas... hace poco cuando salí andaba con un chavo y éste quiso abusar de mi... medió mucho coraje y le empecé a pegar con un palo, ya lo estaba sangrando bastante y me desesperaba....Creo que me imaginaba que era mi hermano y más le pegaba...Lo dejé bien marcado... me llevaron a la delegación y me sacaron los de aquí, de Casa Alianza pero la verdad a mí el sexo me da asco. Me cuentan una chavas que llegan y dicen "Es que yo lo hice así y asado... hasta siento rico"....La verdad siento así como asco... no se porque pero me da asco"

Niega haber tenido relaciones con otras mujeres. En la casa una compañera le quiso meter un dedo en la vagina y Aimeé la golpeó. La otra mujer solo le dijo "uy es estás bien buena".

Vida en la calle: Estuvo por la colonia Martín Carreras, en 4 caminos, en la colonia bondojo, en el metro consulado y en la raza. Para pertenecer a una banda y probar y comprobar su lealtad el grupo con quienes se reunía, le pidieron robar una bolsa, a otras compañeras les pedía su cuerpo

y a los hombres que hirieras o mataran a alguien. Su primera actividad en banda fue participar en el robo de un cajero automático. En su banda eran más de 100 integrantes, se llamaba "Los Internados" porque casi todos había tenido alguna experiencia con alguna institución de procuración de justicia. En ella había alrededor de 25 mujeres

El día que asaltaron el cajero "los tiras" agarraron a dos mujeres y a un hombre. A ellos los golpearon y a ellas las violaron. Menciona que como rito de ingreso en ocasiones les pedían que se tatuaran una rosa cerca de los genitales. A otros les hacían caminar sobre carbón prendido. A ella le pidieron se tatuara una rosa en la planta del pie. El contenido de los tatuajes era para los hombres elegido entre un dragón, un caballo y la virgen de Guadalupe. A las mujeres una rosa y o un hombre

Cuando robaba están en banda le gustaba cargar armas tales como pistolas y navajas y le gustaba porque "picaba a cualquier personas que no me cayera bien". Sin embargo, después se sentía más, se sentía culpables sentía miedo. El dinero, "su feria" la utilizaban para su "vicio"

En una ocasión robaron en un carro del metro y se pasaron las vías del metro saltando poniendo unas tablas de madera pero cuando ella brincó las tablas se cayeron y se quedó paralizada de miedo creyendo que en ese momento se iba a morir

Menciona que estando en la calle y cuando consumía droga se sentía "la gran cosa", se sentía bien grande "como King-Kong". Un día estando bajo los efectos de la droga le dijo a un chavo "Chales mano, me gustas dáme un beso". El le contestó: "Sáquese de aquí mocosa, hueles a pañal". Robaba bolsas, luego comida.

Entre las actividades que hacían después de robar era romper vidrios. La banda se movía por San Pedro Ecatepec y tenía dos líderes una mujer y un hombre. Era común que pelearan entre ellos para determinar el liderazgo

En otra ocasión en que fue detenida junto con una compañera a causa de un robo, ella fue violada por un judicial. Después de la violación, le detectaron una infección vaginal, la llevaron a un hospital por río consulado y le recetaron "óvulos y pomadas". Dice del SIDA " es una enfermedad que te da por un virus, se contagia uno por transmisión sexual, por inyectarse con otras personas, por tatuajes", se lo enseñaron en Casa Alianza. Sin embargo, se ha inyectado compartiendo jeringas, la justificación "Ay pues si me da con mayor razón me muero más fácil".

En una ocasión Aimeé se rompió una clavícula al caerse en una coladera, solamente en una Hospital de Iztacalco la quisieron atender. No quería quedarse en el hospital por miedo a las enfermeras.

Refiere que en uno de los albergues, no perteneciente a Casa Alianza, la golpearon por salirse sin permiso. "Me dio unas cuerizas que no las voy a olvidar jamás" El responsable siempre se dirigía a ellas llamándolas "Muévanse hijas de puta". Menciona que "nos dicen otras más feas, pero las demás no me las aprendí"

Relata la experiencia de maltrato:

"Coño, sabes para que sirve esto" (le mostraban un fuate) Ella contestó: No "Sirve para pegar, para romperles su madre". X y yo nos quedamos viendo asustadas y chin que nos suelta una por acá y otra por allá y si nos quejábamos nos daba más recio. . luego nos metió en el cuarto de castigo".

Después de esa experiencia se escapó y en la calle probó por primer vez la cocaína y la heroína inyectadas. Nunca antes se había inyectado Refiere "me inyecté aquí en la venita, pasaron como cuatro personas y luego yo...con la misma aguja .como estaba bien mensa con mi activo nomás sentí como me estiraron y ya.... alucinaba con todas las cosas que he soñado".

Posterior a la experiencia experimento mucha sed, mucha hambre y sueño. Además se sentía muy agresiva, con vómito y débil. Sus amigas le dijeron que caminaba por la orilla de un puente. Ella solo recuerda que veía a la muerte y le extendía su mano, pero la sensación era agradable

Psiquiátricos

Depresión. Refiere haberse sentido triste, con ganas de lloras y con problemas para conciliar en el sueño desde los nueve años. Menciona tres intentos de suicido En el primero después de una experiencia de violencia se tomó con una amiga 250 medicamentos porque se quería morir . La llevaron a un servicio de urgencias donde la inyectaron, le lavaron el estómago y las trasladaron al psiquiátrico infantil Les dijeron "están locas hay que mandarlas a un hospital psiquiátrico" Llegó al psiquiátrico infantil inconsciente. Cuando despertó una enfermera le quiso dar a tomar medicamentos, Aimeé se oponía pues pensaba que se moriría. Se suscitó una discusión entre ella, Aimeé se enfureció, sentía que eran más drogas y se sintió desesperada. Se agitó y aventó a la

enfermera Le pusieron una camisa de fuerza Ella solo recuerda que gritaban "agárrenla porque se escapa". En el segundo se iba a aventar de la azotea y la detuvieron. El tercero ocurrió en un viaje a Veracruz después de que su padre la regañó, se aventó a un pozo pero la sacaron, su abuelto la encontró

Estando en Casa Alianza en una ocasión llegó intoxicada, maltrató a un consejero, le aventó un vidrio y ella se clavó un cuchillo en la pierna Perdió el estado de conciencia La recogió la Cruz Roja, ella escuchaba que decían ¿No está muerta verdad? Pero ella no podía contestarles, no podía abrir los ojos

Carving: Se refiere a ella misma con un problema de "agresividad", que le es difícil de contener. Cuando era niña se agredía ella misma, se rasguñaba y se abría la cara. En ocasiones le pegaba a la pared, decía grosería

Ansiedad: Los síntomas siempre los ha tenido cuando pasan los efectos de las sustancias especialmente del pvc y el thinner.

Trastornos de la alimentación: Menciona sentirse gorda permanentemente lo que le ha llevado a inducirse el vómito. refiere que su menstruación desaparece cuando ella deja de comer.

Vida en la institución: No le gusta permanecer ahí porque no siente control alguno Preferiría estar internada en el psiquiátrico infantil porque el ambiente es tranquilo. De hecho se siente orgullosa de una fotografía que le tomaron en el jardín de la institución.. En Casa alianza se sale de noche al patio a caminar, dando vueltas.

Drogas Marihuana, solventes (Activo, barniz, chemo, pvc, thinner) Gotas, alucinógenos (hongos, champurrado) chochos, chocolates (estimulantes), cocaína, heroína y alcohol Menciona que su lugar predilecto para conseguir drogas es Puebla donde existen cultivos de marihuana y alucinógenos El champurrado lo conocen coloquialmente como picarrón que es una planta alucinógena parecida a la sábila a la que le sacan las babas y se la toma. La combina con el activo para que el efecto sea más rápido. En la Ciudad de México no la puede conseguir. Cada una de las plantas le cuesta \$55.00 la pieza

Sobre el lado bueno de las drogas." Desquitas tu coraje, alucinas chido, te sientes bien y todos tus recuerdos se te van", de lo malo "una vez que le entras difícilmente te sales .. te puede

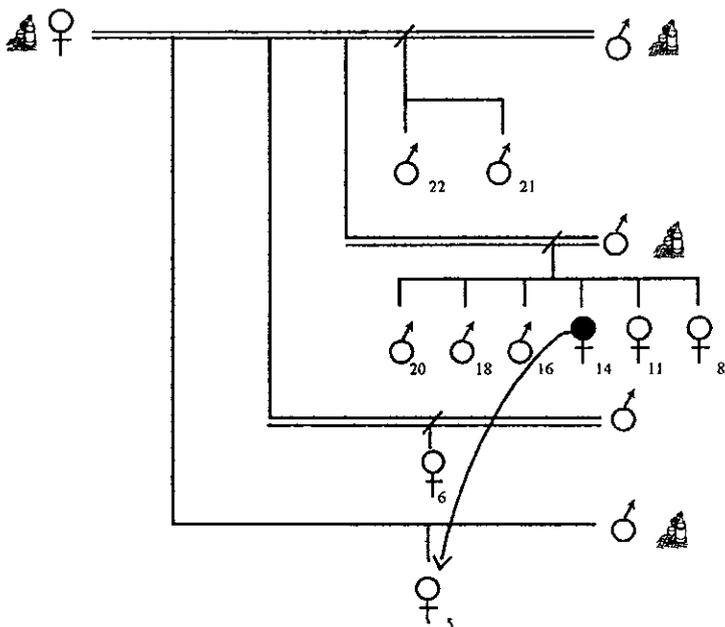
explotar el activo .. cuando te duermes con él con las chispas de las cobijas se prende y te puede explotar"

Sentido de la vida Está convencida de que no quiere estar en la calle y de no encontrar el sentido de su vida. Los demás le dicen que esta loca. Solo siente paz cuando se encuentra en el hospital psiquiátrico porque fuera de ahí todo el tiempo no puede dormir y tiene pesadillas. Le gustaría ayudar a la gente porque "siento que si yo tuviera una familia probablemente no sirviera bien como madre. tal vez los lastimaría... no le encuentro chiste tener pareja

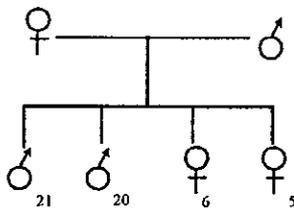
CASA ALIANZA

MONICA

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



PATRONATO DE AYUDA Y SOLIDARIDAD CON LAS NIÑAS DE LA CALLE. MÓNICA

3 Entrevistas

Mónica tiene 14 años a la fecha de la primera entrevista el 10 de Octubre de 1995. Su vida ha transcurrido en períodos de estancia con su familia y los Albergues "Villa Estrella", "Emma Godoy" y Casa Alianza.

Familia La familia actual de Mónica está formada por su madre, padrastro, y 10 hermanos, de ellos, los dos primero son de un papá, los seis siguientes son del papá de Mónica y hermanos de ésta; las dos últimas son de papá diferente cada una. La madre ha tenido 4 parejas. Mónica no conoció nunca a su padre ni tiene referencias de él.

Los primeros hijos fueron varones y las cinco últimas mujeres. Víctor de 22 años, Armando de 21, Esteban de 20, Toño de 18, Goyo de 16, Mónica de 14, la que se fue con su abuelita de 11, Lupita de 8, Anita de 6 y Nayeli de 5. Afirma que no conoció ni a sus abuelitos, ni a tios ni primos. De los 10 hijos, sólo 4 viven actualmente con su mamá el padrastro: Armado, Esteban, Anita y Nayeli. Víctor se fue de la casa. Toño se junto y tiene familia aparte. De Goyo no sabe nada y Lupita, según dice fue su compañera durante un tiempo en su vida en la calle. Actualmente está en una Casa hogar en Toluca.

Su vida en familia transcurrió en cinco casas distintas. Primero en casa de sus papás, luego a lado de unos compadres de sus papás, a quienes Mónica les llama en ocasiones "mis padrinos", después su mamá rentaba un cuarto de donde el padrastro las sacó y llegaron a la colonia Caracol por Indios Verdes. La última referencia que da es una casa por San Pedro La Milpa, rumbo a Tlalnepantla.

El alcoholismo y la violencia es lo que caracteriza su vida en familia. Informa que tanto su papá como su mamá, sus hermanos y actual padrastro son alcohólicos. Ella y otro hermano además consumen diferentes drogas. No se tienen datos de cómo fue la vida de su mamá con el padre de Mónica. Desde pequeña fue testigo de golpes e insultos entre los diferentes miembros de su familia y víctima de los que le daba su mamá, hermanos mayores y padrastro.

Recuerda que su mamá la peinaba y arreglaba con sus vestidos para salir a pasear los domingos, día que aprovechaban generalmente para ir a la Villa de Guadalupe. Cuando era

pequeña su mamá la llevaba a la casa donde trabajaba como doméstica, situación que recuerda con agrado, ya que la señora para la que trabajaba su mamá era buena persona y hasta le festejaba su cumpleaños con un pastel. Conforme fue creciendo, su mamá ya no la llevaba sino que le pedía que cuidara a sus hermanos más pequeños, lo que no hacía, pues prefería salirse a jugar con una vecina que tenía muchas muñecas y llevarse ahí las de ella.

Su mamá inició a golpearla precisamente cuando le pedía trabajos como cuidar a sus hermanos y Mónica no lo hacía. Lo mismo sucedía cuando le pedía traer tortillas y prefería irse a jugar a las maquinitas, o cuando una vecina que le llevaba seis años la empezó a "sonsacar" para salirse a la calle. La respuesta de su mamá ante estas travesuras era golpearla y dejarla encerrada. Pero a ella no le importaba porque desde pequeña aprendió a saltarse por las ventanas para salir del encierro. Mónica dice que no había confianza en su relación con su mamá. Tampoco había demostración de cariño entre ambas, sólo los pequeños detalles que recuerda cuando era muy niña. Sin embargo, afirma que nunca tuvo valor ante ella de defenderse cuando la golpeaba, sólo le quitaba el cinturón con el que la golpeaba y se lo echaba a la azotea. Nunca recibió dinero para ella de su mamá, ni mucho menos de su papá.

Infancia Relata varios cambios de casa, viviendo situaciones de miseria y aglutinamiento en una o dos cuartos para toda la familia. Recuerda una de esas casas, la de sus padrinos, con un patio grande, con guajolotes y árboles, a los que le gustaba subirse y arrancar higos.

Desde pequeña se familiarizó con bebidas alcohólicas ya que afirma que los adultos le daban cervezas, pulque y aguamiel en situaciones como el velorio de su madrina; en esas situaciones los adultos la sentaban en sus piernas y le ofrecían dichas bebidas, ya que ellos iniciaban a tomar desde la mañana y hasta la una de la mañana del día siguiente paraban. Su madre también es alcohólica aunque afirma que nunca faltó a su casa. No recuerda haberla vista enferma alguna vez.

Escuela Informa que de pequeña asistió al kinder. A los seis años inicia su educación primaria pero sólo cursó el primero y segundo años en escuelas vespertinas ya que después se fue de su casa y nunca hasta la fecha, volvió a pisar una escuela formal. No tuvo buena relación con sus maestros ya que éstos también la maltrataban. Los consideraba "chismosos" porque le informaban

a su mamá que se iba de pinta. De hecho, esta situación influyó para que dejara también la escuela.

Estando en el albergue "Emma Godoy", y a la edad de 9 años estuvo inscrita nuevamente en la escuela, pero la dejó por el problema del secuestro de los niños que llevó a "Mamá Lupita" a la cárcel. Informa que en su proceso dentro de Casa Alianza escogió cursos de cocina y de belleza.

Vida en la Calle: Inició a salirse de su casa cuando tenía seis años porque una vecina la sonsacó para irse a platicar con unos señores que cuidaban las bombas de agua en su colonia. Esta vecina, que tenía 12 años, le enseñó que camión tomar para salir de la colonia y llegar al metro. Fue precisamente ahí donde se perdió la primera vez y unos gitanos se la querían robar. En su siguiente salida y perdiéndose en el metro, unas personas la llevaron al albergue "Villa Estrella". Ahí fue como conoció esta institución. Vivió ahí aproximadamente un año, entre escapadas y periodos de permanecer en la calle. Se inicia en las drogas con una "mona" que le gustó. Se escapa por los maltratos recibidos, pero la encuentra y Mónica informa la dirección de su casa a la trabajadora social, quien nuevamente la regresa a su casa.

Aquí permanece hasta los 8 años pero debido a que su padrastro la golpeó porque no quería bañarse y pensó que no tenía por qué soportarlos, ya que no era su padre ni la mantenía, ni le gustaba el trato que le daba a ella y a su hermanita, decidió irse nuevamente de su casa, pero llevándose a su hermana. Lupita que tenía alrededor de 6 años se van al albergue que previamente había conocido. Escapa de ahí para irse al albergue "Emma Godoy".

Identifica la calle como la salida al maltrato que recibía tanto de su madre, padrastro, hermanos, maestros y personal de los albergues. Relata que en la calle sólo la pasaba drogándose porque no le daban ganas de comer. Sólo se drogaba, jugaba y peleaba. Nunca quiso parecer "rajona", con sus compañeros de ella, lo que la llevó a utilizar navajas en sus pleitos callejeros. Estos y los robos que inició a cometer para tener dinero y comprar la droga la llevan al Tutelar de Menores de donde también se escapa.

Aparecen luego los Educadores de Calle, cuando tiene 11 años, que la llevan a Casa Alianza (ahí cumple los 12) pues otro niño de la calle les pide que se la lleven porque está muy chica para estarse drogando de esa manera. Al conocer el sistema de Casa Alianza tampoco le

gusta y se escapa en busca de su hermana Lupita que se había quedado en el albergue Emma Godoy. La mamá Lupita se ve envuelta en el asesinato de dos niños, por lo que lleva nuevo personal al albergue que las trata todavía peor. Escapa con su hermana con la idea de estar juntas en Casa Alianza pero ahí no las admiten a ambas. Vuelven a la Villa Estrella donde son separadas y su hermana es trasladada a un albergue en Toluca. Entonces Mónica vuelve a Casa Alianza donde narra que inicia su proceso de Refugio, Transición y Hogares hasta entrar a una escuela, (tomar cursos) y volvió a tener contacto con su mamá. Al momento de la entrevista llevaba año y medio viviendo en Casa Alianza.

Cometió varios robos, Primero a su mamá, 10 mil pesos de la alacena. Después quitaba bolsas en la calle amenazando a las personas con una navaja. En una de las vueltas a su casa le robó al padrastro 300 mil de la renta. Otros los realizó drogada y no recuerda lo que hizo.

Salud reproductiva: Mónica afirma que de pequeña se quitaba los vestidos que le ponía su mamá para ponerse pantalones pues así se sentía mejor. Que no le gustaba ser mujer ni los cambios físicos que tuvo su cuerpo al crecer. Su menstruación inició a los 12 años y le trajo más problemas estando en la calle, pues tenía que llevar sus cuentas. Relata que para ella ser mujer era una desventaja y que no supo qué hacer una vez que su cuerpo empezó a cambiar pues antes usaba pantalones y pelo corto, lo que le permitía disimular un poco su sexo.

" .Es que primero andaba en la calle, no tenía nada de busto ni nada, pero o se.. me vestía como hombre y me cortaba el pelo, pero cuando me empezaron a crecer luego ya no hallaba ni como hacerle, porque pues se me notaba y siempre me ponía la mano así y así me la pasaba tapándome"

Es hostigada por los chavos de la calle para tener relaciones sexuales "porque luego los chavos de ahí me decían ¿Qué...te abres?, entonces yo les decía que no y me pelee a navajazos"

Dice que está contenta de no "salir con esa enfermedad de ahora... el SIDA", pero que no tiene mayor información al respecto. Afirma que nunca ha tenido deseos de tener relaciones sexuales.

Mónica fue violada a los 14 años de edad por unos policías de la delegación donde se reunía con sus cuates. No supo decir cuál. Le provocaron una fuerte infección que en Casa Alianza le trataron. Antes de esta entrevista no había mencionado a nadie la violación que sufrió.

Vida en la institución: Tanto su estancia en la calle como su presencia en los albergues están intercaladas por periodos en los cuales regresa a su casa, en un constante entrar y salir, llegar e irse, conforme va respondiendo a lo que acontece en su vida.

Narra algunos de los actos violentos a los que fue sometida ella, su hermana y los demás niños que estaban en el albergue "Emma Godoy".

" Y esa vez que me salí, nos amarró a las literas y nos baño con agua fría, después no puso hacer sentadillas toda la noche, o sea que no nos dejó dormir. Cada vez que llegaba me enteraba que le pegaban a mi hermana, o sea que esa señora le pegaba mucho, le pegó con un tacón de zapatilla en la cara y le sacó sangre y me dijo "Véle a lavar la cara". Una vez se nos hizo tarde y era día de examen y llegamos a la casa diciéndole que no alcanzamos y nos dijo que éramos unos imbéciles porque no aprovechábamos los que nos estaban dando y pasaba uno por uno de los que no alcanzamos la escuela, teníamos que pegarles a nuestros compañeros y después pasaban ellos y nos pegaban a nosotras"

Esta situación de represión y el hecho de enterarse que su mamá había entregado las actas de nacimiento de ella y su hermana a las autoridades del albergue, la lleva al aumento en el consumo de drogas, ya viviendo en la calle, por el rumbo de Cuatro Caminos, por donde está la discoteca "La Boom"

"Llegamos allá y nos dijeron que ¿por qué nos habíamos salido? Que no me la hubiera llevado a ella, yo les dije que era mi hermana y no la pensaba dejar en mi casa; me dijeron que mi mamá ya les había entregado mi acta y eso, que esa señora podía hacer conmigo y con mi hermana lo que quisiera porque mi mamá le habido dicho que a ella nosotras no le interesábamos y .. .este.. entonces ...esa vez me sentí mal y me volví a salir y deje a mi hermana y ahora sí me drogué más fuerte y ahora sí que le entré a los chochos, a las gotas y a todo...o sea a la cocaína y a eso"

Violencia Mónica se ha visto sometida desde pequeña a todo tipo de violencia física. Los malos tratos e insultos de la mamá, los hermanos y el padrastro en su casa. Los maestros en la escuela y los abusos más sofisticados de los albergues como los narrados en los párrafos anteriores. Desde

porque fue testigo de los pleitos y golpes que recibía y daba su mamá, tanto por sus diferentes parejas como por sus hijos mayores

En la calle siguió viviendo en medio de violencia física, tanto para poder sobrevivir (los pleitos donde utiliza navajas para defenderse de otras chavas de la calle que peleaban por los novios, para defender su ropa y zapatos, etc.), como cuando es golpeada por otro chavo quien le dice que esta muy "morra" para drogarse.

Narra que desde chica aprendió a saltarse por las paredes pues su mamá la dejaba encerrada para que cuidara a sus hermanos. Su habilidad para brincar se perfeccionó en su paso por las diferentes instituciones en las que vivió y se escapó.

Cualquier intento de romper el círculo vicioso de la violencia en las instituciones por parte de los niños es bloqueado en los albergues por el personal ya que si algún adulto trata de ayudarlos se les amenaza con denunciarlos como secuestradores de pequeños.

"...En la casa y este sí le sacó sangre, entonces me dijo ¡véle a lavar la cara! Y yo le dije "no, pero porque si yo no le pequé y entonces le hace " ¡Qué vayas imbécil!" ... me grito porque así era su costumbre de hablar. entonces ya la llevo y yo ya estaba pensando "ahora me voy y me la llevo" y sí me salí con ella y otra chava que también se llevó a una de sus hermanas, una más chiquita, era de dos años y nos fuimos con su mamá, pero después este.. o sea la señora de ahí le dijo que sí no nos entregaba que le iba a echar a la policía o sea que le iba a decir que ella nos robó y ya este nos mandó y pues llegamos otra vez de vuelta al albergue".

Religión Mónica viene de una familia que acostumbraba salir a pasar a la Villa para asistir a misa, aproximadamente cada mes. Dice que son católicos y que para celebrar la Navidad su mamá compraba un árbol para adornarlo y les tenía sus regalos, aunque agrega que en esa época ella no les entendía nada " a esas ondas". Al final de la entrevista afirma que cree en lo que su mamá le enseñó sobre la religión y que para ella es importante.

Sentido de la vida Desconoce cuál pueda ser el sentido que tenga su vida. Narra que cuando le asignaron consejera en Casa Alianza ésta le preguntaba qué pensaba hacer y le decía

"Ay pues yo nada, yo drogarme o sea yo me voy a seguir drogando!" y pues ella me decía " no pues estás mal, eso está bastante mal"... y yo le decía. " no pues no es cierto" y luego le decía "es mas, eso es mi vida, pero pues ya no tengo nada ni nadie,

es más, no tengo nadie que me diga ni nada". .entonces me volvía a salir y me empecé a drogar No.. bueno yo no tomaba en cuenta a nadie... yo así como si no existieran ni nada, yo nada más me la pasaba y yo decía cuando me drogaba" ¡Soy feliz!.. así yo decía tanto disparate".

Aspectos Psiquiátricos En relación a los aspectos de ansiedad, depresión y trastornos de alimentación afirmó que cuando deja de consumir drogas sube de peso. Narra experimentar mucha ansiedad cuando deseaba drogarse al grado de hacerse daño con navajas en diferentes partes de su cuerpo como muñecas, brazos, piernas y cara Su cuerpo está lleno de cicatrices en las partes mencionadas

A los 13 años intentó suicidarse una vez cortándose las venas cuando se estaba bañando La sorprendió una consejero de la Casa Alianza.

Uso de alcohol y drogas. Desde pequeña, aproximadamente tres o cuatro años inició con pulque, aguamiel y cervezas. En la calle empezó con una mona que si le gustó Narra que conforme se presentaban situaciones que la molestaban o la herían, consumía más drogas, de diferentes clases hasta llegar a mezclarlas, como cuando se enteró de las actas de nacimiento y cuando fue violada. Acostumbraba robarle el alcohol a los teporochos.

"¿Cómo las he consumido? .. la cocaína por la nariz, la mota fumándola y el PVC pues lo absorbía, las pastillas pues me las tomaba con refresco o con cerveza o sino cuando era el chemo, pues lo echaba en un frutsi o en una bolsa y pues lo inflaba Primero empiezo con la cocaína y después me hacía mi cigarro y me lo fumaba, después me echaba este gotas ..de las gotas ..este agarraba mis chochos y me los tomaba con cervezas a veces de ahí este me las ponía con el bote de chemo y se me acababa".

Dice que a todo le ha entrado y con todo se ha cruzado, al grado que en una ocasión ya "me estaba quedando en el avión" Tuvo alucinaciones como ver que la sangre brotaba de las paredes y ver a su hermana Lupita Sus "alucines" le duran aproximadamente hora y media y cuando siente que se terminan, vuelve a drogarse porque quiere saber si alucina algo mejor Presente síndromes de abstinencia que es lo que la ha llevado a recaer y al intento de suicidio

Como resultado de su vida en la calle tiene tres tatuajes. Uno con el nombre de Miriam que dice ser su mejor amiga en la calle, otro con la *figura de un conejito* y el último es una H. Según ella no supo quién ni como se los hicieron. Fue en un "alucin" Cree que los más bonita de drogarse es haber visto a su hermana en sus alucinaciones y lo mas feo cuando se le pasa el efecto y vuelve a la "triste realidad".

Asegura que nunca dijo en las instituciones donde vivió con que se drogaba, ni pidió ni busco ayuda porque no sabía a quien acudir "De haberlo sabido hubiera aceptado".

CAPITULO 6. SERVICIOS DE TRATAMIENTO

La sexualidad humana es caprichosa, variable, múltiple, a veces silenciosa, alejándose de la consistencia y ritmo regular .
Emilce Dio Bleichmar

LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO

Para muchas mujeres adictas el pedir ayuda para modificar sus estilos de vida no saludables, constituye un paso fundamental. La mujer tiene que sobreponerse a su propia inseguridad y miedo, particularmente si tiene uno o varios hijos.

En general, la literatura sobre adicciones concuerda al señalar que las metas de un servicio de tratamiento en adicciones busca entre otras cosas: el atraer y retener a sujetos que tienen un problema y propiciar su recuperación; reducir el consumo de alcohol y de otras drogas de dichos sujetos, mejorar su salud física y su bienestar psicológico y mejorar el funcionamiento social, económico y familiar.

La investigación ha demostrado que una sola modalidad terapéutica no es suficiente para todos los individuos y diversas personas pueden mostrar diferentes grados de avance de acuerdo a los diferentes estilos terapéuticos (o la combinación de los mismos) en diferentes etapas de la vida. El CSAT (1994) señala como principales estrategias de tratamiento para las adicciones.

- *El tratamiento farmacológico que puede incluir la utilización del antabuse, la utilización de la metadona o la utilización del naltrexone.
- *El tratamiento psicológico que puede incluir el biofeedback, la psicoterapia que involucra al paciente, a sus familiares y a otras personas que le sean significativas.
- *Otras alternativas terapéuticas como la acupuntura.
- *El aprendizaje social que generalmente requiere que el sujeto logre la abstinencia y permanezca libre de consumo. La meta de la estrategia se basa en ayudar a el o la paciente a resolver necesidades sociales: casa, trabajo, etc.

De acuerdo a las modalidades terapéuticas éstas pueden ser: de internamiento para la desintoxicación¹, de tratamiento residencial o rehabilitación², tratamiento en consulta externa³ y grupos de autoayuda⁴.

Sin embargo, a pesar de que existen modalidades que han probado ser exitosas, la habilidad de estas instituciones para atraer a las mujeres es en ocasiones cuestionable y en casi

¹ La desintoxicación puede durar entre uno y siete días. Sin embargo, la estancia puede ampliarse para mujeres que están dejando sustancias de prescripción, para mujeres que tienen embarazos de alto riesgo, para mujeres que tienen otros problemas de salud mental incluyendo por ejemplo la bulimia.

² Se brinda a aquellas personas que pasando la desintoxicación necesitan estar en un ambiente estructurado y controlado por un periodo prolongado de tiempo. Generalmente se recomienda a aquellas personas que tienen síntomas graves de abstinencia, manifestaciones psicóticas como alucinaciones o enfermedades físicas graves que se derivan del consumo de sustancias como la hepatitis.

³ Son programas que no implican que el sujeto permanezca en una institución pero que participe activamente en un programa que puede variar entre 30 días y varios años. Los programas menos intensos requieren visitas de dos veces por semana generalmente combinando con un grupo de autoayuda.

⁴ Este tipo de agrupaciones son descritas en el siguiente capítulo.

todos los países del mundo, exceptuando los Estados Unidos⁵ y los países Escandinavos, el progreso en tener servicios sensibles al género es limitado.

Las mujeres cuando solicitan ayuda con frecuencia lo que enfrentan es la discriminación, sobre todo si la sustancia de la que abusan es ilegal. Esta cuestión de la ilegalidad generalmente las pone en riesgo de tener una vida más caótica, a que si solo consume sustancias como el alcohol o drogas médicas.

De acuerdo a Ettore E (1992) la mayoría de los hombres y mujeres adictos a sustancias psicoactivas son iniciados en el consumo por un hombre y casi siempre las primeras experiencias con las sustancias son adquiridas en forma gratuita. No es raro encontrar reportes etnográficos que describen que el uso de drogas ilegales y sus redes y estructuras sociales de distribución y venta, estén controlados por los varones (Aguilar y cols 1995). Sin embargo, los servicios de tratamiento con frecuencia también están controlados por varones y la mayoría de las mujeres que solicitan ayuda en este sistema encuentran estrategias de tratamiento (de psicoterapia, de consejería, de terapia de grupo) que no están orientadas genéricamente, tanto en el contenido así como en la forma el servicio. El ingresar a tratamiento y el buscar ayuda debería disminuir, en lugar de exacerbar una crisis. Sin embargo, no siempre es así.⁶

Lo que ocurre es que el modelo médico tradicional de enfermedad, no registra la importancia de lo contextual en las vidas de este grupo de mujeres y las soluciones de ayuda que se les brinda, no contempla otras necesidades importantes tales como el tener un lugar donde vivir, un empleo o asistencia legal. O a la inversa, se brinda lo anterior sobre todo en los albergues, mas no se investiga la severidad de la adicción o el riesgo de morir. Estas prácticas dañan a las mujeres.

⁵ De acuerdo a Wells y Jackson (1992) solamente cuatro programas en los Estados Unidos pueden ser descritos como específicos para mujeres. El Alpha House en New Jersey, el Artemis de Nueva York; la Operación PAR en San Petersburgo Florida y el Centro de Mujeres del Bronx en Nueva York)

⁶ López Gómez (1997) refiere que un hecho frecuente entre los psicoterapeutas médicos y de otras profesiones es el tener contacto erótico con sus pacientes argumentando lo siguiente.

- a) Hay maestros de psicoanálisis y psicoterapia que se refieren con ligereza a la explotación sexual del paciente, sugiriendo que las relaciones sexuales con pacientes son fenómenos comunes.
- b) Hay colegas y aún maestros que piensan que en ocasiones la relación sexual con el paciente es terapéutica y necesaria
- c) En ciertos medios profesionales se ha cultivado la creencia de que la salud mental consiste en hiperactividad sexual y la noción de que el sano mental es un atleta del erotismo. En ocasiones se alienta a los pacientes a la expresión indiscriminada del erotismo como signo de salud mental.
- d) Muchos terapeutas carecen de la formación e información necesaria para permitirles manejar de manera adecuada el erotismo del paciente y sus propias respuestas emocionales frente al paciente" (pag. 86)

Sin embargo, concluye que poco se reflexiona en torno al prejuicio recibido por la paciente. Sus preguntas son. ¿Y la paciente? ¿Y su tratamiento? ¿Y toda la inversión emocional, de tiempo, esfuerzo y dinero que puso ella en su tratamiento?

Lagarde M (1997) lo describe de la siguiente forma

"Las mujeres comparten el maltrato médico producto de la visión machista y misógina hegemónica de la cultura médica. Son tratadas como menores de edad, infantilizadas e inferiorizadas, consideradas y educadas como ignorantes de los procesos que viven y no son tomadas en cuenta en decisiones de suma importancia para ellas. Sus necesidades vitales son minimizadas y las más de las veces satisfacerlas es prescindible, y sus males considerados naturales e inherentes a su condición sexual, por ello son disminuidos, y las manifestaciones del miedo, el dolor y sufrimiento femenino son ridiculizadas ó consideradas histéricas" (pag 18)

El tratamiento de las mujeres además puede resultar conflictivo al personal médico en ciertas áreas, en primer lugar la sexualidad y en especial la preferencia sexual de la mujer que consulta y la maternidad de una mujer adicta

De acuerdo a Lagarde M (1996) la sexualidad, materia de género es:

"el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por la diferencia sexual y la significación que de ella se hace. Constituye a las personas y las adscribe a grupos bio-socio-psico-culturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas que a su vez condicionan sus posibilidades y sus potencialidades vitales" (pag.28)

Gayle Rubin (1986) sostiene que toda sociedad está organizada mediante un "sistema sexual y de diferenciación femenino-masculino", mediante "modos sistemáticos de encarar el sexo, la diferencia sexual y los hijos", tanto como por un particular organización de la producción. Chodorow (1984) afirma que el sistema sexual y de diferenciación femenino-masculino, lo que denomina la organización social del sexo, es, como cualquier modo dominante de producción, un factor determinante fundamental y un elemento constitutivo de esa sociedad, construido socialmente, sujeto al cambio histórico y organizado de modo tal que se reproduce sistemáticamente. El sistema sexual y de diferenciación femenino-masculino consiste en un "conjunto de arreglos y disposiciones mediante los cuales la materia prima biológica del sexo y la procreación humana es conformada gracias a la intervención humana y social a fin de estabilizarla de modo convencional. El campo del sexo humano, de la diferenciación sexual y de la procreación ha sufrido la intervención y las alteraciones de incesante actividad social durante milenios. El sexo, tal como lo conocemos- identidad sexual, deseo sexual y fantasías, los conceptos de infancia- es, en sí mismo un producto social.

Partiendo de que el sistema sexual de diferenciación feminino-masculino es un producto social, los problemas que las mujeres adictas enfrentan en torno al tema son también productos sociales

Con la finalidad de acercarse a la comprensión y el significado de solicitar tratamiento para las adicciones, se exploró el modelo de tratamiento llamado "Jóvenes por la Salud" del Departamento del Distrito Federal en donde se entrevistaron a tres mujeres que accedieron a participar en la investigación así como se entrevistó al personal que labora en el mismo

Descripción del programa del centro de atención toxicológica "Venustiano Carranza".

Programa Jóvenes por la salud.

A partir de 1985 el Gobierno de la Ciudad de México, desarrolla un programa de atención integral hacia del farmacodependiente sustentado en un modelo profesional en el que se compromete a la familia para lograr la rehabilitación Este programa entra en operación en Julio de 1989 con la denominación "Jóvenes por la Salud" Depende de la Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal y se inició con un Centro Toxicológico en la Delegación Xochimilco en donde realiza su programa piloto. Seis meses después es puesto en funcionamiento el segundo Centro de Atención en la Delegación Venustiano Carranza.

"Jóvenes por la Salud" se convierte a partir de este momento en un sistema de atención dirigido especialmente a jóvenes con problemas de salud por el consumo de drogas Opera con un equipo interdisciplinario de especialistas, en donde se valora no solo la desintoxicación, sino que se trata de limitar el daño buscando la rehabilitación física y mental del adicto, brindándole alternativas para lograr su reinserción a la sociedad (DDF, 1995)

Modelo de atención. Los dos centros ofrecen sus servicios en forma gratuita, las 24 horas de los 365 días del año, en tres servicios básicos: Atención de la Urgencia Toxicológica, hospitalización de corta estancia en donde se lleva a cabo la desintoxicación y el inicio de la psicoterapia, para continuar subsecuentemente el manejo en la consulta externa en donde el paciente es valorado por médicos especialistas en medicina interna, familiar y psiquiátrica, psicoterapeutas familiares y trabajadores sociales. Las actividades de desarrollo social son manejadas cuando existe presupuesto, por antropólogos sociales. Este modelo de atención hace partícipe a la familia, corresponsabilizándola para lograr la rehabilitación El procedimiento de atención de acuerdo a la experiencia obtenida se ofrece mediante dos mecanismos de solicitud: Por urgencias y consulta externa, siendo esta última la más frecuente y en ambas por el envío de instituciones educativas, laborales, de salud, de procuración de justicia y por libre demanda

Las técnicas empleadas para el manejo psicoterapéutico se ofrecen inicialmente en entrevistas individuales, posteriormente familiares y grupales de tipo conductual Hay un seguimiento de caso a través de visitas domiciliarias en donde se constata la dinámica familiar y el cumplimiento de las recomendaciones propuestas al paciente y su familia por el terapeuta

Simultáneo al tratamiento clínico y psicológico, se le incorpora a terapia ocupacional, teatro, eventos deportivos con el propósito de integrarlos al grupo y se desarrollen sesiones psicoprofilácticas. Posteriormente se les canaliza a centros escolares, capacitación de oficios y en bolsa de trabajo para completar su reinserción social

Hallazgos en las historias de vida

Familia Las tres mujeres entrevistadas estaban entre los 20 y los 30 años resaltando el hecho que pasaron en promedio 10 años desde el inicio de su trayectoria adictiva hasta el momento que solicitaron ayuda. A diferencia de los grupos descritos anteriormente, podría considerarse que tienen un nivel de poderío mayor debido a que cuentan con un nivel de escolaridad más alto y han trabajado fuera del hogar recibiendo una remuneración por ello, lo que les ha posibilitado al menos temporalmente contar con recursos propios. Ninguna de las tres ha estado casada.

Respecto a sus familias de origen, en los tres casos son familias recompuestas. En el caso de Guille por muerte del padre biológico, en el caso de Paty por abandono y en el caso de Magda porque el padre fue asesinado y la madre las abandonó a ella y sus tres hermanas para formar un nuevo hogar. Dos de las madres tuvieron empleos de costureras y eran consumidoras fuertes de alcohol. En el caso de Magda su madre sustituta se dedicaba exclusivamente al trabajo doméstico y nunca ha bebido ni consumido drogas.

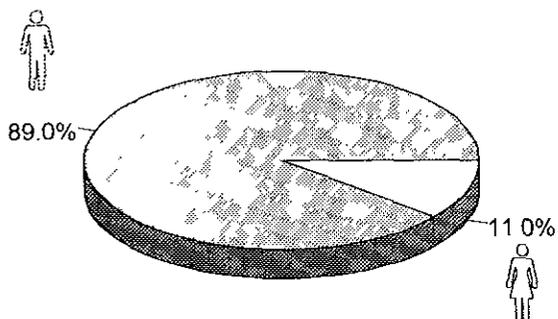
Las tres mujeres tienen o han tenido parejas que consumen alcohol y drogas (Ver cuadros 1, 2, y 3)

Violencia: Dos de las mujeres reportan haber sido abusadas físicamente en forma grave por parte de sus hermanos mayores. Magda no tiene hermanos varones y no reporta el abuso por parte de su padrastro. Las razones de los golpes eran la desobediencia de las órdenes masculinas. Guille relata que su hermano la pateaba en el estómago, en el trasero, en los pies y en ocasiones la tiraba al suelo para patearla.

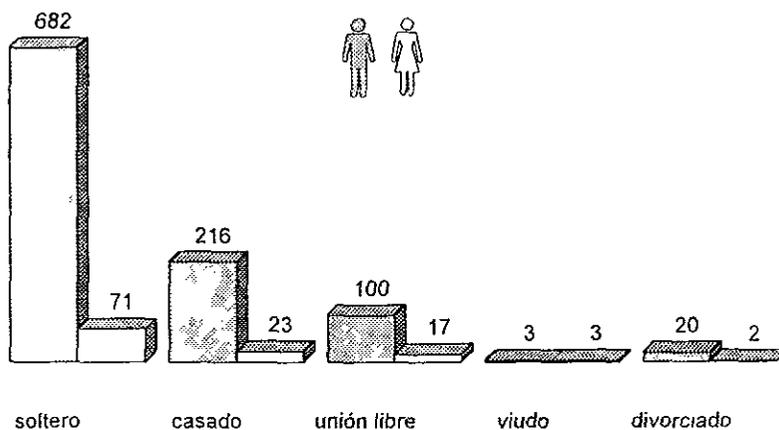
“(Me pegaba) porque no le boleaba bien los zapatos, porque no le lavaba bien los tenis, porque empezaba a salirme a la calle”

Es importante señalar aquí que las dos mujeres receptoras de este tipo de violencia admiten haber sentido una gran admiración por sus hermanos, los idealizaban, querían ser como ellos. Sin embargo, como la violencia no cesó, con el tiempo la admiración se transformó en coraje y resentimiento.

CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA
 PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 1994, SEGUN SEXO (N=1,288)



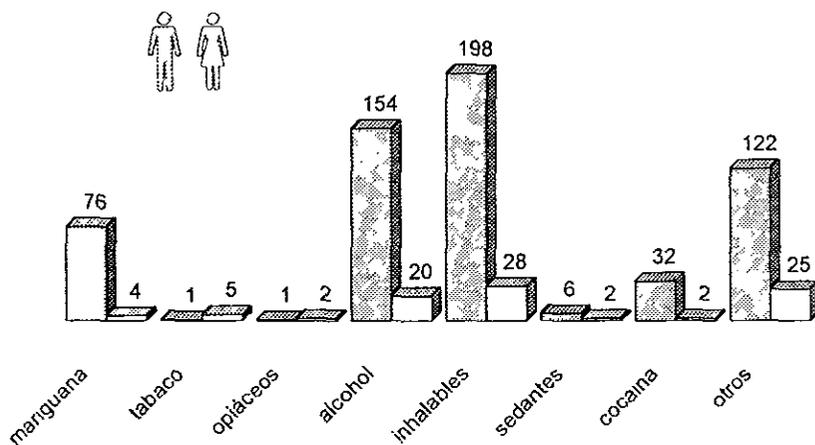
CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA
 PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 1994, SEGUN ESTADO CIVIL (N=1,288)



* Las diferencias en el número de sujetos es debido a la no respuesta.

CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA

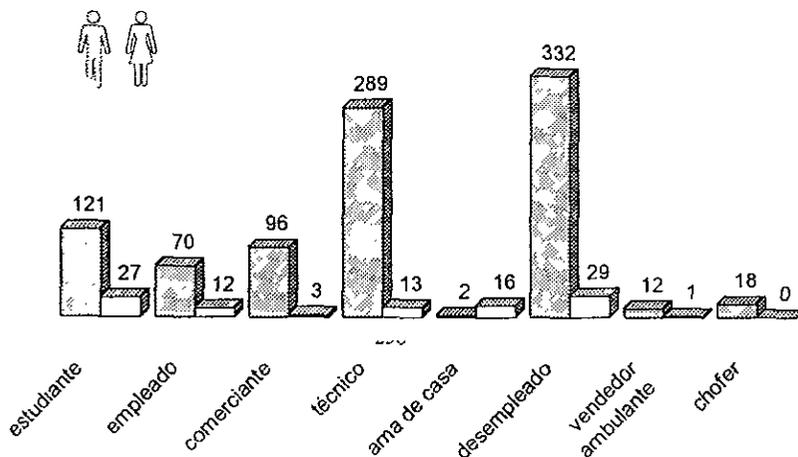
PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 1994, DE ACUERDO AL TIPO DE DROGA
(N=1.288)



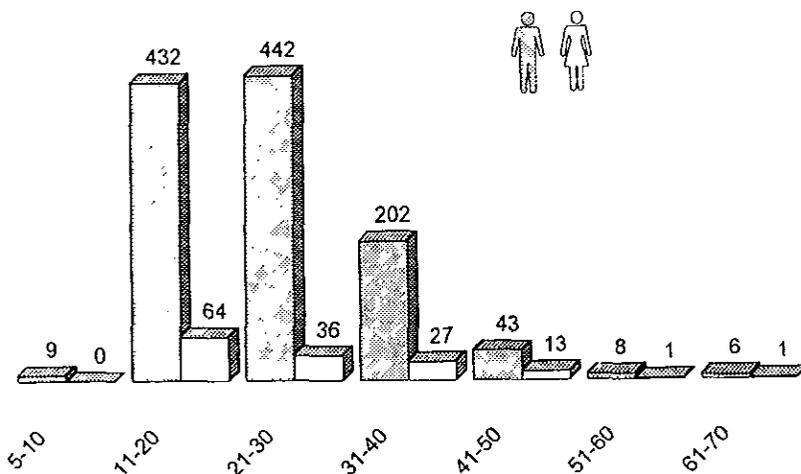
* Las diferencias en el número de sujetos es debido a la no respuesta.

CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA

PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 1994, SEGÚN OCUPACION (N=1,288)

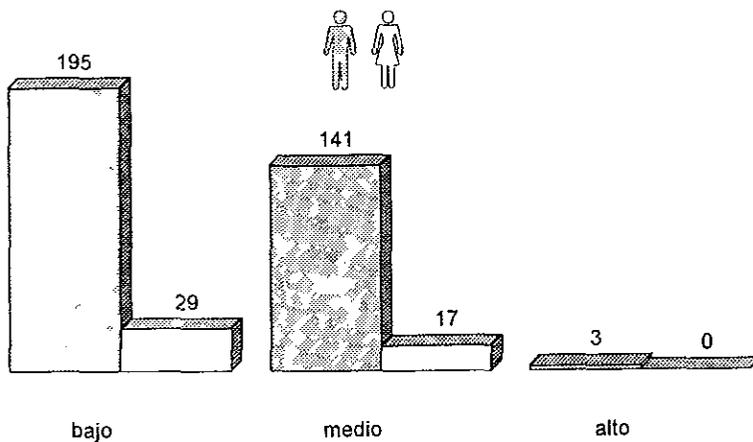


CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA
 PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 1994, SEGÚN LA EDAD (N=1,288)



* Las diferencias en el número de sujetos es debido a la no respuesta.

CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA
 PACIENTES ATENDIDOS DE 1990 A 1994, SEGÚN NIVEL SOCIO-ECONOMICO
 (N=1 288)



* Las diferencias en el número de sujetos es debido a la no respuesta.

Las tres mujeres señalan como experiencias vitales para el inicio de su adicción el abuso emocional que recibían de las personas más cercanas de su familia, sobre todos los insultos y el desprecio. En el caso de Paty el contenido hace referencia a su color "Diablo de negra", pues es la única en la familia con tez morena. En el caso de Guille porque la familia sabe que es lesbiana

"Mis hermanos este... me decían que yo era muy fodonga, que era una lesbiana... me agredían... me cotorreaban... entonces yo me aislaba mucho, e inclusive en la escuela me aislaba mucho de la gente porque yo me sentía mal porque siento yo que tenía un problema... lo que pasa es que a mí me gustan las mujeres... entonces yo antes me sentía mal por lo mismo de que no sabía si contarle a alguien... no ponía atención... me decían en mi casa que era yo muy tonta que no servía para hacer nada... que siempre andaba perdida"

En el caso de Magda el mayor abuso emocional fue el saber que su madre la abandonó para formar otra familia. En relación al abuso sexual las tres reportaron experiencias importantes. En el caso de Guille destaca un intento de violación por parte del cuñado que quería demostrarle que no era lesbiana sino que "no había estado con un verdadero hombre", en el caso de Paty por parte de un anciano que le daba dinero por dejarse tocar cuando era niña y en Magda por un desconocido que la manoseó cuando su madre la envió a comprar cosas a una tienda. Las tres presenciaron escenas de violencia doméstica dentro de sus hogares (Ver cuadro 4)

Puede afirmarse que la causa de la violencia hacia este grupo de mujeres dentro de su familia responde a la falta de poder que tienen y a las posiciones de subordinación que ocupan en relación con los varones dentro de sus familias. Las diferencias de poder son especialmente confrontadas, mantenidas y reforzadas dentro de sus relaciones con sus madres y hermanas que conforman un sistema familiar patriarcal. Su socialización es un proceso importante y clave para comprender las posiciones de subordinación que parecieran para las familias no solo aceptables, sino "naturales". Los intentos de las tres mujeres de no someterse a dichas normas son considerados "no naturales". De acuerdo a Bersani C y Chen HT (1988) el aprendizaje social indica que los estatus "legítimos y naturales" para las mujeres son el matrimonio, la heterosexualidad y la maternidad. Todas las actividades que no conduzcan a la consecución de dichas metas se convierten en insubordinación. La subordinación es un legado cultural de la familia patriarcal. Las tres mujeres entrevistadas no cubren con ninguna de las tres metas

Violencia fuera de casa (Cuadro 5)

A diferencia de los grupos anteriores, las tres mujeres de este grupo tenían un trabajo lo que de alguna manera favoreció su estancia dentro de la familia. Sin embargo, por temporadas abandonaban sus hogares y cuando se iniciaban en el consumo cometían robos u actos vandálicos

como romper focos en las calles, romper parabrisas, molestar a la gente pero no por la ausencia de dinero sino como actividades propias de su grupo de compañeros y compañeras de actividad. Guille permaneció en estas actividades pocos meses. Paty tuvo varios trabajos de los cuales fue despedida por el consumo de sustancias, por ello al involucrarse afectivamente con su "dealer", organizaba "orgifiestas", invitaba mujeres y hombres a la casa del médico que era su pareja, para "llevar carne fresca" a cambio de poder consumir toda la cantidad de cocaína que ella deseara.

En el caso de Magda, cuando migró hacia la frontera norte tuvo contacto con grupos que traficaban drogas y armamento, por ello cuando permaneció en el Norte le agradaba salir a la calle y echar de balazos con la seguridad de que nadie la castigaría pues era una práctica común. De hecho solo Magda utilizaba armas. Ni Paty ni Guille las utilizaban.

La violencia con sus parejas siempre ha estado presente, no importando la preferencia sexual de la misma.

Alcohol y Drogas (Cuadros 6 y 7).

En las tres mujeres la sustancia de mayor abuso es el alcohol que a diferencia de los grupos anteriores ya no es solo cervezas o tequila, sino whisky, pulque, aguardiente, alcohol de 96. La edad de inicio en el consumo es unos años posterior comparadas con las adolescentes de Casa Alianza y con las mujeres el Cereso y el Tutelar.

El tipo de drogas que desaparece es el uso de la heroína, las gotas, los alucinógenos (solo Magda consumió esporádicamente LSD cuando permaneció en la frontera), no reportan el uso de rohypnol ni de drogas intravenosas, ni de diablitos ó mandrax. Ninguna de las tres tiene tatuajes. Aparece bajo y fuera de prescripción médica el gusto por el uso de los tranquilizantes especialmente el diazepam. Las tres han tenido experiencias de tratamiento previas a su llegada al Centro de Atención Toxicológica especialmente en grupos de autoayuda y grupos religiosos de los cuales desertaron en el caso de Guille porque su orientadora dentro del grupo religioso hizo pública su preferencia sexual y en el caso de Paty porque no le agradaba ser la única mujer en el grupo y admite haber mentido en exceso con la finalidad de conseguir privilegios dentro del mismo.

Es interesante hacer notar aquí que la violencia de sus parejas no se expresa cuando ambas partes están intoxicadas, sino en el periodo de abstinencia cuando la ansiedad y la irritabilidad es lo usual para ambas partes. Paty y Magda son madres y ambas se avergüenzan de su consumo delante de sus hijos motivo por el cual se esconden en los patios cuando quieren consumir. Paty lo expresa de la siguiente forma:

"La mujer trata de mantenerlo más oculto, más secreto por lo mismo que se degrada más pero yo creo que hay la misma cantidad de mujer adictas que de hombres".

De los dos hijos, y a través de la información brindada por Paty, su hijo es víctima del maltrato familiar pues lo consideran hijo de una "viciosa", por ello lo amarran a una silla para que coma, lo sacan al patio a dormir en la madrugada cuando Paty no se reporta con su familia

Sexualidad (Ver cuadros 8 y 9)

Si la mujer adicta esta embarazada muy probablemente evada el acudir a servicios de primer nivel de atención por el miedo de que el hijo que espera le sea arrebatado o se le cuestione su capacidad que pueda tener para educarlo

Los servicios de tratamiento también deben darse cuenta que las mujeres usuarias de drogas serán especialmente vulnerables a sentirse culpables y a atribuirse la responsabilidad por cualquier cosa que les ocurra. La falta de sensibilidad del personal médico para comprender el conflicto al que se enfrentó Paty en su maternidad, y por lo sentimientos de culpa frente a los problemas médicos que su hijo presentó al nacer, provocó que intentara suicidarse con una sobredosis de diazepam motivo por el cual permaneció internada 20 días en el Hospital Balbuena.

Sin embargo, en un estudio realizado en Gran Bretaña (Women's National Commission) en 1988, se encontró que casi todas las mujeres, estando libres de su adicción deseaban y podían cuidar a sus hijos.

En realidad el conflicto según Chavkin (1992) es difícil pues el embarazo de la mujer adicta se vuelve una paradoja

"Se nos presenta como un misterio central de dos en uno, ó en una persona en el proceso de convertirse en dos. ¿Cómo entendemos las obligaciones de la mujer embarazada hacia sí misma y hacia el otro futuro? ¿Cómo es que se toman estas decisiones? Diferentes personalidades han tenido un papel ascendente en diferentes momentos históricos asumiéndose como autoridades sobre la reproducción. La familia y el estado. Los padres y las iglesias han peleado el tener el derecho. La construcción del conflicto maternal-fetal representa otro intento. Es un intento que se ubica en una arena simbólica. La lucha sobre los derechos, estatus y la naturaleza existencial del feto obscurece de raíz la controversia sobre los derechos, estatus, y naturaleza existencial de la mujer. La inocencia adscrita al feto y el enojo punitivo expresado hacia la mujer embarazada considerada como egoísta adversaria, expresa metafóricamente el dolor y la rabia de aquellos que ya no encuentran a la familia como la "solución de los problemas del mundo" y quienes perciben la pérdida de la madre como central para la disolución familiar (en lugar de considerar los cambios estructurales en la economía)" (Pag 200).

Este conflicto de alguna manera distrae la atención de las fallas sociales para brindar recursos que posibiliten a la mujer *estar y permanecer* saludable a fin de que opte o no por tener bebés

saludables Situación que se aplica no solo a las mujeres con problemas de adicciones, sino a todas las mujeres

Los intereses que pueden estar detrás de esta polémica son: el número presumiblemente importante de niños que pueden nacer de mujeres adictas; los efectos dañinos del uso del alcohol y las drogas sobre el feto y el futuro desarrollo infantil; el miedo de que las necesidades a largo plazo de los futuros niños y de las madres puedan sobrepasar los presupuestos de los sistemas sociales de salud y educación, pero lo más relevante es señalar es el reto de poder brindar un *ambiente diferente* al que propició la conducta adictiva de la madre como pueden ser la pobreza, la violencia, la falta de acceso a la educación, las limitadas oportunidades de empleo y la discriminación genérica

La mujer lesbiana

Dos de las mujeres entrevistadas iniciaron su conducta sexual homosexual en una edad tardía Magura, O'day y Ronseblum (1992) afirman que la observación generalizada es que la predisposición hacia el lesbianismo tiende a ser expresada tardíamente en relación con otras orientaciones sexuales (dado el estigma particularmente fuerte asociado a esta forma de sexualidad). Una de las mujeres entrevistadas mencionó que parte de su elección se debe a la forma en como ha sido tratada por los hombres.

De acuerdo a Paty, los hombres para sentirse fuertes delante de ellas las maltratan, maltrato que se traduce en abuso físico y emocional Además las drogas disminuyen las habilidades sexuales de sus parejas y el sexo deja de ser un atractivo en la relación: "Las mujeres te tratan igualmente y en especial mi pareja me cuida".

Es importante señalar aquí que los efectos desinhibidores de las drogas no es la única motivación para tener relaciones homo ó bisexuales, también juega un papel importante el rechazo de normas sociales convencionales y por supuesto, es indispensable considerar la historia personal y el contexto en el que estas relaciones ocurren .

En realidad existe poca información disponible en el área de estudio de las adicciones en relación a los hombres gay y las mujeres lesbianas y los pocos estudios generalmente hablan de los hombres gay. Aunque ambos grupos están sujetos a toda clase de prejuicios y discriminación en contra de los homosexuales en general, las mujeres lesbianas difieren de los hombres gay en muy diversos aspectos de sus vidas como los hombres difieren de las mujeres Desde los cuidados de su salud hasta la intimidad de la pareja, sus problemas cotidianos son finalmente problemas de mujeres A diferencia de los hombres gay, las mujeres lesbianas pueden enfrentar discriminación económica basada en el género Los problemas que pueden enfrentar para recibir tratamiento son

de hecho, exacerbaciones de los problemas que cualquier lesbiana enfrenta para mantenerse saludable, con una vida emocional integral en una cultura heterosexual, homofóbica y sexista.

Estas tres últimas circunstancias son las que crean las barreras al sistema de tratamiento convirtiendo a las lesbianas para estas instituciones en una población poco deseable y para los investigadores un área de ignorancia casi total (Underhill, 1991)

Debido a que la cultura dominante en nuestra sociedad permanece como heterosexual, las mujeres lesbianas y los gays, al "mostrarse a los demás" ó "el salir del closet" como ellas lo denominan, con frecuencia utilizan el alcohol y otras drogas para reducir el dolor y la vergüenza de formar parte de un grupo oprimido y estigmatizado. Para muchos de ellas, los secretos, el *ocultamiento* y la *negación* llegan a constituirse como defensas básicas en contra de una cultura homofóbica. Estas mismas defensas pueden convertir el uso habitual de alcohol y drogas en una adicción. (Bushway D. 1991)

Una perspectiva feminista coloca los problemas del individuo en un contexto social. Un modelo no feminista personaliza los problemas. El utilizar un modelo feminista implica el comprender el interjuego entre la naturaleza de la enfermedad de la adicción y las realidades de las vidas de las lesbianas. Las mujeres lesbianas como mujeres además de recuperarse de los efectos físicos de las adicciones deben recuperarse de las enfermedades sociales de sexismo y homofobia. La comunidad lésbica es casi invisible para la mayoría de los heterosexuales. Los profesionales en adicciones nunca piensan en preguntarle a sus pacientes mujeres si son lesbianas y cuando lo hacen, saben poco sobre los estilos de vida de este grupo y sobre los recursos disponibles para su tratamiento. El aislamiento social es un problema común para los adictos. Este problema para las lesbianas adictas es doble. Muchas mujeres lesbianas pueden encontrarse sin ningún malestar hasta que conocen a otra mujer lesbiana ó hasta que reconocen su propia homosexualidad. La realidad de las lesbianas es misteriosa debido a la información distorsionada que los medios masivos de comunicación propagan. Estos valores negativos sobre el lesbianismo son ciertamente *internalizados por las lesbianas, pero también por las no lesbianas*. El tratamiento individual puede reforzar el problema del aislamiento pensando que su preferencia sexual y no la adicción, es el problema. Necesitan sentir el apoyo de otras mujeres lesbianas que la terapia de grupo puede brindar o grupos de autoayuda específicos para ellas.

Las terapeutas feministas alientan a sus pacientes a re-nombrar su propia experiencia desde sus propias realidades, oponiéndose a aceptar algo que se ha dicho sobre de ellas. Consecuentemente, la mujer adicta lesbiana puede renombrar su preferencia sexual como una elección positiva al afirmar su amor de mujer y su femineidad. El principio de empoderamiento significa entre otras cosas, el tener el poder de *adquirir los recursos y oportunidades* que uno necesita para maximizar la propia individualidad. Como miembro de un grupo de tratamiento, una

mujer lesbiana puede escuchar de otras mujeres soluciones y alternativas. Puede llegar a poseer una "sabiduría colectiva" que la puede ayudar a enfrentar a las luchas que confronta. Estos grupos de tratamiento generalmente, pero no exclusivamente, son conducidos por equipo lésbico especialmente por dos razones. Primero porque puede compartir muchas de las experiencias de los miembros del grupo, y al mismo tiempo puede servir como un modelo necesario de rol positivo. El formato de grupo es un excelente lugar para que las mujeres lésbicas, como cualquier otra mujer, haga la conexión entre el ambiente sociopolítico y lo personal. En tales grupos las mujeres pueden explorar sus experiencias como adictas y como mujeres, para encontrar denominadores comunes a sus experiencias de vida. También puede ser el inicio del desarrollo de una red de apoyo social saludable que es esencial para romper las barreras del aislamiento. Es aquí donde las mujeres pueden arrojar afuera los propios estereotipos internalizados y mitos sobre las lesbianas cuando se ven expuestas a otras lesbianas de diversas clases sociales, culturales, nivel educativo, etc.

Diagnósticos psiquiátricos (Cuadro 10).

Las tres mujeres reportaron y cubrieron todos los criterios para ser diagnosticadas con depresión. Las tres han tenido ideación suicida y una de ellas un intento de suicidio que puede calificarse de alto riesgo. Sin embargo, a pesar de tener contacto con instituciones del sector salud, nadie del personal de médico o paramédico, investigó estas áreas de sus vidas limitándose a tratar sus síntomas sin tomar el contexto en que se desarrollaba su adicción. Ninguna tuvo trastornos de alimentación salvo aquellos provocados por los efectos colaterales de las sustancias de su preferencia. Ninguna de las tres reportó autoinfligirse daño como rasguñarse la piel o hacerse excoriaciones, prácticas comunes en los dos grupos anteriores. Las tres estaban consideradas con personalidades antisociales en la institución de tratamiento.

Discusión

Para evaluar los significados de la enfermedad, las teorías antropológicas del lenguaje, la metáfora, y la interpretación y especialmente una apreciación etnográfica pueden ser de gran utilidad (Kleinman 1988). Un modelo antropológico de la enfermedad, exponiéndolo brevemente, identifica tres tipos principales de significados de enfermedad que debieran ser evaluados por los psiquiatras y el personal de salud mental. En primer lugar, las frases que indican la severidad de los síntomas, las imágenes utilizadas para comunicar el curso y la duración de una queja y los términos léxicos (especialmente los adjetivos) que se elaboran en la materialidad bruta de la queja, todas le pueden dar al psiquiatra entrada a la percepción de la paciente y su experiencia de la enfermedad. Debido a que aprendemos formas convencionales y genéricas de quejarnos (sobre el dolor, la debilidad, el malestar), como miembros de un grupo social, la evaluación de los

significados de los síntomas necesitan incluir una apreciación de lo normal y lo anormal de la conducta del grupo

El segundo tipo de significado de enfermedad es el poderoso (en ocasiones estigmatizante) significado cultural de los trastornos. Las enfermedades pueden tener constelaciones de significados particulares a las personas, significados que amenazan y desmoralizan y pueden *cambiar para siempre* el curso de la vida de una paciente

El tercer tipo de significado de enfermedad es el significado que la enfermedad crónica toma en el mundo de la paciente. Aquí la apreciación etnográfica sobre el modo en que el contexto social moldea la experiencia es crucial complemento de las formulaciones sobre el significado intrapsíquico de la enfermedad crónica. La enfermedad crónica está anclada a las relaciones, de las cuales obtiene significados y a las cuales brinda significados. *La enfermedad cambia el contexto, el contexto cambia la enfermedad.* Con mucha frecuencia el contexto es dejado de lado de las interpretaciones psiquiátricas de la experiencia de la enfermedad. Existe una gran riqueza de información de las ciencias sociales relevantes de la forma en que el trabajo, la familia y otros contextos sociales además del género, la edad, la etnicidad influyen la enfermedad, la información que puede enriquecer la evaluación y enriquecer tratamiento.

La literatura internacional señala que las recomendaciones que se deben de seguir (CSAT,1994) para que el tratamiento sea adecuado para mujeres con problemas de adicciones son

- Que brinden esperanza y empoderamiento a sus pacientes
- Que faciliten ambientes seguros y de apoyo
- Que establezcan relaciones de confianza entre las mujeres y el personal de salud.
- Que brinden orientación y faciliten el acceso a los servicios que requieran
- Que promuevan la auto responsabilidad, la autosuficiencia y la interdependencia
- Que favorezcan servicios específicos para la mujer y sean relevantes culturalmente
- Que eliminen la etiquetación de las mujeres y sus hijos en todos sentidos
- Que construyan ligas efectivas y redes sociales de apoyo para que los programas subsistan y se mantengan por largos periodos de tiempo

CUADRO 1. CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA. DATOS GENERALES.

	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACION
Guille	29	Secundaria Dibujo técnico publicitario	Unión libre	Edo de México	Diseñadora Dibujos y diseños que vende en bazares
Paty	25	Secundaria incompleta	Unión libre	México, D.F.	Labores del hogar
Magda	25	Enfermería	Soltera	México, D. F.	Enfermera en institución y cuidados de enfermos en casas particulares

CUADRO 2. TIPOS DE FAMILIAS

	Tipo de familia	Madre	Padre	Hermanos
Guille	Recompuesta	Venta de aguardiente costurera	Padrastro albañil	5 hermanos
Paty	Recompuesta	Costurera	Comerciante	6 hermanos 11 medios hermanos
Magda	Recompuesta	Abandono	Asesinado	4 hermanas

Cuadro 3. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA FAMILIA.

	Papá	Padrastro	Mamá	Hermanos	Parejas	Hijos
Guille	Desconoce	Positivo	Positivo	Una hermana	Alco/Drogas	No tiene
Paty	Desconoce		Positivo	Un hermano	Alco/drogas	Negativo
Magda	Fallecido	Negativo	Negativo	Negativo	Alco/Drogas	Negativo

CUADRO 4. CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA. VIOLENCIA EN CASA

	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Testigo de violencia doméstica
Guille	Su hermano preferido la pateaba en el estómago y los pies	Gritos e insultos por hermanos varones	Intento de violación por un cuñado	positivo
Paty	El hermano mayor la golpeaba con la hebilla de un cinturón	La abuela la desprecia por ser morena. Le llama "diablo de negra"	Por un anciano que le daba dinero por dejarse tocar	positivo
Magda	No reporta	Saber que su madre la abandono para formar otra familia .	Manoseos por parte de desconocido cuando se dirigia sola a comprar cosas en una tienda	positivo

CUADRO 5. VIOLENCIA FUERA DE CASA

	Participación en actos violentos	Uso de armas	Violencia recibida
Guille	En el inicio de su adicción robos, actos vandálicos en calles	negativo	Hostigamiento por sus jefes quienes tratan de convencerla que cambie de preferencia.
Paty	robos, venta de drogas en bares y discoteques organización de orgiastas	negativo	Violencia recibida de su pareja. Violencia con su pareja.
Magda	Robos, le agradaba salir a la calle y echar balazos. Tenía nexos con narcos y vendedores armas	positiva Le gustaba cargar una calibre	Su primera pareja la golpeaba siempre

CUADRO 6. CENTRO DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA. DROGAS PARTE I.

	EDAD DE INICIO	OH	MARIJUANA	SOLVENTES	COCAINA	HEROINA	GOTAS	ALUCINOGENOS
Guille	16	√ pulque aguard	√	√ Thinner, cemento activo, resistol	X	X	X	X
Paty	11	√ alcohol 96 (cervezas) (tequila)	√	√ Thinner grasa para zapatos, cemento	√ inhalada crack	X	X	X
Magda	15	√ Whisky	√	√ Activo, cemento thinner	√ basuco	X	√	√ LSD

CUADRO 7. CENTRO DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA. DROGAS PARTE II.

	ROHYPNOL	DIV	TRANQUI- LIZANTES	DIABLITOS	MANDRAX	CHOCOS	TATUAJES	CONSUME PAREJA	TX
Guille	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓
Paty	X	X	✓ diazepam	X	X	✓	X	✓	✓
Magda	X	X	✓ diazepam	X	X	✓	X	✓	✓

Grupo de A.A

CUADRO 8. CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA. SEXUALIDAD I.

	Edad menarquía	1ª relación sexual	Número de parejas sexuales	Preferencia sexual	Embarazos	Abortos
Guille	12 años	27 años	2 estables	homosexual	0	0
Paty	12 años	20 años	2 estables	bisexual	1	0
Magda	11 años	15 años	3 estables	heterosexual	1	0

CUADRO 9. CENTRO DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA. SEXUALIDAD II

	Prevención embarazo	ETS	SIDA	Prácticas de riesgo	Edad 1 ^{er} embarazo	Consumo embarazo	Atención Hospitalaria
Guille	X No la considera necesaria por su pref. sexual	√	√	√	No ha tendido	Negativo	
Paty	√	√	√	√ Bisexualidad	20	√	Hospital Balbuena
Magda	X	√	√	√ Sabe que su pareja tiene otra mujer. Ninguno de los tres se protege	17	√	Hospital privado

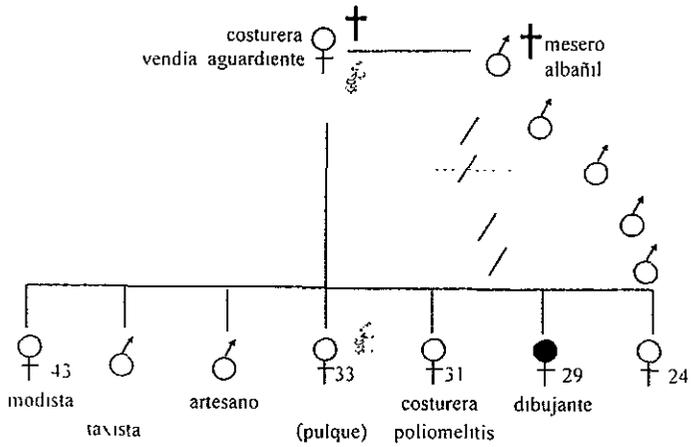
CUADRO 10. DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS.

	DEPRESION	INTENTO SUICIDIO	ANSIEDAD	TX ALIMENTACION	ANTISOCIAL	"CARVING"
Guille	√	Ideación suicida	√	X	√	X
Paty	√	√ Con diacepam Hospitalizada 20 días. Gastritis crónica	√	X	√	X
Magda	√	Higado graso Ideación suicida	√	X	√	X

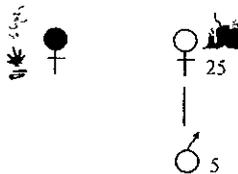
CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA

GUILLE

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



CENTRO DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA

GUILLE

Guille fue entrevistada en cinco ocasiones. Tiene 29 años en el momento de la entrevista. Fue presentada por su pareja mujer que también es paciente del C.A.T.

Familia: Guille recuerda haber recibido un gran rechazo de parte de su mamá y poca atención. La atención la recibía la hermana menor y su otra hermana enferma de poliomielitis. Su mamá nació en Huayacocotla, Veracruz. Guille afirma que su madre no le demostraba afecto, cree que por el exceso de ocupaciones. A su mamá le hablaba de Ud. y define a su familia como de clase media, no teniendo tiempo para reuniones sociales.

Recuerda que desde que tenía 4 años le agradaba vestirse como niño y le atraían las mujeres. Dice que su familia no acepta su gusto por las mujeres con frases tales como "No te queremos ver por aquí", "No nos gusta como eres".

A su padre no lo conoció. Su mamá se dedicaba a vender aguardiente. Vivían con unos tíos con quienes habían comprado un terreno pero posteriormente tuvo problemas con uno de los tíos y abandonaron la casa "porque mi mamá no tenía quien la apoyara hablaban mal de ella, la insultaban" y se mudaron a vivir en Ecatepec.

La madre de Guille tuvo cuatro parejas, seis hijos son del mismo padre y tres de diferente padre. A Guille le molestaba mucho ver llorar a su mamá, porque su última pareja era muy exigente, le pedía que le lavara los pies, iba y regresaba cuando él quería. Guille lleva el apellido de esta pareja y él siempre la respeta. Esta pareja trabajaba como maestro albañil. Guille lo define como muy macho. La madre de Guille sabía que su pareja tenía otros hijos y le daba dinero para que los visitara. La madre se dedicó a la costura y su pareja la ayudaba a abotonar, a planchar y hacer dobladillos.

La situación de la familia no era solvente, en ocasiones no tenían para comer. Recuerda que a su mamá le agradaba que la familia compartiera a la hora de los alimentos y muchas veces ella se quedaba sin comer para que los hijos lo hicieran. "Se inclinaba más por los hombres. ¿mi padrastro? siempre le guardaba su comida especial. Me llegaba a dar celos por lo mismo porque veía la diferencia del trato hacia un hombre que hacia nosotras". Tenía diez años.

Uno de sus hermanas, la mayor, le dijo que su mamá no quería que Guille naciera por los problemas que tenía por vender aguardiente. De grande se lo reprochaba bebiendo cada vez mas.

Empezó a tomar a los 16 años y su mamá la llevó a Pachuca a trabajar en un taller de costura donde armaban chamarras. Su hermana también vendía aguardiente. La mamá se hacía "sus pollas con refresco". Su hermana también tomaba mucho de preferencia pulque o aguardiente y dejó de tomar hasta que tuvo su primer hijo.

En la actualidad todos sus hermanos varones no están casados.

La mamá murió de bronconeumonía pero además tenía cáncer y diabetes. Guille después de este evento creció al cuidado de sus hermanos mayores. La mamá estudio hasta el sexto año de primaria. *La mamá de Guille esperaba que ella fuera secretaria, pero no pudo ver "que me convertí en una buena dibujante porque murió. Sin embargo, le brindo mi trabajo a mi hermana"*

Escuela: Antes de ingresar a la escuela tuvo más amigos que amigas en la infancia. Entró a los seis años de edad a una escuela pública vespertina. Se define con muy distraída en esa época, le era difícil estar en la escuela por su atracción hacia las mujeres, sobre todo en la secundaria. Desde los 7 años le gustaba dibujar.

En la secundaria era "muy despapayosa", la sacaban de la escuela solo entraba cuando había exámenes. Le gustaba que utilizaban uniforme, ahí comenzó a tomar alcohol para encontrar "un desfogue o sea un desahogo... a lo mejor comentárselo a alguien". En la primaria se aislaba de la gente. En la secundaria trabajaban figuritas navideñas utilizando latas de resistol 5000 en su casa y antes de irse a la escuela "ya me daba mi sable". Le ayudaba a olvidar. Dentro de la escuela tomaba o llegaba ya tomada. Cuando no podía drogarse, hacía ejercicio sobre todo basquet-ball. Después empezó a consumir thinner y luego marihuana.

En su casa cuando se percataban de lo que sucedía la regañaban y el hermano que más admira le pegaba y la rechazaba. Su hermano también tomaba, asistió a un grupo de A.A. A pesar de los golpes que le propinaba, le agradaba que fuera mujeriego.

Después de la secundaria estudió tres años la carrera de técnico en dibujo publicitario.

Trabajo: Después de terminar la secundaria trabajó cinco meses en una imprenta, seis meses en un laboratorio, después en un taller de costura y después en la calle.

En la actualidad Guille trabaja haciendo rompecabezas de madera, figuras para colgar las llaves y trapos de oficina que venden en el Jardín de San Jacinto.

Violencia: Afirma que cuando empezó a salirse de su casa fue cuando el hermano la golpeaba mas La pateaba en el estómago, en el trasero, en los pies Algunas veces la tiraba al suelo para patearla y ella se defendía pegándole en las espinillas. Antes de que bebiera también le pegaba

"Porque no le boleaba bien los zapatos, porque no le lavaba bien los tenis.. porque empezaba a salirme a la calle" Dejó de pegarle cuando la hermana mayor se le enfrentó Ella le tenía coraje y resentimiento

El mayor de sus cuñados trató de violar a Guille Ella recuerda que él la miraba con morbosidad Estaba haciendo tortillas en un horno de cemento y se fue a caminar, el cuñado la siguió y la jaló, la tiró al suelo, se acostó encima de ella y le mordió el cuello Guille empezó a gritar y el le contestó: "No aguantas nada" Le dijo a su hermana que calmara a su esposo pero ella lo tomó como un juego. El cuñado sin embargo, trato de hacer lo mismo con la hermana menor. A su hermana más pequeña y a su sobrina que trabajaban en una tienda de refrigeradores, las asaltaron y violaron

Con sus amigos le agradaba romper vidrios, focos y luego drogarse y robar A ella no le agradó y se alejó de sus "valedores". Robaban en Ciudad Azteca. A ella le gustaba el cemento que robaba en un centro comercial, nunca la detuvieron

Por el lugar donde vivía y trabajaba, eran frecuentes los pleitos entre bandas que se peleaban con navajas, fajillas, generalmente era para ver quien era mejor de las bandas En una ocasión a Guille la golpearon contra la pared. Después de esa experiencia decidió dejar a la banda Algunos de sus amigos se quedaron en el "viaje", otros terminaron de pepenadores, muchos murieron en pleitos callejeros.

Salud Reproductiva: Empezó a menstruar a los 12 años. No sabía para que eran las toallas femeninas. Le decían que era para sonarse la nariz. Se enteró por amigos de que "a otra niña le habia salido sangre yo me espanté .a poco se cortó o que?". Espiando a su hermana se dio cuenta para que servian las toallas. Considera que el cuerpo de la mujer es "para trabajar. para

sentirlo ,para cuidarlo". Dice no haberle gustado sus cambios corporales porque no podía seguir *utilizando la misma ropa* y no quería que le creciera el busto No le gusta ni le gustaba masturbarse "tenia la necesidad de hacerlo con una persona"

Su primera relación sexual fue a los 27 años con una mujer Le atrae de una mujer aparte de su apariencia física que "es más dócil, más cariñosa como más entregada que un hombre" Le molesta de los hombres "que sean posesivos, que no sean entregados a una mujer" Da como ejemplos que su padrastro abandonó a su mamá tan pronto como él consiguió trabajo, sus cuñados le pegan a sus hermanas y ella sabe que los engañan y su otra hermana ha tenido que "levantar la casa" porque la pareja no le sirve para nada En las relaciones sexuales piensa que es más dominante porque "se lo hago más a ella" Guille es quien trabaja fuera de casa y su pareja *realizalos quehaceres domésticos* Lo que más le molesta de sus parejas es que la engañen con un hombre porque así no puede competir De niña deseaba tener un pene, ahora sabe lo que es la satisfacción y que no lo necesita

Guille dice que nunca ha tenido parejas masculinas estables aunque ha tenido relaciones sexuales con hombres en tres ocasiones. La primera ocasión fue por despecho porque tenía una pareja mujer, quién abandono a Guille por un hombre. Las tres ocasiones que estuvo con los varones lo hizo estando tomada, con las mujeres ha sido diferente "en estado normal" No le agrada que una mujer este con ella solo por experimentar No desea tener hijos y gustosa le regalaría su matriz a una mujer que no pudiese tener hijos.

Cuando se "animó " a decirle a sus hermanos sobre la atracción hacia las mujeres, todos dijeron ya saberlo, se quedaron callados y después la rechazaron.

En la actualidad vive con su hermana L y su pareja en un cuarto cerca de su hermano Tiene problemas con la familia del hermano pues no le agrada a la familia que ella viva con otra mujer Su pareja bebía mucho alcohol (y consumía cocaína) al igual que ella Se han alejado de sus amistades con la finalidad de dejar " el vicio". Cuando se enojan llegan a golpearse y se insultan mutuamente delante de la gente Cuando pasa el pleito se piden disculpas y lloran En el peor episodio violento su pareja le pegó, le rompió sus lápices de dibujo y sus libros. Han tenido tres episodios violentos.

La pareja ha cambiado varias veces su lugar de residencia pero no son bienvenidas. Su pareja tiene un niño que desean llevarse a vivir con ella. El niño es maltratado por su familia materna, lo regañan mucho y lo sacan a dormir al patio por ser "hijo de una viciosa" Ambas, Guille y su pareja consideran que no tiene la atención necesaria y siempre está solo o lo dejan encerrado en el patio. Toda la familia se siente con derecho de mandar sobre él.

Algunas amistades de Guille cuando han conocido su preferencia sexual, le han dejado de hablar. Un compañero de trabajo trató de seducirla para probarle que le agradarían los hombres .

Psiquiátricos. Ansiedad después de que presencié una explosión de gas a tres casas de la suya. A su mamá le pidió la curara de espanto. En la noche sentía desesperación y sudaba. Siempre soñaba con su muerte.

Después de esta experiencia los síntomas los experimentaba después de consumir droga en especial cemento. En sus alucinaciones llegaba a ver a un señor que se escondía y luego la buscaba y al alcanzar la sombra ésta se movía a otro lado. Lo veía asomándose de una trabe en una mercado en construcción.

Su preocupación en el presente gira en torno a la posibilidad de que una persona abuse de su hermana que tiene polio cuando se queda sola en casa o cuando alguien entra a hacer un arreglo en el hogar.

Depresión. Afirma haber tenido todos los síntomas a partir de que se dio cuenta de que era lesbiana. Lloraba todas las noches y casi no dormía. Tenía desesperanza y deseaba matarse. Sentía que su vida era amarga pero no mala.

Alcohol y drogas. Mariguana, thinner, cemento, activo, aguardiente, pulque, resistol 5000. "Cuando me sentía deprimida o me sentía mal era cuando tomaba". Los problemas de salud que tuvo asociados con el consumo fueron úlcera gástrica y problemas de riñón. No tenía problemas en el trabajo porque el patrón le invitaba los tragos. Su mamá únicamente lloraba. Nunca tuvo que comprar droga siempre se la regalaron o la robaba. Consumía en las canchas de basquet-ball, en las esquinas. Pidió ayuda a la iglesia y permaneció ahí durante tres años. En una ocasión tenía que dar un testimonio, situación que no le agradaba. Le comentó a la coordinadora que no lo quería hacer por su preferencia sexual, pensando que ella le guardaría el secreto. Sin embargo, la tracionó y Guille tuvo que salir del grupo. De esa experiencia con la iglesia, dice le agradaban los

retiros Dice tener 8 meses de no consumir nada de drogas pero se le ha dificultado abandonar el consumo de alcohol por completo

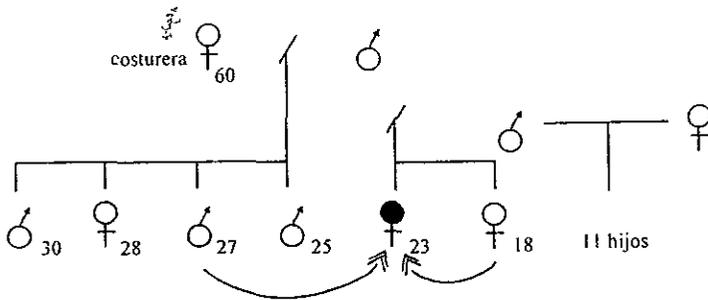
Es importante señalar que el tratamiento que solicita al centro es para las frecuentes infecciones de garganta que tienen ella y su pareja. Sin embargo, su médico tratante jamás le preguntó sobre sus preferencias sexuales y solo a raíz de las entrevistas con Guille y su pareja pensaron que era conveniente tratarlas juntas. La pareja de Guille ha sido diagnosticada con Hígado graso y anemia de segundo grado pero no ha podido conseguir el ingreso al Instituto Nacional de Nutrición

No tiene tatuajes en el cuerpo pero menciona que sus amigas si los tienen quienes eligen las pantorrillas, nalgas, piernas y senos para ponérselos. Los hombres prefieren el pecho, la espalda o los brazos

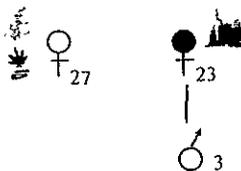
CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA

PATY

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



CENTRO DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA

PATY

Paty fue entrevistada en cuatro ocasiones con lapsos muy grandes entre una y otra entrevista. En dos ocasiones se presentó a consulta con su hijo.

Familia: Proviene de una familia de seis hermanos, siendo ella la menor. La mamá de Paty tuvo dos parejas, de la última dos hijos a Paty y a su hermana.

Su mamá siempre tuvo que trabajar y se quedaba al cuidado de su abuela materna. Ella se sentía rechazada y quería sentirse superior a alguien. Para lograrlo se juntaba con persona de nivel socioeconómico menor al de ella y de mayor edad. Dice de su familia que su mamá es la "coscolina" porque su papá está casado y tiene 11 hijos. Su madre se dedica a ser costurera de una boutique fina, tiene herpes en la espalda y actualmente toma alcohol casi diario. La casa en la que habitan la construyó la mamá sin ayuda de nadie. La primera casa que tuvo la mamá, se la quitó su primera pareja y le robó su coche. La mamá se levanta a las cuatro de la mañana.

A las personas mayores las admiraba porque eran "sabias, personas que sabían de la vida".

Infancia: Siempre se sintió diferente a sus hermanas porque ellas eran "gueras y altas" y ella "bajita y morena". Se describe como una niña muy "inquieta, que quería conocer más rápido", por lo que se juntaba con personas mayores a ella.

Afirma que toda su vida ha mentido muchísimo. Como describe a su mamá como una persona mayor piensa que ya no podía con ella, dejaba de dormir en su casa.

Escuela: No cursó el kinder. Entró a los 6 años a la primaria. Recuerda que su maestra de tercer año le pegaba con unos anillos muy grandes, le daba coscorrónes. Los niños le agarraban las piernas. Se describe como una niña "muy traviesa", aventaba piedras, rompía vidrios y se los daba de comer a otros niños. Se describe como alumna regular. La cambiaron en tercer año, lo reprobó dos veces. En sexto logró estar en la escolta. No recibió su certificado por no tener ropa para acudir a la premiación. Estudió hasta el segundo año de secundaria por la colonia Aragón. Se salía de clases, se brincaba las bardas y se iba a tomar. Su mejor amiga de esta época se murió de una sobredosis. Un vecino fue quien le enseñó a inhalar thinner.

A los 11 años empezó a tomar alcohol. Fue expulsada en la secundaria por lo relajienta que era. Llegó a tener un novio a quien abandonó porque quería seguir consumiendo alcohol.

Violencia: Tuvo una experiencia de abuso sexual en la infancia. "Un viejito me daba dinero para que yo me dejara agarrar mi cuerpo .. no se si ahí perdí mi virginidad Le hacia cosas en su miembro, yo tenía como diez años". Nunca le dijo a su mamá por temor. Creía que era muy paternal Su madre nunca la maltrató, pero sus hermanos si la golpeaban. Uno de ellos la dejó en ropa interior y la azotó con un cinturón. Tanto que su mamá tuvo que llamar a una patrulla para que lo calmaran Por este motivo, tiene diversas cicatrices en las piernas y la cara.

Su abuela abusaba emocionalmente de ella le decía: "diablo de negra, estás horrible"

Salud reproductiva: En una ocasión conoció a un muchacho de 23 años quien junto con otra pareja la invitó a un hotel " A mi se me hizo fácil, ya llevaba unas copas adentro y se me hizo fácil decir que sí" Compraron una botella y se la acabaron en un hotel. Jugaron a la botella hasta que se quedaron los cuatro desnudos Después sacaron cigarros de marihuana "para relajarse" Esa noche tuvo su primera relación sexual y de ella quedó embarazada "Pues vino un ser a la vida, no deseado, un niño, no?".

Cuando despertó lloró y gritó porque "no sé yo había sido violada, no?". Por otro lado no creyó que esa experiencia tuviera repercusiones, sin embargo, cuatro meses después tuvo mareos "parece que estoy embarazada". Se lo comentó a su pareja y él le dijo que no estaban para "tener una responsabilidad te tienes que hacer algo". Le dio unas inyecciones que se puso sin ningún efecto. No quisieron correr el riesgo de que le realizaran un legrado. Finalmente Paty decidió tener a su hijo, después de afrontar los problemas en su casa, con la condición de no volverlo a ver. Su mamá la apoyaba muchísimo y sus hermanos también.

No le importaba su embarazo, se drogaba y tomaba hasta embriagarse Nació su hijo en el Hospital General .Cuando nació no lo quiso ver " Me sentía muy mal, todo lo que sentía por esta persona. rechazo . rencor .. lo puse en mi hijo...se oye mal pero deseaba su muerte, no?".

Regresando a su casa, la curiosidad lo llevó a conocerlo, lo vio "normal". Tuvo leche para amamantarlo pero no quiso hacerlo. No le importaba si comía o no. El bebé presentó convulsiones, se deshidrató. Lo internaron Cuando le dijeron que probablemente se muriera su hijo, se sintió culpable. Ella tenía 20 años. El bebé estuvo dos semanas en el hospital Ese tiempo Paty no consumió nada Cuando dieron de alta a su bebé, sufrió una recaída. En el Hospital

General le pusieron un dispositivo intrauterino "Mi mamá me dijo que una vez que una mujer es tocada por un hombre pues es imposible que tuviera pareja, no?"

No quiere tener mas hijos No ha tenido abortos. A consecuencia del consumo deja de menstruar por efecto de la cocaína.

Después de que nació su hijo, cambio de ambiente y se empezó a relacionar con grupos de gays y lesbianas. La detuvieron en la Delegación Venustiano Carranza por armar escándalo en una discoteque para gays. De esta experiencia comenta "Se me hicieron padrísimas las 72 horas que estuve ahí porque yo nunca había estado en la cárcel. Fue muy divertido porque nos atendieron bien, nos dieron de comer y estuvieron cotorreando, yo iba muy contenta"

Le agradaba de sus amigos gays el que le ofrecieran una amistad diferente y eran capaces de dar la vida por ella Sin embargo, sabía que "era un autoengaño, porque nada más nos estabamos haciendo daño nosotras mismas"

Se describe como violenta, siempre le "echaba bronca a sus compañeros". Afirma que nunca hizo el amor sino el sexo " se dan los cuerpos pero no se dan los afectos". Las drogas no le ayudan a disfrutar más sus relaciones. No siente nada " lo hago nomás porque yo creo que soy mujer me llegó a emocionar pero después no siento nada".

En los bares gays tampoco disfruta ni los besos, ni las caricias de otras mujeres. Sus lugares favoritos son el Butterflys (que nombra el Puterfly) el Dandy, el Espartacus y el Magic Circus

Trabajo: Trabajó limpiando aviones Este trabajo le facilitaba robarse las botellitas de alcohol que dejaban los pasajeros Tomaba alcohol y lo combinaba con chochos

A los 18 años empezó a trabajar de mensajera de una compañía de estampados. Después trabajó en una fábrica de televisiones y modulares. Ahí lavaba trastes. Luego en el aeropuerto. En la actualidad no trabaja fuera de la casa.

Alcohol y Drogas: Marihuana, solventes, thinner, grasa de zapatos con solventes Estando embarazada consumía chochos "para la depresión" porque se ponía más ligera No se inyectaba porque no le gustan las inyecciones. Hongos tampoco consumió pues le daba miedo quedarse en el viaje De alcohol tomaba pulque, Presidente y alcohol de 96.

Menciona que como consecuencias del consumo mentía y decía que la había asaltado cuando llegaba golpeada. Empeñaba sus cosas para tener dinero. Robaba cosas de su mamá y las vendía. Un médico era su "dealer" a quien compraba y vendía cocaína, marihuana, chochos pastas. Primero fueron amigos pero luego "ya nos teníamos como pareja pues a él lo único que le importaba era el tenerme en la cama y seguir vendiendo. Después ella se convirtió en vendedora de drogas en bares y discotecas de San Ángel y Coyoacán, de preferencia de grupos gay. Vendía a \$ 180.00 la grapa de cocaína (1996), \$40.00 los chochos. El médico le pagaba dándole droga de acuerdo a la cantidad de droga que vendiera. No le daba dinero en efectivo. El dinero lo obtenía de las cosas que extraía en su casa. Vendía su ropa y llegó hasta empeñar sus lentes por cuatro cigarros de mota. En ocasiones sus amigos le regalaban recetas para el diazepam.

Organizaba "orgi-fiestas...carne para mis amigos" y trataba de convencer a mujeres que no eran adictas a meterse en su "rollo". En las fiestas todas se drogaban y tenían sexo con todos. Organizaban las fiestas en un departamento hasta que "toqué fondo".

La hospitalizaron por un intento de suicidio. Su mamá tuvo que vender una televisión, la máquina de escribir y un estéreo para poderla sacar del hospital. Cuando salió del hospital trató de trabajar un carro de hamburguesas de su hermano. Le pagaban \$50.00 diarios de la 7 de la noche a la una de la mañana. No duró mucho, dos semanas, y regresó con sus amigos. Se prostituyó dando cuerpo a cambio de droga. Su aspecto físico cambiaba porque se hinchaba la cara, pero su familia no se percataba de lo que hacía. Solo uno de sus hermanos le dijo que a él no lo engañaba y la envió a Tratamiento. Su hermana menor la arañaba y la pateaba.

Le pidió ayuda a su hermano. Su hijo también sufre las consecuencias de la adicción de Paty. Lo cuida una cuñada pero es maltratado, lo amarran para que coma, lo sacan en la madrugada al patio para dormir. Dice de las mujeres que consumen "la mujer trata de mantenerlo más oculto, más secreto por lo mismo porque se degrada más.... pero yo creo que hay la misma, la misma cantidad de mujeres que de hombres".

Tratamiento: Su jefa en el trabajo del aeropuerto se percató de su problema de alcohol y la refirió a un grupo de alcohólicos anónimos. Estuvo tres meses en un grupo de AA. Ahí la consentían porque era la única mujer, tenía un cuarto para ella sola. Dejó el grupo porque se aburría. Las veces que pasó a tribuna les dijo mentiras porque eran puros hombres y le daba pena.

contar su vida sexual. Un día se salió del anexo y se fue a visitar a los amigos, tomó y se drogó y tuvo una recaída mayor. Llegó al centro de atención toxicológica por su hermano llegó "dada al arrastre, bien mugrosa, bien greñuda, hacía quince días que no me bañaba". En Locatel le dieron la información del centro.

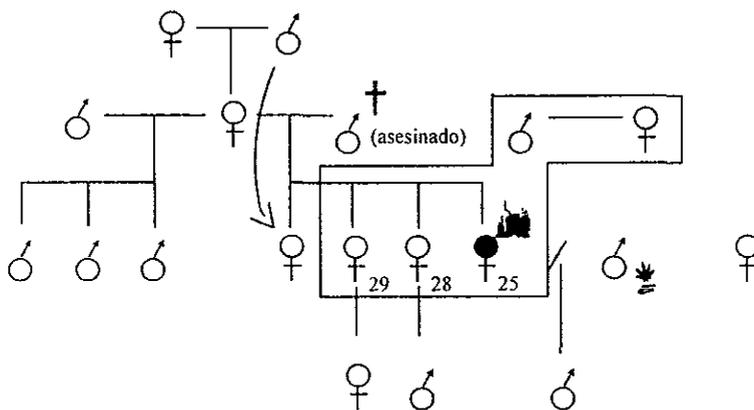
Psiquiátricos: Intento de suicidio con diacepam. Hospitalizada en Balbuena por 20 días. Le detectaron gastritis crónica, colitis.

Sentido de la vida: En la actualidad las personas más importantes para ella son su madre y su niño. Antes no tenía ninguna meta, ahora quiere terminar la secundaria y trabajar Ganarse el afecto de su hijo "Estaba muerta inconscientemente porque no me daba cuenta de lo que hacía". Dice de ella y sus amigos: "todos estas personas somos rechazadas por la sociedad, por lo mismo que dicen que somos malas".

CENTRO DE ATENCION TOXICOLOGICA

MAGDA

FAMILIA DE ORIGEN



CENTRO DE ATENCIÓN TOXICOLÓGICA

Magda

Magda tiene 25 años al momento de las entrevistas y trabaja como enfermera en casas particulares. Llegó al Centro de Atención por solicitud de sus padres.

Familia: El padre de Magda fue asesinado cuando ella estaba recién nacida. Su madre biológica dijo no poderse hacer cargo de sus cuatro hijas, a la mayor se la dio a los abuelos maternos y a las tres menores se las "regaló" a un tío paterno. El tío paterno las adoptó y la tía las aceptó con agrado. Magda llama a su madre biológica "la fulana" o la "vieja".

La hermana mayor es trabajadora social. Algún tiempo quiso vivir con el resto de las hermanas pero las tres la fastidiaban, le pegaban, le escondían sus cosas. Magda es la más chica de las cuatro y se define a ella misma y a sus hermanas como de mal carácter. A las hermanas les gustaba convivir y se iban a bailar a un lugar que se llama "El Castigo" por Bucareli cerca de la Secretaría de Gobernación.

Las tres hermanas que crecieron juntas, son madres solteras y continúan viviendo con sus padres adoptivos. La mamá de Magda volvió a contraer matrimonio y tiene tres hijos varones.

Sus padres adoptivos pensaron ocultarles las razones por las que vivían con ellos, sin embargo al revisar sus actas de nacimiento se dieron cuenta de la verdad y les explicaron lo que ellas ya sabían. En su hogar también vivía la tía Carmela y sus dos hijas. Esta tía era víctima de la violencia doméstica. Eran dos casas con una sola entrada. Las tareas domésticas se las dividían incluso al papá le tocaba su parte.

El padre adoptivo de Magda trabaja en un banco. Primero fue personal de seguridad ahora es de oficina. Anteriormente había trabajado en Japan Airlines, en la Mitsubishi Corporation. Estudió hasta el 6o año de primaria. Su madre adoptiva estudió para secretaria. Al padre le gustaba que ellas escucharan música clásica. Peleaba mucho con sus hermanas. Siendo niña no le dejaban salir.

Describe a su padre como poco expresivo y a su madre como cariñosa aunque en ocasiones les pegaba con un matamoscas. "Siempre una mamá pues te pega".

Creció en la colonia Guerrero posteriormente en la colonia Portales y finalmente en Jacaranda. Considera que todos los cambios de domicilio fueron para empeorar. La familia salía con frecuencia de vacaciones a lugares como Michoacán, Guerrero y Guanajuato.

Escuela. Cuando era niña vivía en la colonia Portales. En la escuela siempre tuvo conflictos. En una ocasión tiro a un compañero del asta bandera y se le cayeron todos los dientes. Mandaron llamar a su mamá y la refirieron al Hospital Psiquiátrico Infantil para que "me analizaran". "No me encontraron nada". Practicaba el atletismo, ganó varias medallas. En la secundaria le ocurrió lo mismo, en esa ocasión porque pintó el baño con groserías dedicadas a "la vieja" y tuvo que pintar todo el baño. Era amiga de "los desmadrosos" de los que nunca se dejan". Dice tener memoria de "olla vieja, todo se le pega". Estudio enfermería en el Instituto Nacional de Cardiología. Estudiaba en las mañanas y en la tarde trabajaba en MC Donalds y regresaba a su casa a las 11 de la noche.

Sexualidad: Menarquía a los 11 años. Como tenía información, no fue ni agradable ni desagradable. Cree que el cuerpo de la mujer sirve para tener hijos. A los 14 años empezó a masturbarse. Cuando tenía 6 años la mandaron a las tortillas y una "fulano" le pide que entregue una carta y en las escaleras la manosea intensamente y la deja ir. Recuerda haberse sentido mal y nunca lo comentó con nadie.

Tenía 15 años cuando inició su vida sexual "No le hallé nada así fantástico ni fenomenal no le encontraba el lado bonito". Considera que la droga no le ayudaba a sentir más placer puesto que la mente "anda en otra onda". Cree que a lo mejor con la cocaína, pero no con los solventes. Nunca usaba anticonceptivos porque "No pus estando drogados que te vas a estar acordando. ¡No hasta crees! Sin embargo, sin estar drogada tampoco usa anticonceptivos "para hacerle al loco a ver que pasa". Niega haber tenido contacto sexual con otra mujer. En la actualidad tiene un hijo del cual se esconde para consumir pero en ocasiones él la observa.

Migración: Cuando tenía 15 años se emigro hacia Matamoros con su novio durante un año. Se termino la relación porque era "el típico fulano golpeador". El tenía 18 años. Vivía en un hotel y trabajaba en un restaurante en Estados Unidos. Después del abandono se sintió sola y se regresó con una pareja de amigos a México. Se pasaba por el río Bravo.

Después vivió en un camper y posteriormente en un hotel y trabajaba en un restaurante de Estados Unidos. Estaba en Brownsville, Texas. Su amigo vendía cosas en la Isla del Padre. Su

pareja consumía marihuana y thinner Ella empezó entonces a consumir thinner Un día compró una pistola estando en Matamoros y cuando se drogaba salía a echar de balazos Dice que la policía nunca daba con el culpable pues toda la gente carga armas por la abundancia de narcotraficantes. Conoció a un señor que tenía un bar y era distribuidor de armamento Le gusta el peligro Narra que veía como mataban a la gente y la sacaban a la calle sin problemas.

"Fíjate que siempre ¡Cómo me gusta el peligro! en serio, me gusta...todo lo que sea peligroso a mí me gusta y me gusta ir a ver que pasa, que sucede. No, no me daba miedo, así que verlos con armas y eso no. Cuando se agarraban ahí en el bar, porque siempre había a quien matar el fin de semana ¿y que crees que hacían? Mataban al fulano adentro y nada más lo sacaban a la banqueta para que la policía lo encontrara.. ya recogen al muerto pero pues como saben que está ahí quien lo mata se hacen los pendejos, pues ni quien se va a tragar el anzuelo"

En los bares que frecuentaba conoció a distribuidores de drogas y armamento

Una de sus hermanas también se fue a Matamoros un tiempo y se involucró con la banda de los "Satánicos".

Violencia: Su pareja la pateaba, la golpeaba con lo que tuviera en la mano. Cuando la golpeaba no estaba drogado Cada tercer día la golpeaba Ella sentía mucho coraje y quería golpearlo pero no lo alcanzaba Luis trabajaba en una farmacia de donde robaba cajas de medicamentos y las vendía en los consultorios de Matamoros.

"Estando en su juicio era lo más terrible, no? yo creo que era porque....o sea no hay excusa ni pretexto para un fulano que golpea a una mujer, no? ni viceversa, pero yo creo... lo que pasa es que yo siempre he sido de las que a mí no me gusta que me mandes ni me digas lo que tengo que hacer, entonces me topé con un fulano que lo educaron que a ti te obedece y si no te obedece te la agarras a golpes . yo creo que chocamos en ese tipo de cosas... y ya era tanto estarlo soportando que a veces me llegaba a los golpes...y un día se largó ¡Que bueno! pero se largó con mi dinero"

Cuando Luis se fue con su dinero, ella se pasó tres noches en el parque suplicándole de rodillas que la dejara quedarse en la casa que él rentaba. Cuando regresa a México sus papás la reciben sin problema al igual que las hermanas. Entró a trabajar en una agencia de viajes y conoce

a Víctor. Ambos empezaron a consumir diariamente activo ó cemento. No le gusta consumir drogas fuertes porque le da miedo. Estando bajo los efectos de los solventes ha estado cuidando a un paciente con cáncer. En la actualidad Víctor tiene también otra mujer. Ninguno de los tres toma precauciones para el contagio del SIDA. Magda dice que son "el trío diabólico".

Dice que nunca participó en golpear a nadie estando drogada y que a su hijo no lo golpea. Sin embargo, si ha presenciado violencia doméstica en casa de sus tíos. En una ocasión defendió a golpes a su hermana porque nunca ha soportado que le peguen a una mujer:

"Iba yo, Víctor, mi hermana y su novio, marido o amante lo que sea de ella, que cuando está bien cuete es bien valiente el imbécil no?. Entonces mi hermana estaba platicando con un amigo y el idiota llegó, la sacó de la fiesta .pero yo no le perdí el ojo, lo ví ¿que le va a hacer?, porque los ví así medio oscuroito y cuando la sacó de la fiesta le empezó a pegar y me sali hecha un perro y le he dado un moquete, que lo tiré y le saque sangre, te juro que si no me lo quitan no sé que le hubiera hecho, entonces me lo quitaron y como ya no se pudo desquitar con ninguno le dije que le iba a romper su jeta después ya se calmó"

Religión: Magda fue educada como católica e hizo su primera comunión vestida de monja junto con sus hermanas. Celebraban bodas y funerales por la iglesia.

Psiquiátricos: Menciona que la depresión la ha seguido toda la vida "cuando me invadía tantito la tristeza, la soledad corría por mi botella de thinner, activo, lo que fuera". Sin embargo se dio cuenta que con el consumo de drogas la depresión se agrava. A consecuencia del consumo llegó a bajar hasta 12 kg. Para poder consumir alquilaba un cuarto de hotel y se encerraba a drogarse. Ha tenido ideación suicida que gira en torno a la idea de aventarse de una azotea estando drogada.

Sentido de la vida: Quiere trabajar para comprarse una casa y tener dinero suficiente para que su hijo estudie una carrera universitaria.

Consumo de Alcohol y Drogas: Ha probado de todo tipo de drogas: marihuana, cocaína en forma de basuco, LSD, chochos, pero le agradan más los inhalantes: activo, cemento, thinner con frecuencia todo el día y a veces toda la noche. Lo que más le agrada es "mis monas". Le gusta

combinar alcohol y marihuana. También consume alcohol, de preferencia whisky Chivas Regal Reporta haber tenido infecciones renales, anemia a consecuencia del consumo Así mismo fue detenida en "El Torito" por ebriedad y muchos problemas familiares. Acepto ir a tratamiento porque su familia la amenazó con quitarle a su hijo.

CAPITULO 7.GRUPOS DE AUTOAYUDA

"Hubiera querido tener todas las enfermedades del mundo, menos ser alcohólica, porque la mujer alcohólica vive siempre marginada de toda la sociedad".

En la actualidad es ampliamente conocido el hecho de que ningún sistema de tratamiento por sí mismo puede brindar soluciones totales y efectivas a aquellas mujeres que tiene problemas de adicciones. Una de las mejores opciones recomendadas en la literatura de mujeres son los grupos de autoayuda, que pueden constituirse como grupos dirigidos a personas alcohólicas, a personas con problemas de adicción a otras sustancias como narcóticos anónimos y drogadictos anónimos; grupos para los familiares y grupos para los hijos (ALANON, ALATIN). En este capítulo se describen los hallazgos del estudio de este contexto de recuperación y las historias de tres mujeres que lograron recuperarse de su adicción asistiendo a dichos grupos.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

A pesar de que tienen diferentes nombres (NA, DA, A A) los principios de recuperación se basan en la filosofía de Alcohólicos Anónimos con sus doce pasos y tradiciones. Una de las mejores definiciones es la que brinda Denzin (1991)

"Un grupo de A A es una estructura histórica de relaciones diádicas y triádicas que comparte un universo de discurso compartido. Ese universo de significados se vuelve omnipresente en cinco fuerza unificadoras: el alcohol (ó la sustancia), el alcoholismo (la adicción), la recuperación (el no beber), la historia de A A y la concepción de un poder supremo dentro de A A. El objetivo de los grupos es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos ha mantener la sobriedad "

El grupo brinda una arena de interacción en donde la recuperación del alcoholismo se basa en el "solo por hoy" que debe cumplirse. La acción individual se realiza solamente a través de la acción grupal. En forma similar, el grupo es acción individual, esto es, el grupo de A A. El grupo se extiende a sí mismo en y a través de cada miembro. Asimismo, el grupo acoge a cada miembro como parte suya. El grupo entonces tiene una realidad que es a la vez individual y colectiva.

La interrelación entre el grupo y la acción individual y su propósito se resumen en la Primera y la Quinta de las tradiciones que respectivamente afirman (A A , 1994).

Primera: Nuestro bienestar común debe tener preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de A.A

Quinta Cada grupo tiene un sólo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún esta sufriendo

Estas dos tradiciones se ven mediadas por la segunda que afirma:

Segunda Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.

Esta segunda tradición coloca a Dios, o al poder supremo por encima y dentro de cada grupo. La conciencia de grupo o el deseo de la membresía del grupo, es vista como la encarnación del último deseo de Dios. Debido a la que la recuperación personal depende de la unidad de A A (primera tradición), cada individuo llega a ser la personificación del grupo. La concepción de cada miembro de Dios es así mediada a través del bienestar común del grupo, que a su vez llega a ser individual y colectivo.

Estudio de los Grupos

Como parte de la investigación se participó en juntas informativas de grupos de autoayuda en donde participaron mujeres, así como se grabaron algunos testimonios de miembros de estos grupos, de diversos niveles socioeconómicos en las semanas de la unidad. Asimismo, se obtuvieron tres historias de vida de mujeres pertenecientes a: Drogadictos Anónimos, Anexo de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos.

Los grupos son diferentes de acuerdo al nivel socioeconómico y cultural de sus integrantes, en cuanto a lo abierto o cerrado de sus actividades, en cuanto a la posible localización visible de sus establecimientos o en lo oculto en donde se llega sólo por invitación. Sin embargo, en todos es patente la posibilidad de ser bienvenida y la disposición al servicio. De hecho en su simbología generalmente aparece un triángulo que representan la persona, la sociedad, el servicio y a Dios.

De acuerdo a su filosofía tiene el propósito de la confraternidad que consiste en poner la recuperación al alcance de todos. De hecho en ningún grupo se cobran cuotas fijas sino que voluntariamente al finalizar las sesiones se da la cantidad de dinero que cada mujer u hombre desee.

Aunque no se asumen como una organización religiosa, el programa consiste como ya se mencionó, en una serie de principios espirituales a través de los cuales los integrantes se recuperan de un estado físico y mental aparentemente irremediable.

Cada sesión comienza con la asignación de tareas entre los miembros. Se lleva un registro de cada una de las sesiones y se recita en grupo la siguiente oración

"Señor concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar las que si puedo y sabiduría para distinguir la diferencia".

A nivel mundial los grupos de A. A. existen a través de sus juntas, por lo tanto el estudiar las juntas es estudiar a los grupos de A. A. Sin embargo, los grupos existen por encima de las juntas que sostiene, porque los miembros del grupo tienen interacciones que ocurren fuera de los límites de las reuniones

Los grupos son registrados en un directorio. Este registro de grupos enlista el nombre y los teléfonos de dos miembros que pueden contactarse en relación a las juntas. Los nombres que ahí se mencionan con frecuencia son. el de servicio, el secretario tesorero. Ambos son elegidos por consenso grupal

En cada sesión puede empezarse por el primer paso. Si éste no es el tema a discutir, el director de la junta puede sugerir el pensamiento del día. O un miembro puede sugerir algún tema tales como la depresión, la soledad, el resentimiento, el coraje, el miedo, el deseo de beber, el exceso de confianza, la familia, el trabajo, el anonimato, la gratitud, las vacaciones o el permanecer sobrio. Una vez que el tema es elegido, se invita a ver quien desea comenzar. Así el director de la junta llama a alguien o una persona voluntariamente se acerca a compartir. Cada miembro habla usualmente por uno o tres minutos y la duración de la reunión generalmente es de hora y media

Existen sesiones de información donde personas que no forman parte de la agrupación, pueden asistir para pedir orientación para un problema propio o de algún familiar. Se sesiona diariamente generalmente por las noches durante una hora y media. Se celebran los aniversarios de aquellos integrantes que permanecen en sobriedad y se ingresa siempre a través de los padrinos o madrinas, quienes se hacen cargo del nuevo sujeto. Siempre se afirma que "solo por hoy" se dejara de tomar.

Hacia el interior de la agrupación ha habido grupos disidentes por lo que existen grupos de 2-4 horas, grupos tradicionales, grupos mixtos, algunos grupos para mujeres, grupos en las cárceles, anexos y granjas.

En las mujeres que pertenecen a estas agrupaciones, la autoreflexión y la narración de sus vidas es en gran medida más sencilla pues tienen que, como parte de su recuperación, compartir en tribuna alguna parte de la experiencia de su vida. Siempre inician su relato afirmando "Soy X y soy alcohólica ó adicta ó drogadicta". El número de mujeres en los grupos siempre es menor que el número de varones.

El mobiliario va de acuerdo a las posibilidades económicas de cada grupo, pero siempre existe un escritorio, una tribuna, un panfleto con los doce pasos y otros con las doce tradiciones de A A y un grupo de sillas. En todos está permitido fumar y tomar café o refrescos. Se llegó a los grupos por invitación de varios miembros amigos.

En uno de los grupos visitados existía solamente una mujer quien manifestó que lo más difícil era tolerar el hostigamiento al que se ve sometida de parte de sus compañeros, pues se ofrecen desde acompañarla a su casa hasta tener relaciones sexuales con ella porque "ella sí los comprende". Otra dificultad era la falta de discreción de parte de sus compañeros en torno a lo que se comparte en tribuna, pues en algunas ocasiones la gente de su colonia conocía experiencias que ella consideraba íntimas y que sus compañeros habían comentado fuera del grupo. Todo lo anterior lo denunció delante de 32 varones siendo ella y yo las únicas mujeres. Sus compañeros tuvieron que aceptar que traicionaban con mayor frecuencia lo que compartían las mujeres que lo que compartían los varones.

Otro de los grupos de nivel socioeconómico medio alto, la membresía de mujeres constituía casi la mitad de los miembros llamando la atención que la mayoría de ellas son mujeres mayores de 45 años.

Niveles de comprensión

A fin de entender los diferentes niveles que atraviesa una persona que ingresa a un grupo de A A, Denzin (1991) ha descrito cuatro niveles de comprensión de un alcohólico (adicto). De acuerdo a este autor, el comprender se refiere al "proceso de interpretar, *conocer y entender el significado de la intención, el sentido y la expresión del otro*". La comprensión de un alcohólico

se refiere al proceso en el que un par de alcohólicos ó alcohólicas interpretan, conocen y comprenden los significados de las y los otros, en términos de sus interacciones previamente experimentadas en las fases activas y de recuperación del alcoholismo

Cuatro formas de comprensión del alcohólico pueden distinguirse

La primera forma es el entendimiento convenido entre un alcohólico en recuperación y otro alcohólico que todavía bebe, pero que desea dejar de hacerlo o busca ayuda. A esta forma comúnmente se le denomina comprensión del alcoholismo auténtica

La segunda forma de entendimiento es aquel convenido entre dos o más alcohólicos que se están recuperando y que pertenecen o han estado en *Alcohólicos Anónimos*. Puede denominarsele entendimiento de A. A. y algunos miembros la reducen a las frases "Su majestad el bebé". Dicha fase hace referencia al narcisismo del alcohólico y a la grandiosidad de sus demandas. Los miembros del grupo mencionan que "somos la punta de lanza de la creación"

La tercera forma de comprensión del alcohólico fluctúa entre los bebedores que son alcohólicos activos y quienes pueden o no haber tenido la experiencia con *Alcohólicos Anónimos*. En este nivel de comprensión la persona se justifica autodenominándose alcohólico, borracho, etc.

La cuarta forma de comprensión del alcohólico, es la comprensión del alcohólico espuria. Los alcohólicos que se han recuperado o que desean hacerlo han experimentado este tipo de comprensión muchas veces en el pasado. Su redes con otras personas significativas -incluyendo a quienes desean ayudarlo y sus víctimas- los han bombardeado con experiencias que los no alcohólicos -los "normales"- les comparten a fin de que se den cuenta de lo "mal" que están actuando. Aunque estas personas sientan compasión o simpatía con el o la alcohólica que todavía bebe, no tienen las experiencias del alcohólico activo. Afirman

"No han sentido el dolor de la cruda. Nunca han escondido una botella.. nunca han sentido miedo de que la policía los detenga por manejar borrachos. No los han hospitalizado por complicaciones médicas causadas por la bebida.. No se han sentido avergonzados de ver la palabra alcohólico en su historia clínica...No saben lo que es querer dejar de beber y no poderlo hacer. No han intentado trabajar mientras se esta crudo o borracho".

Se llama comprensión espuria, porque en realidad "los normales" no entienden lo que siente un alcoholico.¹ Esta sensación de no ser comprendido, es lo que afianza los lazos de estas personas con los grupos de A A

La razón principal es que cada alcoholico o alcoholica que se recupera, ha experimentado este proceso de "recibir el mensaje" de recuperación de otro u otra alcoholica(o) En la medida en que la persona se apropia de los pasos y de las tradiciones de A.A., es decir de su discurso, se convertirá en el marco de referencia de comprensión de sus vivencias Así, las personas comparten no solo la vivencia de ser alcoholicos sino la forma en que denominan a sus experiencias "historial", "bebetoria", "fondear", "fuga geográfica", etc

A.A. y las mujeres

Alcoholicos Anónimos inicialmente fue un programa diseñado para hombres A las mujeres se les negaba la admisión a A.A porque "las mujeres buenas" no se embriagaban, y transcurrieron cuatro años hasta que Marty Mann llegó a ser la primera mujer que formó parte de un grupo. Desde entonces el porcentaje de mujeres ha aumentado y en la actualidad se estima que las mujeres comprenden más de una tercera parte de la membresía total de A.A. y aproximadamente la mitad en algunas partes de Estados Unidos (Berenson D , 1991) En Estados Unidos, no solamente las mujeres asisten a las sesiones de los doce pasos, sino que también constituyen la mayoría de la clientes que participan en los talleres y compran libros sobre los mismos

De acuerdo a un estudio transcultural realizado por Makela y cols (1996) las mujeres siguen siendo minoría en los grupos y por lo tanto, los temas de mujeres rara vez son discutidos en las juntas, además las mujeres pueden llegar a sentirse incapaces de competir con los hombres por la tribuna En ocasiones las mujeres no se sienten a gusto en los grupos por el asedio de sus compañeros varones o por la competencia que puede desarrollarse entre las mujeres por ganar la atención de los varones

¹ Es importante señalar que dentro del grupo solo la persona puede autodenominarse alcoholica ó alcoholico, pero es una falta de respeto que un compañero(a) le llame a otro diciéndole alcoholico Bromeando algunas veces se llaman unos a otros "enfermos" Es común en algunos grupos que se saluden diciendo "Hola enfermo"

Los temas que las mujeres en esta investigación señalaron como importantes para su discusión fueron las relaciones emocionales, la menstruación, la menopausia, el aborto, el incesto, la no satisfacción sexual y el rechazo de los hijos. En relación a la sexualidad y la maternidad, la dependencia emergió como un tema común.

En algunos países hay grupos cuya membresía es únicamente de mujeres, pero solo en los Estados Unidos tiene valor significativo. En los países escandinavos, en Austria y Polonia las mujeres se sentían más seguras y más anónimas en las sesiones cerradas. No compiten por los turnos para participar. En la mayoría de los países la dimensión más importante se describe como "la equidad y la diferencia". La lucha por la equidad se enfoca en la demanda de que las mujeres sean tratadas en la misma forma que los hombres y al mismo tiempo el énfasis en la diferencia requiere que las necesidades de las mujeres no sean borradas sino reconocidas y valoradas.

La crítica principal al programa gira en torno al hecho de que los doce pasos fueron formulados por un hombre, de clase media, blanco en los 30s, por lo tanto se trataba de romper y quebrantar un ego excesivamente valorado, y dejar todo en el poder de un Dios masculino todo poderoso. Pero de acuerdo a las feministas actuales (Berenson, 1991) las mujeres alcohólicas sufren por no tener un yo sano, consciente y necesitan fortalecerlo a la vez que afirman su propia sabiduría.

"Muchas mujeres utilizan sustancias o permanecen en relaciones destructivas porque sienten que no tienen control de sus vidas"

Johnson (1989) afirma que A.A. es otra institución masculina, y no es diferente en su calidad de las iglesias y de las escuelas o de los partidos políticos o de cualquier otro grupo dedicado a mantener el valor estructural y la jerarquía opresiva de los hombres. NO existen valores en su interior, nada que no sea de una jerarquía patriarcal. Los grupos de recuperación particularmente los de doce pasos, se basan en la humildad, la devaluación, la falta de poder, el locus de control externo, un rechazo de la responsabilidad inherente en la religión y la política masculinas.

En nuestro país, el estudio más reciente que habla de los grupos de Alcohólicos Anónimos lo constituye la investigación de Rosovsky H., Casanova L., Pérez-López C. (1991) quienes en particular estudiaron la relación entre mujeres y hombres dentro de la membresía de los grupos de

autoayuda (Pérez-López C., González L, Rosovsky H, Casanova L, 1992) En los resultados se indica que la primera condición para buscar ayuda es reconocer que se tiene un problema con el consumo de alcohol, lo que para las mujeres es más difícil de aceptar ya que en ellas la estigmatización es mayor. En los 72 grupos y 101 juntas con participantes mujeres estudiados, observaron que las tareas que desarrollan los miembros (*servicios*) dentro del grupo y durante las juntas varían dependiendo del sexo. pocas mujeres se hacen cargo de actividades que implican alta responsabilidad tales como la coordinación de las juntas, ser representantes de los servicios generales, tesoreras, secretarias del grupo. Las tareas en las que predominan las mujeres son las de hacer la limpieza del grupo, servir el café o dar la bienvenida. Una proporción representativa del número mujeres en los grupos hace servicio en instituciones como hospitales

Tales críticas sentidas por diversas mujeres miembros de los grupos de A.A. y por una serie de mujeres feministas dieron origen a un movimiento paralelo pero diferente en cuanto a su filosofía, diseñado exclusivamente para mujeres denominado "Mujeres por la sobriedad"

Mujeres por la sobriedad (Kaskutas 1989,1996)

Al igual que los grupos de A.A., Mujeres por la sobriedad es una organización de autoayuda, orientada hacia la abstinencia, no profesional, que no se anuncia ni solicita miembros pero que no ha adquirido la popularidad entre las comunidades de tratamiento y recuperación y ha permanecido oculta. Fue desarrollada en reacción hacia A.A., que fue fundada para hombres alcohólicos y que posteriormente incorporó a las mujeres con el paso de los años. Ha sido diseñada solo para mujeres y su premisa básica intenta el atender las necesidades particulares de la situación de las mujeres alcohólicas y sus necesidades de recuperación, en contraste con A.A. que trata a todos los alcohólicos por igual. Enfatiza la importancia de que la mujer refuerce su autoimagen, su responsabilidad y su independencia y reconoce las dimensiones socioetales del alcoholismo en las mujeres

En 1975, Jean Kirkpatrick fundó su primer grupo de autoayuda específicamente para mujeres alcohólicas, quien es Doctora en Sociología con una historia de 29 años de problemas con la bebida. Su enfoque a la sobriedad se vio influido por la obra de Ralph Waldo Emerson y el Movimiento de Unidad de un Nuevo pensamiento, por su experiencia en los grupos de A.A. y por su propia batalla con el alcohol, así como sus estudios de sociología. Sus trayectorias combinadas

de introspección, intelectuales y experiencias dieron lugar a un programa que le interesa primordialmente, lo que para ella es fundamental en las mujeres alcohólicas: la baja autoestima. Afirma que los sentimientos de culpa y falla de las mujeres alcohólicas son reforzados por la sociedad y la cultura, siendo la culpa cualitativamente un punto fundamentalmente diferente de la experiencia de los varones.

En forma contraria a A.A., sus bases fundamentales descansan en la *responsabilidad* contra la falta de poder; en *mejorar la autoestima* en lugar de moverse hacia la humildad, y en *pensar* en lugar de rendirse. Aunque comparte con A.A. el énfasis en la meditación y la espiritualidad, la sobriedad no es dependiente de un ser superior.

El instrumento para el cambio, es el poder del pensamiento positivo. Una creencia fundamental es que las emociones negativas son la raíz del consumo en la mujer. Sostiene que la mujer comienza a beber inicialmente como reacción al "pensamiento fallido" que subyace en toda la conducta autodestructiva. Como el movimiento feminista, trata de enseñarle a la mujer que tiene el poder de cambiar la forma en que piensa. Así la recuperación se predica en el cambio desde el nivel más básico, las afirmaciones del grupo y las reuniones reflejan un enfoque de modificación de conducta cognitiva, dirigido a cambiar la forma de pensar en general, del afecto y emociones negativas a las positivas.

Las mujeres practican el pensamiento positivo y el comunicarse positivamente, en sus reuniones discuten temas sugeridos por la organización de una carta mensual llamada "Pensamientos Sobrios". Tiene 13 afirmaciones y varios pasos que favorecen la liberación y la felicidad en seis niveles:

- 1) Aceptando que el alcoholismo tiene un componente físico
- 2) Apreciando que el pensamiento negativo es desastroso
- 3) Pensando mejor de uno mismo
- 4) Adoptando diferentes actitudes
- 5) Mejorando las relaciones
- 6) Reconociendo las prioridades de la vida

Cada uno de sus trece pasos se encontraría en un nivel distinto (Ver anexo).

MUJERES POR LA SOBRIEDAD

- 1 Tengo un problema de bebida que alguna vez me atrapó (Nivel I)
- 2 Las emociones negativas solo me destruyen a mí (Nivel II)
- 3 La felicidad es un hábito que desarrollaré (Nivel IV)
- 4 Los problemas me molestan solo en la medida en que yo lo permita (Nivel II)
- 5 Soy lo que pienso (Nivel III)
- 6 La vida puede ser ordinaria o maravillosa (Nivel IV)
- 7 El amor puede cambiar el curso del mundo (Nivel V)
- 8 El principal objetivo de la vida es el crecimiento espiritual y emocional (Nivel VI)
- 9 El pasado se ha ido para siempre (Nivel II)
- 10 Todo el amor que se da regresa duplicado (Nivel V)
- 11 El entusiasmo es mi ejercicio cotidiano (Nivel IV)
- 12 Soy una mujer competente y tengo mucho que dar (Nivel III)
- 13 Soy responsable de mi misma y de mis acciones (Nivel VI)

Nivel individual: Kaskutas (1996) señala que las mujeres alcohólicas sufren de una triple estigmatización primero porque el grupo de alcohólicos no es visto con buenos ojos en la sociedad, segundo porque cuando una mujer bebe se ve peor que cuando un hombre lo hace debido al papel de la mujer en la sociedad y tercero por la dimensión de promiscuidad sexual que esta inevitablemente asignada a la mujer alcohólica, representando una barrera adicional que no sienten los hombres alcohólicos. Algunas mujeres de mayor edad, mujeres con niños ó mujeres educadas en forma tradicional acerca de la moralidad de la familia, tienden a ser mas susceptibles a dicha estigmatización

La filosofía del programa explícitamente reconoce estos temas al reconocer que la culpa es algo que las mujeres en recuperación tienen que reconocer y dejar atrás

En las entrevistas con mujeres que tenían la experiencia de pertenecer al programa señalaron que éste puede llegar a hacerlas sentir tontas o no poco serias acerca de su recuperación a las mujeres que intentan llevar el programa en una forma menos rígida y menos culpígena con mensajes tales como "Si abandonas el grupo vas a recaer".

Nivel organizacional: El anonimato en los grupos de mujeres por la sobriedad queda como una elección individual. Los grupos motivan a sus miembros a pensar porque beben y a analizar las emociones negativas que rodean el consumo; después de haber comprendido las razones para el consumo, la reuniones para toda la vida no son esenciales, porque dicha dependencia va en contra de la filosofía de Mujeres por la Sobriedad.

A los miembros de los grupos de A A se les enseña a utilizar no a analizar, la sobriedad es adquirida no pensada y se rinden ante un ser superior y por estar junto a otros alcohólicos. La filosofía del programa de Mujeres por la Sobriedad le pide mucho a la mujer. le dice que puede dejar de beber basándose en su propia fuerza y esfuerzo constante y no espera que vaya a ser rescatada por un poder superior, un padrino de A A o sesiones para toda la vida.

A diferencia de A.A., las sesiones de estos grupos deben ser conducidas por una moderadora certificada, que debe haber permanecido sobria por lo menos un año y que solicite su certificación a través de las líderes de mujeres por la sobriedad.

Financiamiento: A la fecha no se han realizado estudios de mujeres que asistan a las sesiones tradicionales de A.A. o a los grupos de Mujeres por la Sobriedad. Una parte de la investigación niega esta posibilidad al afirmar que "los alcohólicos tienen una enfermedad unitaria que es el alcoholismo" para la cual A.A. es la solución. Se mantienen por las cuotas voluntarias que sus miembros dan al principio de cada sesión

Funcionamiento: Las historias de bebetorias no son compartidas como en A.A., en su lugar, un tema es seleccionado previamente por el grupo. En cada sesión, hay tiempo para discutir el tema y para dialoga sobre como le fue en la semana a cada quien, entre cada parte hay una receso de 10 minutos. Pueden llamarse las unas a las otras en ocasiones especiales para obtener compañía y apoyo, además existen mecanismos para ayudarse en situaciones tales como recaídas, hospitalizaciones.

Se sientan en mesas redondas. No se obliga a nadie a hablar pero se les invita a todas. A diferencia de los grupos de A A las mujeres pueden cuestionar directamente a algunas de sus compañeras para favorecer el contacto personal, la retroalimentación personal y la intimidad.

El 50% de la sesión gira en torno de situaciones actuales ¿Cómo fue tú semana? Se lleva al cabo dándole a cada mujer entre 5 y 10 minutos para compartir su semana. Para aquellas

mujeres que tienen dificultad para ser agresivas o competitivas para poder ser escuchadas, el formato que solicita que todas y cada una participe lo facilita

Al final de cada sesión dicen:

"Somos capaces y competentes, cuidadosas y compasivas, siempre tratando de ayudarnos, manteniéndonos juntas podremos superar nuestras adicciones"

Este tipo de formato trata de favorecer y reforzar el sentido de poderío y autoestima a la vez que brinda apoyo mutuo

HALLAZGOS

Una de los asuntos más importantes para iniciar la discusión y el análisis de este grupo de mujeres es señalar la forma en cómo llegaron a los grupos de autoayuda. Como se ve en el Cuadro 1 ninguna de las tres mujeres pertenece a la misma organización. Isabel llegó a Drogadictos Anónimos por un amigo a quien le mintió diciendo que requería la ayuda para su hermano menor que consume sustancias. Elisa fue llevada a un anexo por un par de señoras voluntarias quienes la encontraron en la calle tomada y lastimada. Carmen ingresó por unos compañeros de actividad quienes en forma de reto la invitaron a asistir a las juntas.

La clase social de las tres es muy diferente. La familia de Isabel puede considerarse una familia de nivel medio, la de Carmen de nivel medio alto y la de Elisa de nivel bajo. Ello explica las diferencias en relación a su escolaridad y las ocupaciones que respectivamente tienen, así como la forma en que se encuentran vinculadas con los grupos.

Isabel fue entrevistada mientras permanecía anexada. Su entrevista fue difícil por la negativa de los dirigentes del grupo. El motivo pretextado era que se interfería con el tratamiento, las razones que Isabel mencionó fueron diferentes. Relató cómo dentro de la institución algunos compañeros hostigaban y en ocasiones abusaban de sus compañeras mujeres provocando que en una ocasión, dos de ellas hubiesen tenido que recurrir a las amenazas y a la violencia para poder salir del anexo. De hecho por el temor de lo que Isabel pudiese compartir, se prohibieron las entrevistas subsecuentes y el encargado del grupo que había permitido el acceso al mismo, fue trasladado a otro grupo. Isabel antes de ingresar al grupo vivía en ciudad Netzahualcoyolt.

Carmen pertenece a una grupo de élite, mantiene llamadas telefónicas con sus otros compañeros durante todo el día. Vive cómodamente, con su pareja, sin dificultades económicas y con acceso a todos los servicios de salud disponibles.

Elisa ha perdido a su familia de origen y el contacto con sus hijos. Vive en un anexo de A A permanentemente pues no tiene un lugar mejor donde vivir.

Familias (Cuadro 2 y 3) En este grupo de mujeres siguen predominando las familias de tipo recompuesta y el consumo de alcohol parece ser menor entre los padres, no así con los hermanos y los familiares cercanos a las mujeres entrevistadas, quienes se convirtieron en sus modelos de identidad por la cercanía que tenían. En el caso de Carmen, debido a que su madre trabajaba todo el día, permanecía con su tía quien era usuaria no solo de alcohol sino también de drogas y quien en la actualidad se encuentra internada en una granja pues a decir de Carmen “se quedó en el viaje por usar LSD y hongos”.

Los secretos familiares están muy presentes en sus relatos. En el caso de Isabel no se menciona abiertamente que el último de sus hermanos es producto de la infidelidad de la madre, en el caso de Carmen la adicción de la tía se esconde así como el suicidio de otro tío paterno y en el caso de Elisa el abandono de diversas figuras (el abuelo, el padre, etc.)

Violencia en casa (cuadro 4). El abuso físico está presente en dos casos, el abuso emocional en tres de ellos y el abuso sexual también en las tres. Como en los demás casos analizados es la madre quien abusa más emocionalmente de las mujeres y los familiares cercanos quienes son los perpetradores de abuso sexual. Las consecuencias de dichos abusos fueron similares también. Las tres mujeres consideraron que su rendimiento escolar fue muy deficiente por la dificultad en concentrarse en las tareas asignadas así como por la dificultad en procesar las experiencias en edades tempranas. Las tres fueron testigos de violencia doméstica.

Violencia fuera de casa (Cuadro 5) Las tres mujeres participaron esporádicamente en actos violentos como robos y venta de drogas. Sin embargo, la figura de las bandas y de los grupos en dos casos no es relevante (Carmen y Elisa). En el caso de Isabel, a pesar de pertenecer a una banda jugaba a llevar una doble vida. En el día se vestía como secretaria para ir a trabajar a una banca y en la tarde y noche lideraba una banda de 20 jóvenes siendo ella la única mujer. Funcionaba como líder haciendo uso de varios privilegios como tener droga gratuitamente y

contar con recursos “para vestirme bien” Sin embargo, el hecho de pertenecer a la banda siendo mujer también le significó el tener relaciones sexuales con personas con las que ella no quería. En el caso de Elisa y Carmen, en lo más difícil de su vida adictiva fueron ambas violadas por personas conocidas A diferencia de los grupos anteriores, ambas tomaron la iniciativa de vengarse En el caso de Carmen y porque contaba con los recursos necesarios, mando matar a su “dealer” que fue quien la violó En el caso de Elisa denunció a los tres violadores y logró que a dos de ellos los procesaran

Alcohol y drogas (Cuadros 6 y 7):

Elisa fue la única mujer de toda la investigación que únicamente ha consumido alcohol sin haber hecho uso de otras sustancias En el caso de Carmen e Isabel llama poderosamente la atención como en este grupo de mujeres a pesar de provenir de niveles económicos diferentes, el uso de algunas sustancias no está presente Por ejemplo: los solventes inhalables, la heroína, las gotas, los diablitos y el marcado del cuerpo con tatuajes no se utiliza. Pareciera que la razón principal es que en este grupo el consumo de sustancias tiene un sentido en su inicio de más gozo y menos de autogresión, al menos en las primeras etapas de la adicción.

Las trayectorias de las tres mujeres se encuentran matizadas por la clase social que diversos autores (Adler L, 1987, Timio M, 1981) enfatizan como variables determinantes en el tipo de padecimiento que se sufre y las alternativas de solución de los mismos En este caso, la riqueza de Carmen abre las puertas para los servicios de salud, para la reinserción en la vida productiva y la vida social. Las otras dos necesitan encontrar los medios para salir de la pobreza. Sus relatos muestran la diferenciación social que se da a través del lenguaje utilizado, Carmen tiene un lenguaje más coloquial, sin miramientos califica e interroga al interlocutor haciéndose patente su desprecio hacia las personas de otro nivel socioeconómico mientras que Isabel y Elisa a pesar de utilizar palabras consideradas como groserías muestran temor a equivocarse, tratan de no ofender y en general su forma de expresión es sumisa.

Salud Reproductiva: (Cuadros 8 y 9)

La edad de inicio de su vida sexual es más tardía que en los grupos anteriores, sin embargo comparten la negligencia para cuidarse del contagio de ETS y de SIDA a pesar de tener conocimientos sobre la prevención Las tres tuvieron prácticas de riesgo. Isabel tuvo un embarazo

durante el cual consumió durante los dos primeros meses motivo por el cual se decidió abortar por el miedo de tener un hijo con problemas posteriores. Carmen hasta el momento de la entrevista no había tenido ningún embarazo y Elisa tuvo 4 embarazos. El primer hijo que tuvo en la actualidad vive y es usuario de solventes inhalables, el segundo nació con una infección en los riñones y murió, el tercer embarazo decidió interrumpirlo y lo aborto y el cuarto embarazo fue una niña que se la regaló a la jefa de enfermeras del hospital donde trabaja.

Psiquiátricos (Cuadro 10). Como en los otros grupos la depresión siempre estuvo presente y los intentos e ideación suicida. Los trastornos de alimentación y las conducta denominada carving están ausentes. Las tres cubrieron los criterios para ser consideradas con problemas de ansiedad y de conducta antisocial.

DISCUSION

Las características que tuvieron en común estas tres mujeres de diferentes edades, de diferentes niveles socioeconómicos pero que buscaron ayuda en los grupos de autoayuda están: el provenir de familias que tuvieron problemas de relación importantes tales como secretos, muertes violentas, desapego emocional; trataron de aparentar ser alguien que ellas no eran (más edad, más dinero, mayor experiencia); no poseían un sistema de apoyo social sólido; el alcohol y las drogas fueron utilizadas para tratar de manejar un sentido de falta de control en sus vidas (sea por no poder procesar una experiencia de abuso sexual como en el caso de Carmen o por una falta de constancia con la figura materna y paterna como en el caso de Elisa); falta de control de sus propias habilidades (las tres tenían un trabajo productivo pero tenían dificultades para mantenerlos), preferencia por relaciones con personas mayores que ellas (argumentado que buscaban siempre protección), sentimientos de una profunda, vergüenza, culpa y desadaptación.

Mason (1991) hablando sobre la vergüenza menciona que la primera experiencia de vergüenza tiene su origen en las familias. Las familias instalan la vergüenza en la infancia temprana, la perpetúan a través de los secretos, en relación a lo natural y los eventos no naturales. Con mucha frecuencia no es el evento mismo- que puede ser una muerte, una enfermedad, el incesto, el suicidio ó la discapacidad- sino el secreto que rodea el evento lo que crea la vergüenza. Tratando de protegerse a sí mismos y a los hijos de tal dolor, los padres crean los

mitos familiares y oscurecen las fuentes reales del dolor, que causan duelos no resueltos, negaciones, adicciones. Las mujeres aprenden a no hablar cuando reciben el mensaje.

La vergüenza también nace en las relaciones. Cuando los padres niegan la vulnerabilidad de sus sentimientos, vulneran la conexión interpersonal, el vínculo esencial para el crecimiento emocional. Cuando las necesidades de las niñas son negadas, se crece con un sentimiento de inadecuación, miedo al rechazo o abandono. En la actualidad se le denomina abuso emocional- la falta de contacto físico, la falta de contacto visual, la falta de sentimientos positivos- la falta de atención o las amenazas verbales. Es un continuo, de un lado esta el rechazo del otro la violencia.

Sin embargo, hay que diferenciarla de la culpa, la culpa se siente sobre algo que ya se hizo. La vergüenza es acerca de los que se es.

La investigación psicológica acerca de la vergüenza y la adicción muestra que las relaciones en la infancia deficientes con la madre y el padre y además del abuso sexual y el abandono son los mejores predictores del alcoholismo en las mujeres. La vergüenza internalizada se llega a manifestar en sentimientos de autodevaluación, automutilación, depresión, ideación suicida, desórdenes disociativos y en casos extremos personalidades múltiples. Las mujeres adictas con frecuencia sienten no tener control de sus vidas y utilizan las drogas para anestesiar el dolor y la rabia en contra de su medio.

Pero la vergüenza también tiene su origen cultural, sobretodo en las mujeres cuyas tareas son aprendidas y asignadas. Se aprende culturalmente que las mujeres valen menos, la prescripción cultural para las mujeres de ser para otros, llega a ser un medio para esconder la vergüenza. Las mujeres socializadas para ser las proveedoras de placer y las buenas niñas, en la actualidad son etiquetadas como codependientes, y patologizadas por haber aprendido bien las reglas.

En la investigación sobre los grupos de alcohólicos anónimos, Fowler (1993) señala que el factor de éxito es el desarrollo de la fe. De acuerdo al autor, la fe puede referirse a las acciones personales y las respuestas involucradas en el despertar a nuevos significados y valores y el comprometerse sí mismo con valores, imágenes y realidades de poder. Asimismo es ligarse a historiales que vinculan a las personas con otras, que comparten experiencias y a un marco de referencia que les da coherencia.

La creencia y el creer constituyen un elemento de la *fé*. Pero la *fé* también involucra dimensiones conscientes e inconscientes que la componen y que responden a los significados que son a la vez personales y más genéricos. La *fé* nunca es cien por ciento individual. En el desarrollo del yo surge y se desarrolla en las relaciones humanas. La *fé* es el construir y moldear las relaciones. Las personas con *fé* construyen y moldean sus relaciones con otros, consigo mismos, a la luz de imágenes de trascendencia. La construcción de la *fé* incluye estructuraciones cognitivas, afectivas e *imaginarias*. Une lo racional con lo emocional. En forma explícita e implícita la filosofía de A.A. es el supuesto de que la adicción al alcohol está ligada a una historia destructiva, una historia que opera a la vez consciente e inconscientemente. Esta historia básica, en sus diversas versiones, se centra en que la persona tiene una demanda excesiva en su autoconfianza. Esta persona se siente responsable de establecer el propio valor, el propio significado, la viabilidad de uno como persona en términos de productividad, poder, salud, estatus. El stress, la ansiedad y la ausencia de una intimidad real que acompaña al esfuerzo personal de mantener el falso yo y vivir esa historia dan lugar y mantienen el uso de alcohol como un anestésico del dolor y como un catalizador para la pseudo-espontaneidad y la intimidad.

La persona adicta usa el alcohol y las drogas, en la lucha por mantener y continuar con ese falso yo tanto como sea posible; al mismo tiempo, la adicción cada vez más resulta una conducta que no es tolerada por otros y en un nivel más profundo, para sí mismo. El tocar fondo y el proceso que lleva al mismo, puede ser una experiencia desesperanzadora.

La conversión en el desarrollo de la perspectiva de la *fé* puede definirse como una redirección significativa de los vínculos que definen la vida, como consecuencia del tomar conciencia de valores anteriores e imágenes de poder y la adopción consciente de una nueva identidad y una nueva historia, como parte de una intención de redimensionar la propia vida.

La conversión desde la perspectiva de A.A. comienza cuando uno alcanza y reconoce un estado de desesperación en el esfuerzo de mantener un yo falso y la ilusión de que uno puede controlar el consumo de la sustancia. El tocar fondo se da cuando se unen o combinan el disgusto personal y el miedo a tal grado, que se pierde el control, el terror de reconocer la devastación de la propia vida y la de los otros y en el fondo de que existe la posibilidad de que esto cambie. El cambio real comienza cuando la persona está lista para admitir la falta de poder, para aceptar una

nueva identidad como alcohólico ó adicto y para formar parte de una identificación con una comunidad con otras personas que se han rendido a la ilusión del auto control y han admitido la falta de poder enfrente al alcohol

La espiritualidad en AA tiene como finalidad el recuperar la autoestima basándose en una honestidad profunda, una adecuada interdependencia, el hacer posible la recuperación de los sentimientos y la imaginación creativa. La participación continua en AA, con las formas y la intensidad de la participación puede posibilitar el mantenimiento del equilibrio y la serenidad basada un reconocimiento realista de los propios límites, en la confianza en un poder superior aunado con un patrón de cuidado por otro que necesitan ayuda para la recuperación

Resumiendo, la experiencia de sentirse carente de poder puede llevar a obtener un nuevo sentido y nivel de poderío desde el cual las inequidades sociales, personales y políticas pueden considerarse Sin embargo, la comprensión teórica de la falta de poder y la espiritualidad y los grupos de AA descansan en gran parte en una sobrevaloración de lo masculino Si la falta de poder es el origen de la opresión en la mujer dentro de una estructura patriarcal, las recomendaciones citadas por Jean Kirkpatric para la modificación de los grupos de AA deberán de tomarse en cuenta .

LOS DOCE PASOS DE A.A. (1989) Central Mexicana de Servicios Generales de A.A.A.C
Reimpresión 58 p p 78.

- 1 Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables
- 2 Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
- 3 Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos
- 4 Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5 Admitimos antes Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos
- 6 Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter
- 7 Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos
- 8 Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9 Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- 10 Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11 Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

CUADRO 1. GRUPOS DE AUTOAYUDA. DATOS GENERALES.

	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	LUGAR DE NACIMIENTO	OCUPACION	GRUPO DE AUTOAYUDA
Isabel	23	Secretaria	unión libre	Edo de México	Trabajó como secretaria en un banco	Drogadictos Anónimos
Carmen	24	Preparatoria incompleta	Casada	México, D.F.	Trabaja como aux. admvo en la Cia de su papá.	Narcóticos Anónimos
Elisa	50	4 años en primero 3 años en tercero Primaria a los 15 Enfermería a los 30	unión libre	Distrito Federal	Auxiliar Admvo en la Secretaría de Salud	Alcohólicos Anónimos

CUADRO 2. TIPOS DE FAMILIAS

	Tipo de familia	Madre	Padre	Hermanos
Isabel	Recompuesta	Aux. Admvo.	Obrero	2 hermanos
Carmen	Extendida	Enfermera	Administrado	1 hermano
Elisa	Recompuesta	Difunta	Difunto	7 u 8 hermanos

Cuadro 3. CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN LA FAMILIA.

	Papá	Padrastro	Mamá	Hermanos	Parejas	Hijos
Isabel	Alcoholismo		Negativo	Un hermano	Alco/Drogas	No tiene
Carmen	Negativo		Negativo	Una tía	Alco/drogas	Negativo
Elisa	Desconoce	Negativo	Muerte	Tres de 7	Alco/Drogas	Solventes

CUADRO 4. GRUPOS DE AUTOAYUDA. VIOLENCIA EN CASA

	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Testigo de violencia doméstica
Isabel	por su madre	por su madre	Por un primo hermano	positivo
Carmen	Negativo	Indiferencia de la madre	Por vecinos amigos de sus padres	positivo
Elisa	Golpes con una vara por la mamá que la obligan a utilizar sweaters de manga larga para ocultar los moretones	Agresiones verbales, insultos madre y la hermana	Manosos e intento de violación por parte del hermano Violación por parte de uno de sus cuñados	positivo

CUADRO 5. VIOLENCIA FUERA DE CASA

	Participación en actos violentos	Uso de armas	Violencia recibida
Isabel	robos	negativo	Forzada a tener relaciones sexuales
Carmen	robos, venta de drogas	negativo	violación por parte de un dealer
Elisa	robos	negativo	A los 25 años sufrió una violación tumultuaria por tres hombres uno de los cuales era su vecino Denunció y logró que a dos de ellos los procesaran.

CUADRO 6. GRUPOS DE AUTOAYUDA. DROGAS PARTE I

	EDAD DE INICIO	OH	MARIJUANA	SOLVENTES	COCAINA	HEROINA	GOTAS	ALUCINOGENOS
Isabel	12	√ tequila ron	√	X	√ (crack, polvo)	X	X	X
Carmen	13	√ (cervezas) (tequila)	√	X	√ inhalada crack	X	X	√ (hongos y peyote)
Elisa	12	√ brandy ron alcohol 96 alcohol in- yectado	X	X	X	X	X	X

CUADRO 7. GRUPOS DE AUTOAYUDA. DROGAS PARTE II

	ROHYPNOL	DIV	TRANQUI- LIZANTES	DIABLITOS	MANDRAX	CHOCOS	TATUAJES	CONSUME PAREJA	TX
Isabel	√	X	√ Diacepam, ativan valium, pacidrin	X	X	√	X	√ (cocaina)	√
Carmen	√	X	√ valium diacepam, tafil, tofranil	X	X	X	X	√	√
Elsa	X	Alcohol en el ombiligo	√ diacepam	X	X	X	X	√	√

CUADRO 8. GRUPOS DE AUTOAYUDA. SEXUALIDAD I

	Edad menarquia	1ª relación sexual	Número de parejas sexuales	Preferencia sexual	Embarazos	Abortos
Isabel	11 años	17 años	2 estables	heterosexual	1	1 22 años
Carmen	11 años	14 años	2 estables	heterosexual	1	0
Elisa	13 años	17 años	4 estables	heterosexual	4	1

CUADRO 9. GRUPOS DE AUTOAYUDA SEXUALIDAD II

	Prevención embarazo	ETS	SIDA	Prácticas de riesgo	Edad 1 ^{er} embarazo	Consumo embarazo	Atención Hospitalaria
Isabel	X	X	X	√	22	√	Médico privado que le realiza el aborto
Carmen	√	√	√	√	24	X	Hospital privado
Elisa	X	X	X	√	17	√	Hospital de la mujer

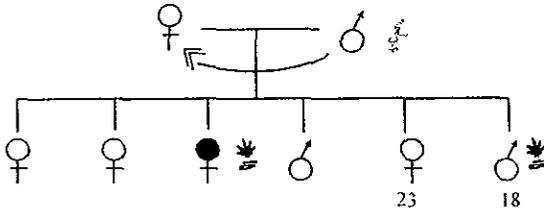
CUADRO 10. GRUPOS DE AUTOAYUDA
DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

	DEPRESION	INTENTO SUICIDIO	ANSIEDAD	TX ALIMENTACION	ANTISOCIAL	"CARVING"
Isabel	√	Ideación suicida	√	X	√	X
Carmen	√	√	√	X	√	X
Elisa	√	√	√	X	√	X

DROGADICTOS ANONIMOS

ISABEL

FAMILIA DE ORIGEN



ISABEL DROGADICTOS ANÓNIMOS

Isabel fue entrevistada una sola ocasión en las instalaciones de un grupo de autoayuda de drogadictos anónimos. Tiene 23 años en el momento de la entrevista y tres años de participar en las actividades del grupo. No pudo ser entrevistada posteriormente porque las "autoridades" del grupo lo prohibieron.

Familia El padre de Isabel trabajaba como obrero en almacenes de cerámica "El Ánfora". En la actualidad ya está pensionado. Su mamá es auxiliar administrativo de un hospital de la Secretaría de Salud. De niña no le agradaba el lugar donde vivía. Su casa era básicamente de madera. Después su familia empezó a utilizar materiales de construcción más sólidos. Vivían en Ciudad Netzahualcoyolt, sin embargo nunca le gustó vivir ahí.

"Salía uno a la calle, pues era ver tierra, lodo, pobreza, gente que andaba pues sucia. De ver siempre gente drogándose en las esquinas inclusive gente que se prostituía. . que vivía en la misma calle donde estaba la casa y donde luego había uno que otro congal. . centros donde hay prostitutas".

De niña tenía miedo de ver esas casa. Más grande le empezó a agrandar como una posibilidad de ganar dinero y de fumar marihuana. Siempre quiso tener una casa más grande "igual a la de mis compañeras".

De niña siempre fue obesa "así como de gordura bonachona" siempre le decían "Ay mira que bonita la gorda". En su casa le decían "marrana".

No aceptaba ni su casa, ni su cuerpo.

Su padre siempre fue admirado, convivía con ella y siempre la llevaba consigo cuando salía. Después que nació su hermano menor, el alcoholismo del padre se hizo evidente y "se me cayó mi ídolo de barro". El padre golpeaba a la madre. A Isabel le llegó a pegar solo en una ocasión. Isabel afirma que "mis padres dejaron de tener vida marital desde que yo tenía siete u ocho años. . todo a causa de la violencia".

Afirma no haber tenido carencias económicas importantes.

Escuela. Estudiaba por temor al regaño. Entró a la secundaria a los doce años. Empezó a relacionarse con hombres y mujeres mayores que ella, 5 o 10 años más grandes. Le agradaba de

este grupo de amigos y amigas la facilidad que mostraban para tener varias parejas. Sus amigos de la secundaria eran drogadictos y "mi chavo era adicto"

Empezó a drogarse para ver si se sentía lo mismo que con el alcohol. Su primera borrachera fue con sidra en casa de sus amigas. Después le gustó consumir tequila y ron bacardi. Su mamá se dio cuenta del problema de bebida que tenía insistiéndole que cambiara "date a respetar, eres una señorita, después ya nadie te va a tomar en serio"

Isabel le reclamaba en respuesta que cuando la necesitó ella nunca estuvo presente

Tiene una hermana mayor y un hermano menor que también consumen drogas.

A los 17 años subió exageradamente de peso llegó a los 65 kg. Fue la primera vez que ingirió droga, siendo las anfetaminas. Fue con un doctor para que le controlara el peso, empezó a bajar. Después únicamente le agradaban las sensaciones que le producían las anfetaminas

Sentía somnolencia, pereza, adormecimiento y algunas veces se llegaba a caer situación que le agradaba porque llamaba la atención

Después de la secundaria realizó estudios secretariales. Trabajó en Banamex. El primer año que ingresó al "mundo de las drogas", le agradaba juntarse con los porros de una vocacional. Se drogaban antes de ir a conciertos de rock. Le gustaba juntarse con ellos porque la veían como superior porque "me vestía muy formal, nunca me faltaron al respeto y siempre me regalaban la droga que quería".

No le agradaba de este grupo el que golpearan a la gente. Cuando no obtenían lo que querían robaban. Sus amigos tenían apodos "el demon", "el choreño", "El Stuart", "el borrego", "el caballo". Todos alcohólicos o drogadictos.

"Les hacía el paro para que pudieran robar", pero no participaba activamente en los golpes. En su banda era la única mujer entre 20 hombres.

Salud reproductiva: Menstruó a los 11 años. Oía la palabra menstruación "se me hacía algo como un monstruo o algo así"

" Yo me empecé a sentir mal de mi cuerpo... así como rara, inclusive empecé a sentir así como que pegostoso así en mis piernas y fue la situación de ir al baño hasta que entramos al salón de clases y cuando me bajé mi pantaleta me espanté mucho al verme pues toda sangrada y el empezar a ponerme nerviosa,

el empezarme a tocar mi parte y decir bueno pues que me está pasando....si el lo que ya me habian dicho que a las mujeres les sale sangre pues por ahí.... empezar a llorar así de miedo, sentía que todo el mundo se me quedaba mirando... que me va a decir mi mamá así fue todo el trayecto hasta mi casa"

Al llegar a su casa la abuela le levantó el vestido y le dijo "pues es que ya no eres una niña" La madre como respuesta le compró unas toallas femeninas, se las entregó y le pidió que le ocultara el acontecimiento a sus hermanos La madre nunca le dio información sobre el sexo, Isabel piensa que porque su madre le da vergüenza hablar del tema, se enteraba de lo que eran las relaciones sexuales en los libros de su hermana que estudiaba psicología

Su primera relación la tuvo a los 17 años de edad y le fue decepcionante "porque me deje llevar por el físico del muchacho" El era dos años más grande La invitó a tomar un helado y de ahí se fueron al hotel. A Isabel le habían dicho que al tener relaciones iba a sentir mucho placer "que iba a tocar las estrellas con la mano y que volaba" La realidad le fue muy diferente.

Pensó "sí quedo embarazada pues mi hijo va a nacer muy bien, muy guapo"

Como no sangró, el muchacho la insultó, le dijo que era una hipócrita que seguramente se había acostado con muchos Le dijo "eres una prostituta. . lástima de cara porque eres una pinche hipócrita". Pensó "este imbécil me las va a pagar. . no se cuando pero me las va a pagar".

Cuando salieron del hotel la siguió ofendiendo y de ahí empezó el resentimiento más grande con los hombres.

Después "empecé a vivir una vida de promiscuidad sexual muy grande de empezar a meterme con hombres grandes, casados". Buscaba que le compraran cosas, que le hicieran obsequios de oro, que la llevaran a cenar a Garibaldi, que gastaran su dinero en ella

No les cobraba a ninguna de sus parejas porque le daba pena Se daba por bien servida si el compraban regalos.

A los 22 años se embarazó pero se realizó un legrado, después de dudar entre tener a su hijo ó cumplir con el mandato materno. Pensaba en lo que su mamá en algunas ocasiones le había dicho.

"Si dios te manda un hijo, el mismo que tienes que recibir así como a ti se te recibió" y al mismo tiempo pensaba "Yo no me voy a atar a un escuinle y toda mi juventud echada a perder".

Decidió no tenerlo pues su pareja era cocainomano y tuvo miedo de que el bebé tuviera problemas de salud, al mismo tiempo pensaba "¿Cómo voy a darle este golpe a mi madre?"

El aborto lo llevó al cabo en el Estado de México, lo realizó clandestinamente en un consultorio y el médico la insultó, le aventó una bata, la trató mal. Tenía tres meses de embarazo No sabe como se lo hicieron porque la durmieron La despertaron y sin ningún examen previo la sacaron del lugar. Una prima la acompañó Rentaron un cuarto en un hotel por la colonia Roma Ahi lloró y recordó que siempre se había sentido como una prostituta

Violencia: Abuso sexual. a los 4 ó 5 años, un primo la manoseó. El primo intentó varias veces manosearla y abusar de ella Nunca pudo expresarle a su mamá el temor que le daba estar cerca del primo Sus parejas nunca la golpearon pero si la obligaron tener relaciones sexuales con ellos

Alcohol y Drogas. A los 12 años empezó a consumir alcohol porque le ayudaba "a sentirme como fugada de la realidad, como que me sentía más integrada a la gente" Lo anterior porque había crecido con muchos complejos físico atribuidos al color de su piel y a la obesidad

Durante 6 años después de los 17 años, consumió Redotex, Fenisec, Asenlix (anfetaminas) y lasix (diurético) Se le reseca la piel, situación que le agradaba sobre manera. Se le irritaba la vejiga y lo disfrutaba Consumía de 8 a 10 pastillas diario y 3 de diuréticos Con el tiempo llegó a consumir de 15 a 20 pastillas diariamente. Después entró a trabajar a una farmacia y ahí las conseguía. En tres semanas bajo los 17 kg. que tenía en exceso.

Consumió anfetaminas, marihuana, cocaína, solventes, diazepam, Ativan, Valium, Rohypnol y Pacidrin. Entre los problemas que recuerda asociados al consumo de las sustancias están en que empezó a perder la memoria, la falta de atención, el insomnio, los delirios de persecución, la paranoia, las lagunas mentales, la agresividad, el miedo y el sentirse "neurótica e histérica" Espiritualmente se sentía vacía-hueca. Siempre trataba de demostrar que no se sentía sola.

Psiquiátricos: Ideación suicida. Nunca intentó quitarse la vida pero continuamente pensaba en ello.

Tratamiento Lleva tres años de la asociación. La primera vez que pidió ayuda fue con su hermana la psicóloga porque sentía que "tenía mi piel llena de gusanos . empecé a jalarme la piel de la desesperación". Sin embargo, la hermana le dijo que no podía ayudarla. Después fue al grupo para pedir ayuda para el hermano y se quedó ella

Su mamá sabía de su consumo de alcohol pero no sabía de su consumo de drogas. Estuvo anexada durante tres meses sin salir a ningún lado. Afirma que todo depende de la disposición que tenga cada quien para salvar su vida

"Si es una persona casada, se le escucha más con más frecuencia para que empiece a trabajar su historial. .. nosotros le llamamos a su vida su historial... y todo eso para que se integre pues a sus responsabilidades con sus hijos, con su marido ..por ejemplo la gente que no tenemos responsabilidad de hijo ni de marido pues ya depende de nosotros que tanto hayamos valorado las experiencias que se nos hayan transmitido, de que si nos vamos lo que nos puede pasar si seguimos en el consumo de la droga".

De su recuperación afirma

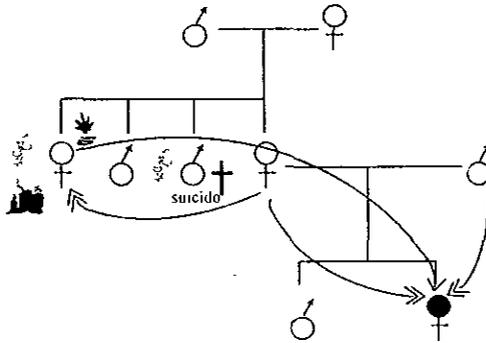
"Me agrada a pesar de que no ha sido mucho tiempo de que ya no hay la denigración como mujer .de que empiezo a darme a valer como lo que soy... a recobrar mis valores como mujer que es lo que aquí dentro del grupo pues nos han enseñado si caímos pues ya nos supimos levantar. Que si allá afuera fui hipócrita, farsante, fui interesada, pues ahora no lo soy porque esas cosas fueron las que llevaron a drogarme . que tengo un sin fin de debilidades. .por eso es que soy enferma pero no por eso me voy a estar lacerando toda la vida no?

Ahora tengo un lugar que es el grupo para que me ayude. . para que salga bien adelante y la imagen que tengo de mí pues si me agrada . ahora me doy cuenta de que lo único con lo que estoy atentando es contra mi vida, contra mi persona . que la única que va a terminar mal si se sigue drogando pues soy yo".

NARCOTICOS ANONIMOS

CARMEN

FAMILIA DE ORIGEN



DROGADICTOS ANÓNIMOS

CARMEN

3 Entrevistas

Carmen es una mujer de 24 años de edad a la fecha de la entrevista, el 27 de noviembre de 1995. La entrevista se lleva a cabo en su departamento. Carmen es de nivel socioeconómico medio alto. De entrada llama la atención que se describe como adicta en rehabilitación y que refleja cierto grado de autoanálisis por los términos que emplea a lo largo de la entrevista.

Familia: Relata que sus padres se casaron cuando su mamá tenía entre 28-29 años de edad. Califica a su familia como “disfuncional” en las primeras preguntas de la entrevista, debido a que ambos padres trabajaban y a su vivencia de una relación lejana y poco afectiva con su madre.

Crece en un ambiente familiar de lucha constante por la superación tanto económica como de situaciones familiares especiales como la presencia en su casa de 3 medios hermanos de su padre. La necesidad lleva a que ambos padres trabajen fuera del hogar y a una relación cotidiana difícil de la madre de Carmen con estos medios hermanos, sobre todo con una mujer, su Tía, figura muy importante para ella, que jugó el papel de madre y con quien Carmen se identificó mucho al grado de tenerle más confianza y preferirla ante su madre. Carmen relata que su madre descargaba en su Tía sus propias obligaciones como mamá, tales como peinarla, llevarla a la escuela, al parque, darle sus alimentos, etc., y se las imponía como obligación, al tiempo que le daba trato de hijastra pues, junto con el padre, la golpeaban y le imponían normas muy severas para su edad.

Carmen creció en un ambiente de mucha tensión provocada además por el hecho de que su mamá estudiaba y trabajaba, doblaba turnos como enfermera y no había tiempo para el trabajo de la casa ni dinero para pagar a alguien ajeno a la familia. Describe a su padre como perfeccionista, con un nivel alto de exigencia hacia la madre, pero en eterno conflicto de culparse mutuamente por la falta de atención hacia sus hijos.

Su padre proviene de una familia en la que Carmen recuerda que su abuela paterna tuvo varias parejas (mínimo dos) y prácticamente sola tuvo que sacarlos adelante. Afirma que su padre tuvo varios medios hermanos y que los hijos de una de ellas por ejemplo, a la fecha de la entrevista no sabían dónde estaba su madre. De los 3 medios hermanos que llegaron a vivir a casa de Carmen, uno era alcohólico, otro trabajaba en la judicial y la otra fue la Tía a la que quiso

mucho y que terminó en una granja psiquiátrica con el diagnóstico de “adicta al sexo” y “exhibicionista”

Carmen percibe a su familia en un intento permanente de dar la imagen de ser una familia unida, donde “se respeta a la mujer, no por el hecho de ser débil, sino porque de entrada merece respeto” y en donde no podía hablarse de ciertos temas (drogas) porque no eran para su tipo de familia. Por consiguiente aprendió que había temas, situaciones, sentimientos, etc., que no podían hablarse y que había que aparentar que no pasaba nada. De hecho afirma que actualmente su familia dice que Carmen “fue desmadrocita” y tuvo su etapa rebelde, pero nunca han aceptado que es alcohólica y menos adicta.

Desde chica aprendió, y en la entrevista reflexiona que no sabe si por ser suficientemente lista o tonta, a no permitir que sus padres se dieran cuenta de lo que le pasaba

“Tenía muchos trucos . como un kleenex, como debajo de mi casa había una planta de aguacate, entonces agarraba la hoja y me la comía yapestaba todo el día a aguacate, todo ese tipo de trucos entonces, por desgracia, o yo por muy lista o por tonta, ni siquiera dejé ver esas luces de alarma ¿no?”.

No podía, o no sabía expresar sus emociones, sentimientos, tristezas ante su familia y siempre intentó seguir la regla familiar de aparentar que no pasaba nada y que las situaciones vividas no le lastimaban tanto. En la actualidad afirma que esta dinámica familiar la lleva a cuestionar desde pequeña la doble moral que hay dondequiera, la corrupción que vivió siendo una niña, tanto en su casa como en la escuela.

Tuvo un solo hermano, mayor que ella, con el que siempre existió rivalidad. Relata que en su familia central siempre hubo dos bandos: su madre y su hermano por un lado y su padre y ella por el otro. Se describe como totalmente opuesta a su hermano. Él en el rol de sano, bien portado, de acusador permanente y ella como de reventada, de oveja negra. Esta relación no cambió ni siendo ambos adultos. Carmen se refiere a su hermano actualmente como el “ente” con el que convivió de chica.

La presencia de estos Tíos en su casa, la relación poco afectiva con su madre y de competencia eterna con el hermano y el ambiente de “patrones de conducta muy insanos” como ella los describe, provocan una situación familiar en la que Carmen es testigo de conductas muy

violentas para su edad, por ejemplo, presenciaba cuando golpeaban a su Tía, se interponía entre sus padres y la Tía en un intento de evitarle los golpes, situación que causaba más la ira en su madre. Siendo una niña se enteró que su tío el judicial se suicidó y relata que guardó mucho tiempo en su recámara el periódico *Alarma* donde salieron las fotos de su tío con un tiro en la frente.

Infancia: Se refiere a su infancia como etapa de frustraciones. Se recuerda como una chava muy solitaria, con mucho estrés, con la sensación de estar permanentemente descuidada de sus padres.

Entre los 5 y 6 años de edad es obligada a participar en la masturbación de unos hombres dentro del mismo edificio donde vivía. Al no poder hablarlo con nadie, se sintió muy culpable, porque sabía que era algo malo. Esta situación duró aproximadamente 3 años y aunque dice que no era del diario, sí seguido, cuando salía a pasear con sus patines.

Entre los 6 y 7 años de edad, cuando está en segundo de primaria, su Tía querida, su amiga y compañera, se va de la casa sin ninguna explicación para ella, por lo que siente que es por su culpa, por no obedecerla, por portarse mal. En esos momentos, le salen mezquinos, inicia a hacerse pipí en la cama y se vuelve agresiva hacia los demás, más introvertida. Carmen se entera hasta después que el motivo de la salida de su Tía fue por ser adicta, por rebelarse a las normas que le imponían.

Recuerda que por el mismo sentimiento de soledad con el que vivía, no le gustaba salir a pasear de pequeña, se ponía a llorar sola porque “sufría depresiones muy fuertes por no poder expresar todas las emociones que traía adentro”. Tampoco le gustaba comer. La muchacha que sustituyó a la Tía tenía que darle la comida en la boca a los 12 años. Narra que se sentía vacía, con un vacío interno que no sabía explicar y decía “Algo está mal, la sociedad está mal, mi familia está mal, los maestros son unos babosos, todo este tipo de cosas”. Agrega que.

“Siempre me gustó ir en contra de la corriente y siempre querer más, más y más, así como temores, angustias, como gustos y todo ese tipo de cosas, fui muy exigente, no me llenaba con tan poco, o sea, desde ahí viene mi drogadicción ¿no?, todo ese proceso, desde chiquita, yo no quería un dulce, yo era mil dulces, yo no era un peso, porque se me hacía muy poco, entonces todo viene caminando así”

A partir de los 5-6 años de edad, después del abuso sexual del cual es objeto, se

acostumbra a poner “caretas”, a aparentar que no pasaba nada y al llegar a la adolescencia esta situación le resultaba muy cansada. Desde pequeña aprendió que el Valium lo daban en los velorios para tranquilizar y como era tanta su angustia y siempre estaban disponibles en el botiquín de la casa, le encantaban para dormir, para quitarse la depresión que tenía.

Relata que todas estas emociones no expresadas le dejaron “huellas”. Le afectó que sus padres, pero con más tristeza su mamá, siempre estaban ocupados en sus propios asuntos, al grado de no darse cuenta que se emborrachaba primero y se drogaba después.

Desde pequeña y en la adolescencia tuvo actitudes muy fuertes de rechazo hacia los hombres y hacia sí misma.

“Por lo mismo que sufrí de niña, no los podía tolerar, aunque no lo manejaba conscientemente, inconscientemente había un rechazo..... porque nunca toleré el rechazo, nunca toleré que me hicieran sentir mal de esa forma ... cuando entro a segundo de primaria, cuando ya sufrí pérdidas, ya no me sentía integrada ni siquiera a mis compañeros de mi salón, o sea, me sentía el patito feo, la burra, me sentía la fea y no es que sea una mujer guapa pero... era yo la que, yo formé el caparazón de que me puso el papel así como que voy a ser la burra, voy a ser la fea, voy a ser la antisocial, voy a ser que la típica que la maestra fue otra área que a mí me lastimó mucho ¿no?, porque en México hay un gran racismo, les encantan sobre todo cuando son niños, las güeras y a mí ... como que me hacían sentir mal porque no eres ni la güera, ni de ojos azules, la típica morena de pelo lacio y cualquier tipo de cosas ¿no?. .. y a marcar límites a mi forma, que eran límites mal puestos, que no eran los correctos, por lo mismo, por ponerme como perro rabioso y decir ‘a mi nadie me vuelve hacer daño’ y hasta ahora lo entiendo, porque en ese tiempo yo nomás reaccionaba, reaccionaba, no analizaba nada lo que había pasado, pero si yo había sufrido daño desde los cinco años, pues automáticamente me ponché ¿no?, así como que la tortuga tiene su caparazón, para que cuando ve peligro se esconde y no hay quien la saque y si le meten el dedo muerde, pues así era yo.... era difícil”

Afirma que nunca tuvo amigas, sólo muchas conocidas. Explica que su mundo infantil no correspondía al de una niña de su edad, pues sus amigas no tenían una tía que la golpeaban o no tenían el tío que era judicial, además ella prefería jugar al bat y a las canicas que a las muñecas.

Sus dos mejores amigos fueron hombres, porque siempre se le hizo mucho más fácil relacionarse con hombres. A la que consideró su amiga se acostó con su galán. Aunque no relaciona esta situación con el abandono que sufrió de su mamá, sí encuentra cierta relación entre no tener amigas y su dificultad para comunicarse con su madre. Reconoce el derecho que tenía su madre a superarse como mujer pero cree que si los descuidó y que debió estudiar pero junto con ellos.

Escolaridad. Relata que fue muy buena estudiante hasta segundo de primaria cuando su Tía se fue. Fue sometida a constantes cambios de colegios y escuelas en un intento de ir tapando emociones. La corren de la primaria, de primero de secundaria por pleitos frecuentes porque no toleraba el rechazo ni la discriminación por ser morena.

Estuvo en una escuela donde había un índice de drogadicción alto, en la que no necesitaba salirse porque “adentro estaba todo el reventón”. Consumían en los mismos salones de clases, en los baños de la escuela, por lo que se refiere a éstas como verdaderos “antros” de vicio, además del hecho de ver a directores corruptos que los expulsaban por ser traficantes de videos o por cometer fraudes. Menciona que estuvo en el Cultural, en el Hispano y en el Valle de México y algunos refranes populares entre los jóvenes adictos: “Si eres vago mariguano, métete al Hispano”, “Si eres vago y burgués, métete al Irlandés”.

Manipuló al director de la escuela: “Si tu me das chance de faltar y yo nada más vengo a presentar exámenes como si fuera abierta, yo te prometo que saco buenas calificaciones”. Y efectivamente sacó puros dieces. Era un reto para poder estar donde ella quería, con su chavo.

Pasaba de año porque los papás le pagaban clases extras con maestros de la escuela, quienes se sentían comprometidos a pasarla, no por lo que sabía, sino por el pago extra que habían recibido.

En el caso de Carmen era “ir a casa de cualquier persona y estar todo el día disquete haciendo trabajos por equipos, tomando, me acuerdo que era café con tequila”.

Su pareja que era drogadicto le empezó a pedir dinero y después que sacara cosas de su casa, hasta pedirle robar la pistola del papá. Esta situación la angustiaba mucho e iniciaron los resentimientos con su pareja, tanto por los robos como por las infidelidades frecuentes. Así hasta que el chavo entra a la cárcel y Carmen se presta para ayudarlo a salir como testigo falso. Se ve involucrada en controles por parte de judiciales que la querían sorprender con la mano entre la

masa, porque sacaba su consumo de la cárcel, pero relata que siempre fue muy cuidadosa.

Se sintió muy lastimada por su pareja y por la que consideraba su mejor amiga porque mientras ella arriesgaba su propia libertad al ser testigo falso con tal de que saliera de la cárcel, ellos tuvieron relaciones sexuales. Esto produjo que ya fuera de la cárcel discutiera frecuentemente y con mucha violencia, incluso física, con su pareja, quien decide descubrir a Carmen ante su familia como drogadicta

En la cárcel conoce a una banda de narcotraficantes que le ofrecen protección para sacar su consumo primero y después le piden que venda la coca en Estados Unidos Aunque sabía que era gente violenta “...me gustaba estar, definitivamente me gustaba estar entre esa gente ¿no?, me gustaba sentir la emoción fuerte .. muchas veces es que la adolescencia es de emociones fuertes, pero hay de emociones a emociones, como subirte a la montaña rusa y subirte sin cinturón. por ejemplo, es una gran diferencia que yo veo”

Carmen sufre una violación por parte de uno de los miembros de esta banda y se aleja de ellos cuando ve el fin que tuvieron: al que la violó lo mataron, otro terminó en la cárcel y otro quedó paralítico.

Salud reproductiva: Carmen narra que no estaba a gusto consigo misma y ponía de pretexto la edad, su adolescencia para seguir con su drogadicción Perdió su virginidad muy chava, a los 14 años porque

“Quería saber qué realmente me habían hecho de niña y otra porque con la gente que convivía era casi todas mayor que yo, ya todas tenían relaciones sexuales y hablaban mucho del sexo y lo ponían como que color de rosa. Mi primera relación sexual fue sin amor, fue un morbo total de decir ¡bueno, vamos a ver de qué me hablan!, y fue decepcionante, o sea, como que dije, ‘¿esto es todo?, ¿para eso?, ¿eso es tanta la ilusión?’”

Aunque tenía información por parte de su mamá de que las mujeres se pueden embarazar al iniciar a menstruar, tenía la fantasía de lo que le hablaban: “¡guau!, que con las drogas, que con el alcohol, que el chavo, que .. pero no es cierto, fue una falsedad” Tuvo una vida sexual muy activa desde los 14 años, como hija de familia, con varias parejas que no fueron importantes en su vida porque no dejaron huella.

“Mi vida se volvió un desmadre sexualmente..... tuve varias parejas, pero no fueron

importantes en mi vida.. pero encontré una pareja que no era de la escuela.... drogadicto .. y este y ahí empezó como que mi cruz ¿no? Ya traía la cruz cargando pero como que fue lo último que desató mi cruz .. porque pues yo me identifiqué gruesísimo, porque dije ‘este chavo le hace falta mucho cariño, pues a mí también me hace mucha falta Pensamos muy parecido, adictos con adictos .. pero sabía que algo estaba muy mal, que no iba a ser una relación buena, el chavo era totalmente de otra religión, prohibida en mi casa, pero siempre fui en contra de la corriente”

“Al principio fue muy divertido, las drogas empezaron a subir de calidad, excesivamente divertido, pero todo, todo pierde el encanto”, narra Carmen respecto a su relación con el drogadicto. Como llevaba una vida sexual promiscua, “quería seguir esa relación con el drogadicto porque no me podía reclamar mucho, porque hacía cosas peores que yo”

Con cierto temor reconoce que su vida sexual fue también irresponsable, pero que por miedo a quedar embarazada, usó pastillas, condones, espuma con lo que también se salvo de contagiarse del SIDA, lo que le causaba demasiada angustia.

Violencia: Carmen vive desde pequeña varias situaciones que la golpean emocionalmente y como no podía expresar sus sentimientos, todo lo guardó, provocándose mucha angustia. Sufre alrededor de los 5 años abuso sexual de hombres que la obligan ayudarlos a masturbarse. Sabía que era malo, no qué tan malo, pero nunca pudo decirlo a nadie, incluso ni a su Tía, que era su confidente

En su ambiente familiar creció con violencia física pues sufrió golpes de sus padres que encontraban en el maltrato físico la mejor forma de educarla. De cierta forma Carmen los disculpa porque dice que fue la forma en que a ellos también los educaron y les dio resultado

Vivió de cerca el maltrato que recibió su Tía por parte también de sus padres y el suicidio del otro tío, todo lo cual le dejan “huellas” a ella porque no lograba explicarse por qué sucedían estas cosas, además de echarse la culpa ella. Cuando sufre la pérdida de su Tía narra que se vuelve más agresiva con ella misma y con los demás, mas intolerante. Más tarde, en su relación de pareja, llega incluso a la violencia física

En el ambiente ya de las adicciones descubre que.

“Aquí la ley es el que tiene más dinero y el más fuerte, entonces pues yo voy hacer la más

fuerte y con drogas voy a obtener dinero y este ... un poco la prostitución, o sea, nunca me paré en una esquina ni mucho menos, pero la prostitución entre amigos, entre conocidos, entre que iba a un antro y la peda me gustaba, o sea, no tenía esos patrones de primero te conozco y te analizo y luego vamos a ver si resulta ¡no!, yo ya era así de bueno, me gustaste, vas y si te vi ni me acuerdo, me sentía muy orgullosa porque sentía que los utilizaba y al final de cuentas me estaban utilizando a mí, ni siquiera ellos a mí, sino yo a mi. primero me estaba utilizando, me estaba haciendo más daño”.

“Después conozco a los narcotraficantes y pues era increíble ¿no?, porque ahora además estaba protegida por la persona que había andado yo en la cárcel, o sea, me sentía como que super girl porque tenía pues unos matones atrás de mí cuidándome, muchas veces o si yo necesitaba algo pues ahí estaban ... el precio que pagué ahí pues fue una violación. de ellos, recuerdo que mi violación en ese momento yo tapé mucho siempre tapaba mucho mis emociones, a mi lo que me preocupaba era que no había llegado a mi casa ... el tipo me había puesto una botella de añejo en el cuello, entonces este que me fuera a marcar porque qué iba a decir, ni siquiera cómo iba a quedar sino qué les iba a decir”

Religión: En el grupo de autoayuda empieza a creer en un poder superior importantísimo para ella que es Dios, pero “ no el Dios de la iglesia, el castigador, ni el Dios ese malo, el de tus pecados, sino el amigo buena onda, el que te va a sostener, el que te va ayudar, el que no te va a juzgar, el que es incondicional, ese, o sea, yo digo ahora gracias a él llegué al grupo de autoayuda” Decidió casarse por la iglesia porque es “ir por el camino correcto para mí ante todas las áreas ¿no?, si lo veo socialmente es un camino correcto, espiritualmente es un camino correcto, emocionalmente y para mis hijos es un camino correcto . como que son normas que te pide la sociedad en la que vivo”

Sentido de la vida: Carmen acepta que será adicta toda su vida, que simplemente va a detener una enfermedad que contrajo y para la cual no hay cura Reflexiona acerca del daño importante que le hizo a su familia

“Yo hasta ahora lo supe ¿no? porque yo de momento no me di cuenta del daño, la angustia que vi en mi mamá de a ver a qué hora se va de la casa, cuando yo me salí de la escuela a mi papá casi le da un ataque cardiaco ahí y la angustia que veía en mi hermano

de ¿con quién andas?, o ¿qué te pasó? Y de que todo mundo trataba de tapar estos huecos y destapaban sus huecos, entonces se volvió algo que se llama disfuncional, ya nadie estaba cumpliendo sus funciones ¿no? o sea, yo no la hacía de hija porque le hacía como que de extraña y la vecina, y mi hermano la quería hacer de papá y mi papá ya no sabía si hacerla de amigo, compañero o este para poderme ayudar, mi mamá como que decía bueno ya ¿por dónde te oriento?. fue una angustia, yo cero que todo ese tipo de cosas acaba a una familia, no solamente fui yo, yo enfermé a mi familia”

A pesar de todo lo anterior la familia de Carmen aparentaba que todo estaba bien, porque “la sociedad no acepta a una persona con problemas, es muy difícil que mis papás hubieran confiado a sus amigos que yo andaba con un drogadicto y que estuvo en la cárcel, porque automáticamente hubieran hecho que sus hijos se alejaran, ellas mismas se hubieran alejado porque piensan que es un mal como la lepra ¿no?, contagioso”

En opinión de Carmen la sociedad igualmente no acepta a una mujer alcohólica, no la toleran como en la antigüedad sucedía con las mujeres que fumaban. Es la razón de la existencia de las mujeres alcohólicas o drogadictas de buró. Según su experiencia, dentro del submundo de las drogas también hay diferencia en los roles de hombres y mujeres:

“El hombre va a hacerla, perdón por la palabra, de cabrón, de a ver quién es el Juan pistolas, de quién puede más, quién tiene más y en las mujeres de a ver quién da más, o sea, tu mujer no puedes matar, ¿eres mujer!, así de claro te dicen. .. un hombre le pone precio con agresión, con dinero y la mujer con el cuerpo, muchas veces también con agresión, pero al final de cuentas los dos pagan un precio muy alto ... muy diferente ¿no?, la mujer como objeto y el hombre como usador, usador de la cosa, manipulador del objeto, pero los dos pagan precio”.

En el grupo donde Carmen consumía, a las mujeres se les consideraba mejores para traficar con la droga, sobre todo si tenían cara de “fresas” y no así a los hombres, que su simple aspecto de “rockers” lo traiciona

Actualmente Carmen está embarazada y es de la opinión que a sus hijos no les va ocultar

su adicción, de la misma manera que no ocultó nada a su marido. Piensa educarlos con límites, pero sin miedos y darles oportunidad de que tomen sus propias decisiones, sin prejuicios de roles sexistas previamente asignados. Si eso no le funciona, recurrirá a Terapia Familiar. Aprende de su propia experiencia y ha decidido no trabajar mientras su hija sea una bebé, piensa en su hija y su marido como sus prioridades actuales.

Ha desarrollado una filosofía de vida dentro del grupo de autoayuda: “Mi gratitud habla cuando doy lo que he recibido”. Ayuda a personas adictas a encontrar “la puerta”, a transmitirles que no están solas y ayuda porque además a ella le sirve la experiencia de ver el estado en que se encuentran otros para recordar cómo empezó, cómo estuvo. Afirma que dentro del grupo de autoayuda le falta trabajar más la culpa y perdonarse.

Psiquiátricos: Carmen vivió con un grado de angustia y depresión alto que no le permitían ni dormir. Vivía con miedo permanente de ser descubierta por su familia y cuando analiza el grado de daño que provocó con su adicción a la familia, narra que se quería matar.

“Yo me quería matar pues a pellizcos, tuve intentos de suicidio, o sea, algo no de una pistola, ni de rebanarme las venas, pero sí decía, me voy a tomar unas buenas pastillas para dormir, para no levantarme, me tomaba bastante, me llegué a tomar una vez porque andaba medio estresada, me tomé como 10, entonces esa vez me tomé como 30, y no me pasó absolutamente nada, no podía ni dormir, necesitaba tantas cantidades que ya no me hacían efecto o me rebotaban, no podía dormir”.

Uso de alcohol y drogas: Carmen inicia su consumo a los 13 años de edad.

“La primera droga, o sea, mi droga, la droga ilegal que es el alcohol, la usé en una borrachera, así una vez que la cervecita, pero la primera borrachera fue en la boda de una persona y me puse un buen tapón ¿no? y mis papás pues estaban tratando a todos los invitados y apoyándolos y todo ese rollo y pues ni cuenta se dieron del grado, del grado que yo llegué a tomar esa noche, se me hizo como que ¡ay qué divertido, que pedida me puse!, pero no pensaba en ningún momento que iba a tener un patrón de adicciones, es más, era un mito en mi familia hablar de drogas, porque había gente de familia que tiene el consumo de drogas ¿no?, no dentro de mi casa pero sí alrededor, o sea, sí había gente que tenía, pero era un mito, así como que las drogas no son para esta casa”.

A los 14 años probó la marihuana con un amigo de toda la infancia y le encantó porque sintió que todo era diferente “como que fue la magia, me quitó miedos, me quitó angustias, me quitó el sentirme sola”.

Cuando le ayuda a su pareja a salir de la cárcel, inicia su consumo de cocaína, que fue su droga preferida

“Con este chavo pus entra, este, lo meten un tiempo a la cárcel y ahí me di cuenta de mi baja autoestima ¿no?, de no quererme, me presto para poderle ayudar para que él salga de la cárcel... y este y adentro pues, o sea, una gran cantidad de cocaína impresionante y yo ya no sabía si lo iba a ver por amor o iba porque me iba a meter unas dosis estafalarias de cocaína, o sea, de repente había alcohol, había todo ¿no?, pero mi droga de elección siempre fue la cocaína, la marihuana la aluciné, nunca me gustó porque me ponía como que muy tranquila, muy depresiva y la cocaína al contrario, como que me quitaba esa emoción de tristeza, de sentirme toda apachurrada, de no quererme parar y me daba una actividad, que me ayudaba hasta cierto punto a yo poder seguir adelante y no convertirme en un vegetal, o sea, viviente, con la única diferencia de que yo si me podía mover, pero no quería...”

Antes había probado las anfetaminas y desde muy pequeña valium y diacepam, pero siempre con mucho cuidado de no dejar huellas

“En mi casa pensaron que era así como que la santa y pura ¿no?, o sea, las cosas de la edad, pero nunca me habían encontrado ningún preservativo, ni unas pastillas, ni una bacha de marihuana, nada, o sea, como que iba todo en un proceso pues con mucho cuidado, lo llevaba ¿no? como que no dejaba huella ni rastro de nada, excesivamente cuidadosa por el miedo, por el miedo que vivía de pensar qué pasaría si supieran”

Cuando su pareja la descubre ante sus padres, Carmen aceptó todo ante ellos menos su adicción. Después acude al psiquiatra quien la llena de pastillas, para dormir y para despertar, para acelerarla y para tranquilizarla. En la cárcel ya había consumido cocaína crack. Le costó aceptar su adicción

“Para mí los drogadictos eran los de Londres, pero no una persona, como que yo decía pues yo soy social ¿no?, de repente sí mi marijuanita, mi coca, mi alcohol, mis pastas,

llegué a probar hongo y peyote muy pocas veces, es de temporada”

A lo largo de la entrevista Carmen afirmó haber consumido Cerveza, alcohol, marihuana, café con tequila, cocaína, anfetaminas, valium, diazepam, tofranil, tafil, crack, pastas, hongos y peyote

Tratamiento .Cuando su pareja la descubre como adicta ante sus padres, éstos recurren a un psiquiatra y su adicción ahora llega a ser “institucionalizada” por emplear alguna palabra

“Me mandaron con un psiquiatra y ahí es cuando entra mi etapa también muy fuerte de pastillas ¿no?, porque yo llegué con angustias, con ansiedades, con depresiones.. este con el no saber qué me pasa, como que ahorita estoy bien, de repente tengo un genio de los mil diablos, entonces me empieza a recetar pastillas ¿no? para dormir y para despertarme, entonces ya así como que con charolazo porque ya no me tenía que esconder, o sea, era un frasquito de 100 pastillas y supuestamente era una diaria, no me duraban ni 15 días”

El psiquiatra cuestionaba a Carmen que no había sufrido una violación porque ella lo había provocado, pues se lo había fajado antes. Aún así continuó un tiempo su tratamiento con él.

Cuando se preguntaba qué iba hacer con su vida, se imaginaba la posibilidad de acabar como prostituta, o con un loquero, nunca en la cárcel porque le daba pavor. Sus amigos de ‘actividad’ entraron a un grupo de autoayuda y le pasaron el mensaje en forma de reto y como ella siempre respondía a éstos, a pesar que le daba mucho miedo, decide entrar en este tipo de grupos y narra que:

“Encontré lo que había buscado toda mi vida. una hermandad muy importante para mí, como que no fui la única que de chiquita la usaron, que la violaron en la adolescencia, que fue, que robó desde chavita a mi mamá y habían sentido igual que yo, hombres y mujeres ¿no? .. entonces encontraba una identificación, me quitaron un gran peso de encima cuando me dijeron que era una enfermedad, y entonces ahí es cuando empieza a cambiar mi vida ¿no?, realmente cuando yo empiezo a descubrir todo esto, cuando yo lo puedo analizar, cuando yo empiezo a ver qué tanto daño no he hecho, qué tanto daño me he hecho a mí sobre todo y que me quería matar pues a pellizcos”

Empieza a descubrir que no sólo hay blanco y negro, sino que existen mil tonos de grises

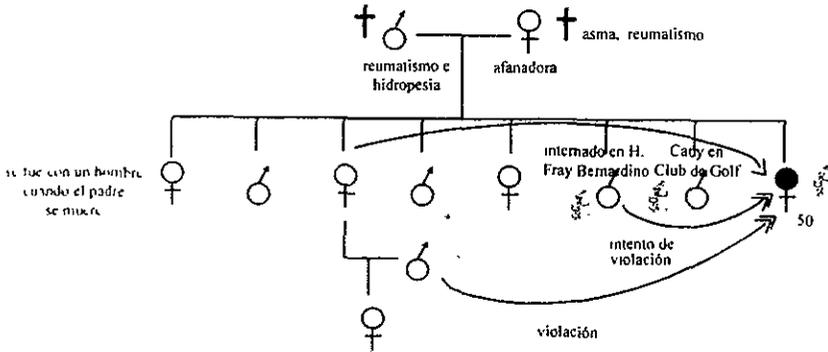
que desconocía para sus emociones. Todo lo anterior la lleva a hacerse responsable, poco a poco de ella misma, el grupo le ayuda a quererse, a valorarse y a colocarse ella misma en el centro de su atención. Al momento de la entrevista llevaba 2 años y medio de abstinencia y narra que había iniciado ya a cuidar más de su cuerpo, a comer tres veces al día, etc.

Cuestiona la falta de preparación de los psiquiatras actuales para tratar a los adictos y tiene más confianza en los terapeutas en adicciones.

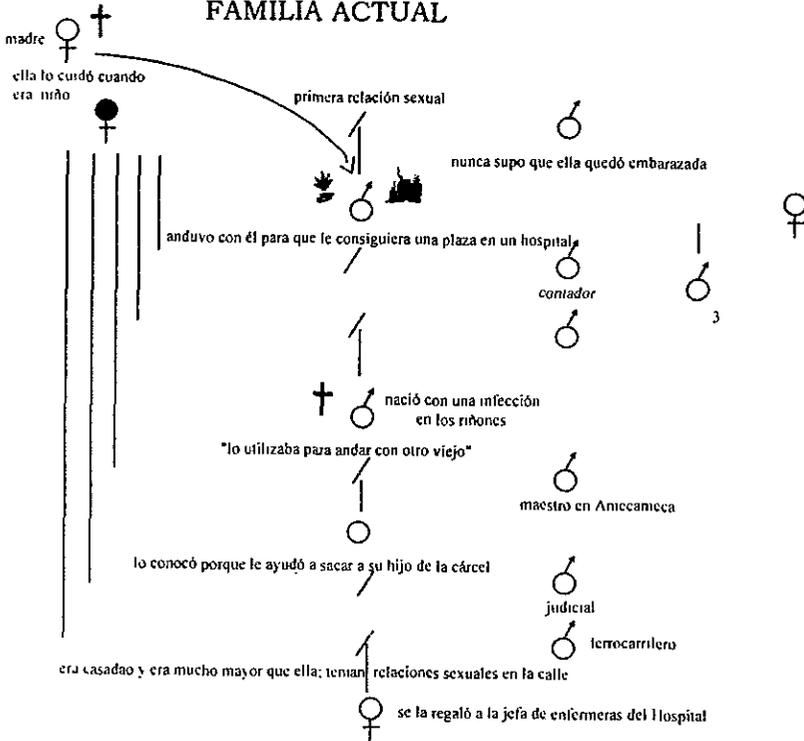
ALCOHOLICOS ANONIMOS

ELISA

FAMILIA DE ORIGEN



FAMILIA ACTUAL



* Son las parejas que menciono con más detenimiento ya que hubo otras parejas ocasionales. Actualmente ella vive sola en un albergue de Alcohólicos Anónimos.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS ELISA

Elisa es una mujer de 50 años de edad que vive en la actualidad en un Anexo de AA y trabaja en la Secretaría de Salud en un turno completo. Fué entrevistada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Elisa ha participado en diversas protestas por sus derechos como trabajadora. En una ocasión se quitó la blusa frente a los Pinos por lo que salió retratada en el periódico en primera plana. La primera entrevista fue el 26 de julio del 96 y la última el 11 de septiembre del mismo año.

Familia: Nació en el Distrito Federal, hija de una mujer originaria de Miztlán, municipio de Zamora, Michoacán, que quedó huérfana de madre a los 4 años de edad y que nunca conoció a su padre. Cuando muere su abuela materna, ésta vivía con el padrastro, quien la deja encargada con la familia para irse al norte y jamás supieron de él. Anduvo de casa en casa de las tías y desde muy pequeña inició a trabajar haciendo tortillas para poder ayudar a crecer a dos hermanos más pequeños. Se casó a los 15 años de edad y tuvo 7 hijos, siendo Elisa la más pequeña. Todos sus hermanos nacieron en Michoacán y fue la única que nació en el D.F., cuando la familia, por problemas económicos, decide dejar el pueblo. Su madre tenía 30 años cuando nació Elisa. Elisa describe a su familia de origen:

“ gente michoacana, que tenían eso de que sigan los hijos, los que Dios nos mande, todos juntitos y aquí vamos a estar con ellos, porque así acostumbraban ese tipo de gente, luego mi papá se iba a Estados Unidos, al norte, nomás venía, dejaba de comer y se iba y venía y le hacía un montón de hijos, era lo que venía hacer, como dicen los padrinos de más tiempo, nomás venían y cogían a lo puro pinche pendejo y se casan pues muy chicas. Y se llevaban las mujeres, decían ¡ahí vienen los zapatistas! Y como es de Zamora, de un pueblo de Michoacán, decían ¡ahí vienen los fulanos! Sí, vamos a escondernos, las que se alcanzaban a esconder, bien. ¿y las que no? se las llevaban los soldados, las violaban, las dejaban aventadas por allá, entonces ella tuvo que sufrir antes de venirse a México y ya vivió pues una realidad. ¿Qué ganas iba a tener de andar atendiendo a más hijos?, ellas se casaban para no verse sola”.

El padre de Elisa traía dinero de Estados Unidos y su mamá trataba de ahorrar lo más posible. Los dos hermanos de la madre seguían viviendo con la familia de Elisa, un hombre y una mujer. Esta tía robó los ahorros de la madre y se fue con un señor que sólo abusó de ella y a su vez le robó el dinero. La familia, al verse sin sus ahorros, decide venirse a vivir al Distrito Federal, por las calles de Tacuba, en el centro. Al llegar al D.F. su padre trabajaba de velador y su mamá de afanadora.

Su padre muere cuando Elisa tenía 1 año, de reumatismo e hidropesía, “por un coraje que hizo” pues la hermana mayor se fue con un hombre que la trataba muy mal. A partir de su muerte, la relación de su madre con su abuela y tías paternas se distanció. Su hermano mayor trabajaba en Sears haciendo limpieza y lo describe como muy responsable, siempre le daba gasto a su mamá y a ella para sus toficos (dulces) y para las sillitas voladoras, otro hermano trabajaba como cady en el Club de Golf México, la madre como afanadora y la hermana mayor era la que se encargaba de las labores del hogar. De hecho, fue quien cuidó de pequeña a Elisa.

Vivían en una casa muy pobre de adobe que a Elisa la avergonzaba, con láminas de cartón y puerta de madera con una tranca. Eran sólo 2 cuartos que servían de recámaras uno y de cocina y dormitorio ocasional el otro. No tenían baño, abrían un hueco en la tierra para enterrar las heces. En el mismo lote de la casa materna en la parte trasera, vivió siempre una hermana de Elisa con su marido y su hija. Elisa relata que a ella le tocaba dormir entre su madre y otra hermana, 3 en una misma cama, que le costaba trabajo conciliar el sueño porque había goteras y “¡Cómo sufría! Porque ponían unos hules grandotes para que no nos mojáramos y no me mojaba, pero decía ‘se va a caer’, no podía dormir bien de esa inquietud, tenía ese miedo, ese temor y volteaba a ver y pus todos dormidos y yo nomás ahí viendo.... y sí me caía muy mal, pero para esto, yo padecía mucho, yo orinaba bastante”. Padeció enuresis de los 5 a los 10 años, situación por la que era ridiculizada por su madre.

Opina que su mamá tenía problemas emocionales porque le costaba trabajo llorar y en general expresar sus sentimientos, se ponía muy tensa y le temblaban las manos, como si tuviera mal de Parkinson. Cree que se debió a que presenció la muerte de un hermano en un accidente, con una caldera.

En dos ocasiones afirmó que en total fueron 8 hermanos y en otras 2 que fueron 7. A lo

largo de las entrevistas mencionó a los siguientes hermano mayor Alfredo, hermana mayor Josefina, Pedro, María de los Angeles, Luis, Jesús y Elisa. Tal vez la hermana que falta sea la que se fue con el hombre cuando el padre murió. De ellos, tres fueron toda su vida alcohólicos: Luis, Jesús y Elisa. Jesús terminó internado en el Psiquiátrico Fray Bernardino, Elisa en un grupo de Doble A y Luis se quedó soltero, lograba conservar su trabajo de cady, a pesar de su alcoholismo, porque llegó a trabajar allí desde muy pequeño.

Vivió, por diferentes periodos de tiempo, en la casa materna hasta los 38 años. Nunca le gustó que le dijeran “Licha”, prefería que la llamaran Elisa. Su madre muere cuando Elisa ya no vivía con ellas, sufría de asma, reumatismo y tuvo escaras de tanto tiempo que permaneció acostada.

Infancia: Como su madre siempre trabajó, fue su hermana Josefina quien estaba a cargo de Elisa, quien “medio me peinaba porque no era su responsabilidad, me trataba mal porque siempre perdía un listón, pero nunca tuve el pelo largo”, y se lo hacía sentir, nunca tuvo una buena relación como hermanas, sino que “me utilizaba como su llavero, pues me llevaba con ella al cine para que no la manoseara el viejo, pero pues yo miraba como la manoseaba, yo nomás me les quedaba mirando, ella se tuvo que casar con él y a mí me caía muy gordo él”.

Josefina le pedía a Luis (el hermano más pequeño) que la llevara a la escuela y en el camino este la cargaba y le pasaba la mano por sus genitales y nalgas cuando tenía 5 años. En una ocasión intentó violarla pues se bajó los pantalones e intentó “amanosearme”, pero se arrepintió. En lo que resulta una constante a lo largo de la entrevista, Elisa dice que “no tenía valor civil para platicarle a nadie lo que me pasaba, siempre me quedaba callada”. Lo mismo sucedió con el cuñado que vivía en la parte de atrás de la casa, el esposo de Josefina, que intentó violarla en una mulpa y le ofreció dinero: “Quería violarme, empecé a gritar y llorar, me dijo que me callara, ya al llegar a la casa, pues me tuve que quedar callada, pero nunca decía nada, me sentía muy mal, siempre andaba agachada, nada más me le quedaba mirando y decía ‘ese viejo qué feo está, pinche indio nopalilla’, pero me andaba siempre rasguñando, pero me vivía odiándolo”.

Su mamá no tenía amistades, ni en el vecindario ni en el trabajo. Sólo visitaba de vez en cuando a familiares. Ella lavaba la ropa de toda la familia y no le quedaba tiempo para dedicarle a sus hijos, llegaba a descansar y tejer. La relación de Elisa con ella tampoco fue buena, ni

aféctuosa. Su madre sólo se preocupaba por la comida y efectivamente nunca le faltó lo necesario, por ejemplo, no les daban café sino leche o atole de avena. No recuerda que se sentara a apapacharla, que le diera cariño y ternura de madre. Como veía que las demás niñas se acercaban y besaban a sus mamás intentó hacerlo en una ocasión y “ni caso me hizo, me hizo sentir muy mal, dije, ya no me vuelvo acercar a ella y ya no me acerqué”. A partir de entonces jamás lo intentó.

una vez me acuerdo que me pegué en un poste, ¡ay! cómo me dolió mucho la cabeza, ¿verdad?, pero ella nunca me dijo ¡ay! ¿te pegaste aquí?, ¡te voy a sobar!, ¡no!, como si no me hubiera pasado nada, seguimos caminando, nada más me le quedaba mirando, decía ¡ay pinche vieja!, por qué eres así tan cabrona conmigo, ¿qué no seré tu hija? Y esas ideas se me venían metiendo”

“Volteaba a ver el cuadro de mi papá y de mi mamá porque ahí estaba y decía ‘esta señora no ha de ser mi madre’, siempre mi papá era muy bueno, ¡cómo no se murió esa pinche vieja!, ¡ojalá y se hubiera muerto!, mejor se hubiera quedado mi papá conmigo”. Se salía de su casa y “Llego a otra casa y en lugar de encontrar a alguien, ahí me ponía según yo a llorar, decía. ‘¿por qué me tratará así mi mamá?, ¿qué clase de madre tengo? ¡sin educación!, hasta que un día le tuve que decir que me respetara para que yo la respetara, si no yo nunca le iba a respetar, me contestaba, le contestaba, le decía pues también me da vergüenza que seas mi madre, ¿si tú te arrepientes de mí?, yo también me arrepiento de ti, yo también hubiera querido tener otra madre, si me hubiera dado otra madre a escoger, no te hubiera escogido a ti” “Y ella nada más al ver cómo se me quedaba mirando ¿verdad?, con esa mirada muy dura y yo diciendo ¡qué bueno, pa’ que se le quite lo hija de la chingada! ¿no?, y yo hasta lo gozaba, lo disfrutaba ¿no?, y me peleaba con ella y dilatava mucho tiempo sin hablarle y no me hablaba, ¿si ella me hablaba? Le hablaba, ¿ni no me hablaba? también, no me interesaba, como si fuera, pus ni mi vecina, como si nunca la hubiera conocido y así vivía muy resentida con ella, yo me vivía odiándola”

Recuerda que no se sentía a gusto en ningún lugar cuando era pequeña: “Todas eran tranquilas, la única inquieta era yo, estaba pues bastante muy mal ubicada, ni con ella me sentía bien, aunque ella me sentara en sus piernas, pero no me dejaba mover, luego había piñatas allá donde vivíamos y yo me quería meter a la fruta como otras niñas, ¡no, no, no, porque te pegan!, ¡no, no, porque te

van a fastimar! ¿qué no ves que no?, era una piñata para todas y ella 'no, no, no, no' y no me dejaba acercarse" Tampoco podía ensuciarse cuando jugaba: "¡no te sientes ahí!, ¿por qué te sientas en eso, que no ves que hay microbios?"

De esta manera pasaba el día "Imaginándome puras cosas que no eran, luego le decía 'mama, tu si tienes dinero' y la verdad no tenía, porque tomar el dinero, yo le tomaba el dinero de su bolsa y me lo llevaba a la escuela y gastaba" "Todavía no tomaba, tenía 12 años y (refiriéndose a su hermana y a su mamá) les decía, van a ver pinches viejas, cuando me corran, ¡ni madres que me van a correr! ustedes me tienen que dar este veinte, treinta millones .. así les andaba diciendo, ni me dieron ni un pinche quinto y que me mandan a la chingada, pinche vieja loca yo también que andaba inventando cosas, es que para tenérmelas apantalladas según yo decía y ¡ni madres!, ¿cuál apantallamiento?" "A mí no me gustó mi apellido de Vázquez, porque cualquiera es Vazquez, pero el segundo, Sapien me gusta porque no es tan generalizado, pues sí me siento muy media fregona, porque no hay Sapien, y me siento así como muy acá, de muy sabia, pero no, si hubiera sido sabia, no me hubiera partido la madre a lo pendejo, así en un segundo" "Yo sentía como que pertenecía a las mejores, porque a los otros los miraba muy indiones, como más pues muy mediocres, así muy feos" "Soñaba con tener mucho dinero, irme a trabajar al extranjero y traer muchos dólares y casarme rápido".

"Me llamaba mucho la atención que tuvieran carro pero pues creía que el carro me lo iban a regalar o no sé ¿verdad?, pensando en puras tonterías que no eran y aparentar cosas que no eran, que yo no supe darme a la sociedad, pus no era cierto, me vi en un mundo de puras mentiritas yo sola ... y al respecto pus yo sufrí mucho, qué difícil era, regresar a mi realidad que no era de ese gremio de conocer ese tipo de gente de la sociedad, decía ¿por qué mi mamá no tiene amistades de esa clase de gente importante?, mi mamá no conoce a nadie, tal vez por su manera de ser de Michoacán, ¡pinche vieja michoacana! India como me voy de aquí pinche vieja michoacana, si no va a pasar a ver trabajo, porque ella me decía 'vete a trabajar' y no conoce a nadie y yo tengo que llegar a andar pidiendo trabajo, así siquiera me recomendara, ni para eso sirve".

Con todos estos pensamientos se sentía muy sola y abandonada: "De verme así sola, luego empezaba a escuchar las canciones, ¡cómo me ponía yo triste! Cuando decían 'esa luna se pone re

grandota, como una pelotota en el callejón', a mí se imaginaba todo el cielo así nublado y esa luna grandísima en todo su esplendor, pero yo me sentía así sola y cómo me daban ganas de llorar, como que no quería estar ahí ni en ningún lado, era inadaptable y ¡cómo sufría! Pero no sé de qué sufría, porque ya traía esa soledad interna, ya no me podía adaptar a las demás niñas, yo era, ellas no me rechazaban sino mis mismos modales. me sentía muy sola y me daban siempre ganas de llorar, yo les preguntaba '¿tienes ganas de llorar?' y me decían no, ah pus yo no tengo ganas de llorar, ellas no me preguntaban, nomás se me quedaban mirando y me sentía esa soledad tan interna"

Le gustaba salirse a caminar por las calles, juntarse con muchachas más grandes que ella y bailar mambo con señores grandes. Le agradaba verse en el espejo y ser coqueta. Se describe como "voluble" e "inadaptable". un día le gustaba un muchacho y después otro y afirma "Ya mi mentalidad estaba tan enferma que yo ya me había predestinada para ser alcohólica . porque en ningún lado me sentía feliz, aunque todo lo tuviera". Se sentía dañada por el rechazo de su madre y hacía cosas para llamar la atención. "Yo ya lo hacía para llamar la atención, pero a ninguna, a ninguna le llamaba la atención, luego le decía a ver, quiero lavar y ni lavaba bien porque dejaba mas sucios los calcetines y me decía no ¡tállales!, pero ella no me decía tállales así, no ¡tállales! ¡pas, pas! Y me pegaba y a mí me caía muy mal"

Su madre le infundaba pánico y miedo porque siempre había un motivo para el pleito y la discusión se negaba a ponerse la ropa usada de sus hermanas y tampoco le gustaban los vestidos que le hacía su mamá porque eran muy infantiles y a ella ya le gustaban más entallados, de señorita. Le molestaba mucho la norma familiar de permanecer callados mientras se comía y eso le impactó bastante porque no comprendía el por qué. De pequeña no comía bien y le pegaban por eso. Cada 6 meses le practicaban purgas estomacales. Sufrió eneuresis de los 5 hasta los 10 años de edad. Se bañaba siempre con agua fría porque no sabía encender el fuego con la madera mojada. Nunca practicó algún deporte y nunca salió de vacaciones, aunque a sus amigas en la escuela les inventaba que se iba a Acapulco.

Escuela: Nunca le gustó ir a la escuela. Los recuerdos que tiene en relación a ésta es su hermana que la jalaba al peinarla y su hermano que la "manoseaba" por el camino y además la trataba mal. A nadie en su casa le importaba si iba o no a la escuela y jamás asistían a las juntas de padres de

familia "Jamás fueron para nada, no sabían de qué color era la escuela". Se describe como "bien burra" y la mamá le pegaba porque no practicaba la lectura. No fue al kinder, inició en Primero de Primaria, en escuela del gobierno, donde se sentía rechazada por la maestra. Estuvo 4 años en primer grado, reprobó luego 3 años el tercer grado y de ahí se inscribió a escondidas en Sexto grado sin haber cursado Cuarto y Quinto.

"¡Uuuuy!, yo reprobé un montón, más de seis, ya parecía ahí retrato, ni de salón cambiaba, ni de banca, era, ya tenía aburrída a la maestra y na'más estaba allí en ese salón y mi mamá decía '¿no te da vergüenza?, ¡ay ya no quiero ir a la escuela!, porque si me daba vergüenza, ya estaba muy grande, ¡no yo sé!, tienes que ir, me decía"

No tenía amigas en la escuela porque era muy voluble, se creía superior a las demás y tenía una mirada prepotente. Le gustaba ir a las Kermesses y casarse con uno diferente cada vez, pero los chamacos le pegaban y la manoseaban. A los 12 años tuvo su primer novio y su primer pleito callejero por hablar mal de una amiga. Salió de la primaria a los 15 años, porque una amiga era novia del hijo del profesor y este novio les calificaba las pruebas para pasarlas. Salió muy contenta porque le hicieron un vestido y bailó el vals.

Al terminar la primaria se metió a trabajar de sirvienta con un petrolero separado que también le gustaba, mucho mayor que ella. Después hizo guardias meritorias para poder tener una plaza en el Hospital de Huipulco, que no logró, por lo que trabajó en varias fábricas clandestinas hasta que, "tuve que andar con un contador" del Hospital que permitió que estudiara enfermería. Para ese entonces ya iniciaba su consumo de alcohol.

VIDA EN LA CALLE

Debido a que la relación con su madre se dificultaba cada día más, a raíz de que se salía a caminar por las calles y quedó embarazada de su primera relación sexual, una vez que su primer hijo nace y lo deja con la madre y la hermana, ambas la presionan para que abandone la casa materna. "Y me salía diciendo, mira aquí tú no tienes nada en esta casa, dice ¡eso dices tú!, yo también vivo aquí, ahora ¡te chingas!, yo no me salgo y me quedé allí posesionada ¿verdad?".

Al poco tiempo se junto con un primo lejano y abandonó su casa sólo por poco tiempo:

"Tuve que ir a Zamora, dilaté mucho tiempo allá, pero del niño no quería saber nada, hasta

que le mandé una carta diciendo que yo quería el acta de nacimiento y me dijo que regresara, tuve que regresar nada más por mi vanidad, pero como con el señor que yo vivía ¿verdad?, como me tuve que prestar a eso, como en la casa de mi hermana ella ya no me quería, como tuve que salir, pus inventando una bola de cosas, de seguro esto me iba a llevar a Guadalajara y de allí me iba a venir para México” “Y así estuvo como tuve que vivir con él, era primo lejano mío, ya me la busqué en la familia y entonces yo tuve que vivir con el, tener relaciones, ¡ni las saboreaba yo!, porque pus yo si sabía ni besar ni abrazar y ni nada”

A esta pareja le roba dinero y se regresa al D.F. En la casa materna ya no encuentra la cama donde dormía y tuvo que hacerlo en la cocina, donde se goteaba. Narra que después. “Yo le daba cuerda a mis instintos sexuales, andaba con otras gentes, devaluándome cada día más”. Conoce a unos actores y tiene relaciones de pareja con uno de ellos, quien termina corriéndola de la casa y la supuesta “suegra” le da dinero a cambio. Vivió en diferentes casas de acuerdo al compañero en turno

Cuando ve que la vida con los hombres no es lo que imaginaba, se va a vivir con una amiga que cuidaba un edificio dañado por el temblor. Ahí reflexiona que no tiene casa propia y se le ocurre hacer unas pancartas y decide irse a parar enfrente de Palacio Nacional para hacer una huelga solicitando un hogar Para ese tiempo ya tomaba día y noche y seguía andando en la calle. Ya sufría lagunas mentales. En una de esas ocasiones la encontraron 2 damas voluntarias quienes la llevaron al anexo de doble A

VIDA EN LA INSTITUCIÓN

La primera impresión que le causó el grupo de Doble A fue negativa Narra que le dieron un aplauso de bienvenida y le dijeron que eran sus mejores amigos y le iban ayudar a resolver sus problemas Pensó: “Pus si éstos son mis verdaderos amigos, ¡qué bueno!, me van ayudar a pagar las tarjetas de crédito, ¡ay qué bueno!”.

“Ellos nomás les daba risa cuando yo pasaba a la Tribuna y les decía ‘soy una enferma más del alcoholismo’ y les preguntaba: ‘y la tarjeta de crédito por fin ¿cuándo me la van a pagar?’ Luego les decía ‘yo me voy a mi casa’, no tú no tiene casa, tú ya tienes ya tienes aquí donde ... la familia, es buena, pero jamás olvida, usted ya no tiene casa, usted

¡aplástese y escuche! Dése cuenta que a usted en su casa ya no la quieren porque usted va a contaminar más, la van a mandar a chingar a su madre, prepárese pal'día de mañana, porque si en su casa le hacen burla por el alcoholismo, se está levantando poco a poco, ¿qué se quiere ir a devaluar más?" "Empecé a ver ¿verdad? Cómo se trataba, porque pus parece allí el PRI y el PAN ¿verdad?, como yo siempre lo he dicho, ahí dice el enunciado, todos vivimos de experiencias, los títulos y todos se quedan afuera, todos somos aquí iguales, siendo que no es cierto ¿no?, hay prepotencia del jefe de anexo ¿verdad?, y . a mí se me limita para comer, siendo que el padrino Agustín les ha dicho que nadie nos niegue la comida ¿por qué nos la niegan? siempre hay predilección ¿no?, ¡no sé por qué!" " . luego le digo Dios mío, ¿qué aquí me voy a quedar de jerga de doble A? Yo no quiero ser jerga de doble A, porque aquí dice ¿verdad? Alcohólicos Anónimos al servicio del Estado, no asilo de ancianos alcohólicos y ya mis compañeros como que han caído en un vale madrisimo y se ha dicho que la sala es para el desdichado ¿verdad?, ese dolor tan grande que todos padecemos, si en cambio otros se están riendo, otros están platicando, otros se están durmiendo y a mí eso me pone de malas, porque yo cuando llegué a mí me enseñaron que tenía que respetar al orador. Que allí pasara lo que pasara yo me tenía que esperar hasta que acabara la junta, sin en cambio, ellos no sientan a las tablas ¿no?, ponen mal ejemplo al nuevo, son los padrinos ¿no? de las 24 horas, ¿ese es el ejemplo que le dan al nuevo?, al mirar abajo les he dicho que nada se vale, ¡se vale toda arriba!, jugar a las palabras, a la terrapia Yo no sé mucha terapia cavernícola, soy de la muy poca ¿verdad? Pero espiritual, pero también la terapia espiritual, no rompe huevo pero sí las mentes ¿verdad? Para que se centren y el día de mañana pus ¡sólo por hoy no tomemos!, eso es todo ¿verdad?, es todo . "

En uno de los grupos de doble A le pedían \$ 20.00 diarios para tortillas y una caja de aceite cada 15 días. Como además practicaban "terapia de garrote", donde les daban "madrizas": "En la madrisa es así diciéndonos ¿no?, 'son unos zánganos, pinches viejas patas miadas', sí, ustedes estan más devaluadas... pinches borrachas, nomás anduvieron dando las nalgas a lo puro pendejo, ni pa`putas sirven..... sale una adolorida de estar adolorida y, todos los días tratarnos como basuras humanas, pues la dejan a una bastante mal, como rehilete, pues es una terapia de más

mentadas de madre y la tiene uno que saber digerir, dos días, porque es de 24 horas y la verdad a mí sí me daba miedo, hay algunos que sí se van a tomar, el que es fuerte pues ya está preparado para enfrentarse a la calle dicen ellos ¿no? pero otros sí se van a tomar”, decide cambiarse de grupo, una vez que le confía ese maltrato a una madrina. En el nuevo grupo trabajan los 12 pasos de doble A cuando pasan a tribuna.

“Unos se han quedado muy mal, hicimos la terapia, han quedado bastante muy mal, ellos recordando ahí sus experiencias, tanta terapia, les entró hasta por los ojos. Cierta temporada nada más trabajar bien el historial, desde los 5 años, luego ya después irlo machacando, día con día, día con día onde más le duele esos actos aberrantes... , esos resentimientos hacia la madre, a los hermanos. . aberrantes son los que, cuando a mí me violaron, cómo me violaron, qué sentía.. qué fue lo que sentí después... y cómo los viví. Y ahí nosotros lo escribimos y aparte de que se escribe... se va con el sacerdote y nos habían recomendado que teníamos que ir con un psiquiatra . o con una psicóloga y un doctor, yo lo hice ya con un doctor y una psicóloga y ahora con usted y se siente uno que descansa y con el sacerdote que tiene 20 años de confesar a puros alcohólicos a las 12 del día”.

En otro de los grupos doble A donde estuvo les prohibían jugar a la lotería y comprar revistas, mucho menos leerlas Les hacían revisión de sus bolsas Agrega que en esos grupos “ .ellos hacen como que me dicen, yo hago como que les creo” Concluye

“Y qué bendito historial, porque a la vez, es una piedra angular, que era tosca, pero poco a poco se fue labrando con todas las preguntas se fue embelleciendo y eso es lo que tengo que dar al que viene, . . darle ese amor que a mí nunca se me hizo, entonces darle el amor a las demás generaciones nuevas que van llegando, porque eso es lo que me ha dado doble A, para saberlo extornar y ya salgan, ora si como dice, enfrentar pus su realidad a la calle y sentir amor hacia ellos mismos, porque si ya no me quiero, pues ¿cómo voy a decir que quiero a alguien?, porque siempre me hice daño, cien por ciento me hice daño y yo decía que me habían hecho daño pero yo con hacerme todo ese daño ¿verdad? De una vida muy equivocada, me encontré muy mal, hice un edificio muy mal, desde los cimientos.. por vivir en un mundo de fantasía.. y nomás es de dejar de beber . es de tener ya los principios morales, tener sabía que iban a ser, elementos principios morales, como dicen es fácil dejar

de beber, sí, pero los principios espirituales y morales eran los que yo nunca entendía, yo la noche la quería hacer día y el día lo quería hacer noche”

Salud reproductiva: Como se describe “muy inquieta” le gustaron los primeros cambios físicos que tuvo. No quería seguir siendo niña sino señorita. Menstruó a los 13 años y aunque no sabía qué era eso, nunca tuvo cólicos. A los 12 años tuvo su primer novio y se prestaba a sus “amamoscos” y pensaba “del busto para arriba nada tiene que ver”, le gustaba que la besaran pero era solo para pasar el rato. *La madre le pegaba e insultaba enfrente de los novios*

Entra a trabajar en el Hospital de Huipulco e inicia su vida sexual a los 17 años, con un señor mayor que ella del cual queda embarazada en la primera relación. Intenta abortar y toma 30 cafiaspirinas sin que le causara ningún efecto. Tuvo a su hijo en su propia casa y no tuvo leche. Su hijo se llamó Javier “No sentía amor de madre... le daba su mamá, me acostaba junto a él, lo miraba pero yo lo miraba como ¡pus cualquier ser humano!, pero menos pa’decir es mi hijo, o es mío ¡o algo así, no!” Sólo volvió a ver al padre del niño una ocasión más y ella le negó incluso que hubiera quedado embarazada. Fue la madre de Elisa la que prácticamente se hizo cargo de ese bebé, bebé que al crecer también fue adicto a la marihuana.

Por el embarazo, pierde la plaza de enfermera que tenía y vuelve a Intendencia. Al parir regresa al Hospital e inicia relación de pareja con el contador para que le diera nuevamente la plaza de enfermera. Tuvo varias parejas y a los 4 años después del nacimiento del primer hijo vuelve a quedar embarazada. La relación con la madre se eleva a niveles de mucha agresión “Mi mamá se enoja, dice ¡oye tú ya no entiendes!, ¿qué crees que aquí es jardín de niños?, ¿me vas a estar trayendo un hijo de un viejo, otro hijo de otro? Me trataba muy mal hasta dijo ‘y ni sabes ni qué clase de rata vas a traer y ahí lo traes, tu ya ni madre tienes, qué asco me das y empezó a tratarme así, yo me sentía toda deteriorada, toda mal, sin dinero, ni que hacer”

Nuevamente intenta abortarlo, tomando remedios caseros que no le dieron el efecto deseado, pero sí que su segundo varón naciera con una infección en los riñones. Ella sola se fue al Hospital de la Mujer porque nadie la quiso acompañar. Ese niño murió hospitalizado en el IMAN.

Siguió con varias parejas, relata que “Tuve que andar con un maestro de Amecameca porque a él sí lo dejaban entrar en la casa de mi mamá y no quería casarme con él, sólo lo utilizaba para poder andar con otro viejo y así iba devaluándome más y más” Este maestro floraba por ella

y pensaba “Uno me la hace y otro me la paga”. Tiene otro embarazo y se practica un legrado con la ayuda del padre. Para ese tiempo ya había iniciado a tomar y relata que después del aborto empeoró su adicción. Por ese tiempo meten a la cárcel a su hijo Javier porque los judiciales le encontraron marihuana. Al lograr sacar del reclusorio a su hijo, inicia relación de pareja con el judicial que la ayudó a sacarlo.

Elisa y su hijo buscan ayuda en los grupos de doble A e inicia otra relación con una persona que conoció el grupo. La relación de Elisa con su hijo mejoró a raíz que inician tratamiento en doble A. Javier logró quedarse durante 2 años.

Después conoció a un ferrocarrilero casado, mucho mayor que ella con quien tenía relaciones sexuales en la calle. Afirma que no lo quería sino que “simplemente porque yo veía el reflejo de un padre, me sentía como protegida, pero a la vez era mentira porque no era cierto que estaba protegida” de quien se vuelve a embarazar y tiene una niña que regala a la jefa de enfermeras del Hospital. Al padre le inventó que había muerto.

“Y yo seguía pues esperando a alguien, a ver quién llegaba pero nunca llegó ese alguien, siempre me seguía devaluando, siempre tenía que andar con señores de más edad porque decía ‘ese sí me va hacer fuerte, éste me va a tener, si no una casa, me va a dar todo lo que yo creo. no es cierto, nunca, nada más me utilizaban y seguí devaluándome como mujer”

“Yo sentía que todos me tenían asco, en la misma casa me habían rechazado, nunca me preguntaban nada, yo los miraba con cierto resentimiento, mi mamá cuando me regañaba ahí delante de todos que era una puta”

Cuando en la entrevista se le pregunta para qué cree que sirve el cuerpo de la mujer responde “Pues yo el cuerpo a hoy lo tomo así ¿verdad? Que es para una misma, pus para lucir lo que la naturaleza me dio pero no con exageración, sino en cambio, yo tenía unas blusas así, las quería tener hasta acá, hasta por acá de escotadas .. y luego ponerme una falda chiquita y yo le subía mas y luego me la amarraba hasta por acá con otro trapo, ¡no, no, no, puros desfiguros que hacia!”

Afirma que sus relaciones sexuales eran satisfactorias pues “... de algún modo porque yo quedaba satisfecha, pues yo las hacía normales ¿si? Porque a mí nunca me gustó que ... que vamos hacerla de para acá y de para allá, no, porque yo les decía a mí no me vas a tratar así ... y a mí

nunca me trataron que vamos hacerla de esta posición o de otra posición, no a mí nunca me agradó una vez sí verdaaaa... uno sí tuvo que abusar, me cayó muy mal ¿no?, abusando de mí porque fue que él me doblaba la edad y yo decía que porque yo quererlo, yo adorarlo, pues la verdad me la tuvo que hacer por recto y quedé, y yaaa pues se te hizo ¿verdad? como tú dices pero según yo quedé muuuuy, muy satisfecha, no es cierto, me dio asco, me dio ese temor, porque no era lo normal, entonces lo que hice, me tuve que purgar.. y me quedé odiándolo ..”

Admite que le gustaba que la manosearan pero las relaciones sexuales en sí no le agradaban tanto porque pensaba: “el día de mañana me iban a gritar ¡¿pus tú quién eras?!, ¿quién fuiste? Nomás sirves paraaaa, pues sí porque como se dice ¿no?, idealmente nomás para cogerte y sacate a la chingada ¿no?” Se cuidaba haciéndose lavados vaginales. Siendo ya mujer adulta, la madre la insultaba diciéndole que le daba asco por el tipo de vida sexual que tenía, por lo que Elisa desinfectaba con cloro todos sus trastos y los guardaba en una alacena aparte

Violencia: Elisa estuvo desde pequeña sometida a una agresión emocional constante manifestada por la indiferencia total mostrada por su familia hacia su persona, su cuerpo, su salud, su escuela y todo lo que para ella era importante. Su madre siempre estaba fuera de casa y por ser la más pequeña prácticamente nadie se hacía cargo de ella.

A los cinco años sufre el intento de violación por parte de su hermano menor, quien le manoseaba sus genitales y nalgas cada vez que la llevaba a la escuela. Más grande el cuñado que vivía en la parte posterior de la casa la violó con el dedo, le ofreció dinero y le exigió silencio.

Narra que lo que más le dolía era la agresión verbal a la que siempre la sometió su madre y aprendió a defenderse de la misma manera. Su madre era una persona que no le permitía jugar ni ensuciarse, ni salir con sus amigas y no entendía por qué Elisa se orinaba en la cama y por qué no quería comer y lo único que hacía era pegarle con una vara de membrillo. Le hacía tales moretones que se acostumbró siempre a traer suéter para esconderlos. Fue golpeada y maltratada por todos en la familia y las vecinas comentaban con su mamá, enfrente de ella, que Elisa era la más fea de todas sus hijas.

“Con mi mamá no se podía platicar nunca nada porque ella siempre vivió así, ¿cómo le dijera? Fue muy dura, bastante muy dura, ella lo distorsionaba porque decía que ella no era alcahueta.. quería la verdad, ¡no, no, no, a mí no me vengas con cuentos!, entonces yo me

tenía que quedar callada, a nadie le tenía confianza”

Cuando Elisa inicia su vida sexual la madre siempre la tachó de puta;

“Yo me vivía odiándola, ya hasta por eso nunca le decía mi madre, ¡jamás! Le decía mamá y más cuando me hería en mi amor propio como puta, que no me bajaba e allí, era cuando ese dolor más interno yo lo sentía y ella lo hizo saber cualquier tipo de cosas y le decía ‘¿y ya le has dicho cómo me tratas?, ¿qué me tratas de una puta?, ¿así le hablas con la verdad?, no creo que tú le hables con la verdad, tú no eres de ese tipo de gente, no has andado en la calle como yo, y qué vocabulario tienes, tú lo que tienes emputecido es el alma y la boca, porque siquiera yo lo ocupo y ¿sí me enfermo? Un doctor me puede curar las nalgas, pero a ti el alma y la boca ¿quién te las va a curar?, tú estás más emputecida que yo y siempre me salía diciéndole ¡pinche vieja! ¿no? te gusta estar chingando la madre”

A los 25 años sufrió una violación de un vecino que junto con un taxista y otro hombre planearon de tal manera que la llevaron en el taxi hasta la carretera del Ajusco y ahí le arrancaron su ropa, la violaron y la dejaron desnuda. Así salió hasta donde pasaban los carros, pidió ayuda y se fue al Ministerio a levantar el acta. Logró que a 2 de ellos los metieran a la cárcel. A raíz de ese logro afirma que “tuve que andar con el judicial que me ayudó a meterlos a la cárcel”

Religión: Desde niña nunca creyó en Dios Su madre la llevaba a misa a fuerzas pero sólo iba a jugar y a distraerse Su mamá quería que fuera “hija de María” pero a Elisa sólo le gustaba ir a ‘ofrecer flores’ en mayo porque le ponían un vestido blanco. Hizo su primera comunión a los 12 años. Celebraban la Navidad en su casa con un cena que no le gustaba porque cada quien comía por su lado, no había comunicación entre ellos ni esperaban que dieran las 12 en año nuevo, además no le gustaban los juguetes que le traían los Reyes porque les pedía una bicicleta y unos patines y le llevaban una muñeca, una pelota y algunos trastes

“Todavía creo como que Dios no está, no existe, pero Él no me ha abandonado, la que lo ha abandonado soy yo, siempre le estoy pidiendo ¿verdad? En mi asquerosa boca ¡Dios mío, no me dejes, Tu no me dejes! (comienza a llorar), yo soy la que he dejado a Dios, Él está conmigo, ¿por qué me ha abandonado? Si yo lo amo, yo le he pedido ¡recógeme! De la enfermedad que Tú quieras, pero de alcohol, sólo por hoy no, porque es lo que me ha llevado a ser una enferma alcohólica, hubiera querido tener ¡tooodas las enfermedades del

mundo!, menos ser alcohólica, porque la mujer alcohólica vive siempre marginada de toda la sociedad”

Cuando se le pregunta qué tan importante es para ella la Religión opina

“Pues yo cuando iba ya de mucho después era nomás para pedirle, dame eso o dame el otro, que no me vaya mal, que no me traten mal, en eso me andaba y luego cuando me pasaba algo le decía, ‘ah pus tú ni eres parejo, tú también eres como ser humano, bien egoísta, bien cabrón, bien ojete y culero’, así ¿eh? yo llegaba hasta decirle ‘mejor voy a ser amiga del diablo’, que me digo ‘voy a venderle el alma al diablo’ y que salga y cuando me vaya y qué al fin que ya conseguí, me divertí con mucho dinero y luego decía ¿si existe el diablo?, me decían ¡noo, más diablo eres tú! Porque a ti te tiene miedo el diablo, por eso ni se te acerca y eso se me quedaba grabado”

Actualmente dice respecto a la religión que “Me siento así, ya me siento bien, ya no me siento como me sentía toda cargada con.. con todo eso que traía cargando, me siento liberada, me siento diferente, le digo ‘ya perdóname, yo se que sí estás, olvida que te abandoné toda la vida, aún quiero, permíteme conocerte, permíteme hacer el bien, no permitas que yo hago daño’ y pues lo que me están dando me gustó salvar vidas, o sea, mil problemas, ¡ayúdame! A conocerte, para saber y conocer yo mismo y ayudar a la que viene atrás de mí para que no lleve sangre equivocada como la que yo llevo, que yo llevé y estoy arrepentida ” Admite que no frecuenta actualmente la Iglesia

Sentido de la vida: Afirma que como no supo darse a la sociedad y vivió en un mundo de puras mentiritas ella sola, sufrió un deterioro muy grande, al grado de creerse perversa.

“Perversa por todo lo que hice (comienza a llorar), me duele mucho, yo le pido mucho perdón a Dios pero así es la situación . trata una de olvidarse, pero la verdad no se puede Dicen los padrinos de más tiempo, que sí se trasciende, que no ceda, no sirve, sigue patente, es un historial para nunca volver a tomar, yo le he dicho Dios mío, que me muera de lo que quiera, alcoholtzada ¡jamás! Porque vuelve uno al mismo historial, a devaluarse más, no quisiera llegar a parar a un psiquiátrico porque las .. tratan muy mal”

Como llegó a robar botellas de vino de la Comercial Mexicana y a engañar a las cajeras diciéndoles que les había entregado un billete de \$ 50 00 cuando no era así, relata que se lo

confesó a un sacerdote y éste le pidió que lo reintegrara a la persona que de verdad lo necesitara. Decidió regresar, buscar a la misma cajera y entregarle los \$50 00. “Y como ya la conocía bien, le hice saber, ‘usted ¿no se acuerda de mí?’ Dice no, ¿quién es?, le digo, yo le debo a Usted estos cincuenta pesos, ¿a mí qué?, ¿qué no se acuerda?, se quedaba toda así, se los di, pus ha de haber pensado ¿no? ésta está mal, yo no, ni la conozco ni la he visto nunca, cómo le voy a deber”

De su relación con su hijo Javier comenta: “ . y él no llevaba la tarea, a veces sí, a veces no, pero a mí no me interesaba, le decía ‘ándale Javier’, nomás le decía así, ¡ándale Javier tienes que hacer, es tu único trabajo, ándale ándale!, pero yo nunca me senté con él a decirle cómo es, vamos hacerla, a ver si te entiendo, cualquier cosa, ¿acercarme a él? No”

Afirma que siempre se sintió usada por los hombres “Sí y eso fue porque tal vez por esa relación que tuve ¿verdad?... y además porque iba a ser violada por mi hermano y violada por un cuñado, pues yo creo que por eso no me interesaba ya el sexo, pensé que nada más me querían para utilizarme ya las demás gentes”

Aspectos psiquiátricos: Llama la atención que frecuentemente durante las entrevistas sus ideas son *incoherentes*, *salta de la narración de una idea a otra*, pero al terminar de leerlas todas, se entiende mejor a qué se refería en un x párrafo con información que dio más adelante

Al avanzar su alcoholismo sufrió lagunas mentales y alucinaciones veía a las personas chiquitas como muñequitos de Blanca Nieves, ratones que corrían entre sus pies y llegó a escuchar voces, que las explica creyendo que se trata de su mamá que le pregunta por el dinero que le robaba de pequeña. Expresa varias veces su temor que por todos estos daños sufridos en su persona pueda morir o terminar en un Psiquiátrico y la sola idea le da pavor, pánico. A los 33 años tuvo un intento de suicidio tomándose 30 cafiaspirinas, con “quininas” y “colitina inyectada por la vena” porque “pues no valía la pena estar en este mundo, quería otro, de los problemas no quería saber nada, estaba yo sola, yo me sentía completamente sola y rechazada por toda la sociedad, muy marginada”

Otros síntomas sufridos son: hormigueo en la planta de los pies, sudoraciones, escalofríos, *sentirse irreal*, *sofocada*, *tener náuseas* y la boca seca. Después de consumir alcohol sufría de cortes en la respiración, latidos fuertes del corazón y dormir mucho, además de sentirse cansada, asustadiza, temblorosa, inquieta. Sufría de “gota”, con dificultad para concentrarse,

descontrolada, irritable, con vómitos de una sustancia amarillenta porque ya no comía nada, sus manos y pies estaban fríos, padecía diarreas frecuentes. La doctora del Hospital donde trabajaba le daba whisky para subírle la presión y le recetó diacepam de 5 miligramos que le produjeron ronchas negras. Después llegó a tener dificultad para dormir y dolor de cabeza frecuente.

Había ocasiones en que se tornaba agresiva y hacía cosas como pedirle a los taxis que la llevaran a su domicilio y no les pagaba. Era muy voluble y se sentía muy triste y deprimida. A los 38 años tomaba ya día y noche por varios días para no sentirse tan triste, lloraba para llamar la atención como si fuera niña. Se sentía desesperanzada de poder tener un cambio positivo y era ya irresponsable, ya no trabajaba.

La mayoría de las veces le gustaba tomar sola. Llegó a pesar hasta 72 kilos porque estaba hinchada por el alcohol. Actualmente su peso es de 58 kilos. Llegó a experimentar movimientos muy lentos, a perder el interés por cosas que le gustaban como su aseo y arreglo personal, caminar por las calles y pasear por los jardines, etc. Se llegó a sentir pecadora, que no valía nada, culpable de que su hijo cayera en la drogadicción y no tenía confianza en ella misma, decía que era como Santo Tomás "Hasta no ver no creer".

Uso de alcohol y drogas: Elisa afirma que "...por irme alejando de los hombres, mejor hice contacto con el alcohol". Su primera borrachera fue a los 12 años con dos cubas pero se sintió muy mal. Inicia su consumo permanente a los 18 años con el pretexto de aprender a tomar una copa cuando la invitaran y después que se practicó el aborto. Coincide que inicia también una relación de pareja con un drogadicto.

Empeñaba sus objetos de valor como aretes, pulseras, collares, etc., en las cantinas de mala muerte por una botella. Robaba botellas de la Comercial Mexicana y consumía Don Pedro, Presidente, Bacardí y al final alcohol del 96 mezclado con agua hervida con hojas de naranjo y con limón. Cuando lo mezclaba con café le sabía a "Kalúa". Relata que también llegó a inyectarse alcohol por el ombligo. Llegó a mezclar el alcohol que tomaba con el diacepam que le recetaba una doctora en el hospital.

"Tomaba con mis amigas y mis amigos pero a mí no me gustaba estar platicando ahí entre todos así, no, yo me despartaba de ellos y me iba a un rincón yo sola y todos acá platicando del trabajo, de sus casas, yo no, yo me iba a un rincón y para no estarme

parando sirviéndome, *pus yo me llevaba mi dotación y ya no me estaba parando y ellos ya sabían que no me tenían que ir a molestar ni pararse pa'nada porque yo me enojaba mucho, era cuando era más agresiva, si no se me acercaban todo estaba bien, yo cuando me sentía cansada, aburrida de estar allí, iba y me metía a otra parte, a otra fonda clandestina igual, iba y me sentaba yo solita y no quería que nadie me hablara y allí me ponía que nadie me viera de mis compañeros o compañeras yo me ponía a llorar ya lagrimeaba, berreaba porque decía, no me quieren en mi casa, no me quiere esto, no me quiere otro y viendo que nadie me quería, no, no era eso, tantito eso ¿no? porque si era y tantito lo'tro, porque la verdad yo me sentía muy sola, me sentía un hueco, quería estar como en una parte, en una cueva sola que nadie me miraba, estar sola, sola que no saber de nadie nada.. vivir sola, que no hubiera gente... que nadie me molestara, pues yo traía esa soledad, era muy interno dolor que yo traía”.*

Al terminar estas entrevistas afirma que:

“Y doble A es como una mafia... y la verdad es cierto, yo decía que no, porque tiene uno que regresar al lugar indicado, donde hace su pandilla y entonces la palabra de los alcohólicos dice: **'A hoy viviré sin una gota de alcohol, moriré siendo un alcohólico para ya no morir alcoholizado'**, que es diferente y es una enfermedad para todos los días de mi vida y tengo que estar constantemente dando lo que a mí me dieron porque el historial nunca se acaba, jamás se acaba, sigue el historial, sigue el historial, no se acaba el historial y sigue . ”.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Después de haber analizado las historias de vida de las mujeres puede derivarse la primera conclusión: no existe, parafraseando a Lagarde (1996), la mujer adicta, sino diversas mujeres que han consumido sustancias psicoactivas que sintetizan diversas situaciones de vida. Son similares y al mismo tiempo diferentes... "Cada una es única e irrepetible, es específica" no son homogéneas (pag 161) Sin embargo, pueden ser semejantes en algunas experiencias a pesar de no pertenecer a los mismos grupos sociales y tener situaciones de vida diferentes. La discusión girará en torno a las hipótesis originalmente planteadas.

H1: El desarrollo de un problema adictivo en una mujer sigue una trayectoria que puede recuperarse al obtener su historia de vida.

El padecimiento/malestar de la mujer es una realidad construida socialmente a la que se tuvo acceso a través de las historias de vida dando cuenta de los contextos específicos que son particulares, intersubjetivos y constitutivos de la vida de cada mujer. No son simplemente el reflejo de fuerzas socioeconómicas y políticas, aunque pueden estar fuertemente influidas por ellas. Lo que unifica las trayectorias divergentes y contextos conflictivos son los aparatos simbólicos genéricos del lenguaje, el parentesco, la emociones, el razonamiento del sentido común que se derivan de tradiciones culturales a nivel societal y que son retrabajadas en diversos grados en contextos locales. La identidad personal emerge en el proceso de entrar y encontrar un lugar dentro del flujo de la experiencia.

H2: La organización de la vida familiar a las que pertenecen las mujeres adictas impacta en la construcción de la adicción.

La normatividad social traducida en costumbres e ideologías pero sobre todo en leyes, al favorecer y legitimar determinados tipos de relaciones de familia y de trabajo dejan a la mujer (y en ciertos casos a hijas e hijos) en estado de vulnerabilidad, lo que se inserta en el tema de la inequidad social. Las diferencias sociales permean los vínculos de personas de géneros distintos que conviven en espacios familiares.

Las mujeres están bajo dominio y tienen menos oportunidades de desarrollo personal y peores condiciones de vida que los hombres en su comunidad, su clan, su familia y en su caso su pareja. Las mujeres entrevistadas tuvieron un menor acceso a la educación debido principalmente por la elección de los padres de que fueran los hermanos los que asistieran a la escuela. En

algunos casos, aunque las mujeres asistieron a la escuela, tenían que cumplir con el quehacer doméstico antes de dedicarse a actividades personales, causándoles fatiga intensa por las dobles jornadas y por otro lado el resentimiento por el acento de la diferencia

Por estar en dominio de los varones son víctimas del maltrato, la burla, el desprecio y el despojo tanto de bienes materiales como en ocasiones de sus hijos. Este dominio en el uso de sustancias en ocasiones hace que sean los varones los que controlan los contextos de consumo, las cantidades e incluso las sustancias que se ingieren

Las mujeres hacia dentro de las familias, señala Lagarde (1996b) reproducen formas de opresión patriarcal, clasista, etarea, racista. En las narrativas obtenidas son las abuelas figuras activas en la explotación del trabajo infantil y las madres en relación al maltrato emocional y físico. En todos los relatos es evidente la rivalidad entre hermanas. De acuerdo a Lagarde (1996b) "las mujeres somos misóginas cuando anulamos, desconocemos, desvalorizamos, hostilizamos, descalificamos, agredimos, discriminamos, explotamos y dañamos a otras mujeres y además creemos ganar en la competencia dañina y que somos superiores a otras, y ni siquiera nos damos cuenta de que todas somos inferiorizadas y que incrementamos la opresión de todas al ganar entre nosotras poderío patriarcal" (pag. 109).

H3: El sufrimiento de una experiencia de abuso físico, sexual y emocional en etapas tempranas de desarrollo, puede predisponer al consumo de sustancias adictivas y

H4: La vivencia de experiencias de violencia en las mujeres en forma continua y/o intensa puede favorecer el inicio o continuación de sustancias adictivas.

En su condición de objeto sexual las mujeres entrevistadas fueron repetidamente abusadas sexual, física y emocionalmente principalmente por sus padres, padrastros, tíos, hermanos, parientes varones, eventos que sin duda dejaron huellas profundas en su desarrollo emocional. Lagarde (1996) señala como la principal el miedo. La violencia genérica no es una experiencia exclusiva de las mujeres adictas, gran número de mujeres que no tienen problemas adictivos la han sufrido. Del análisis de las trayectorias se deduce entonces que es la constelación específica en torno a la experiencia de violencia lo que la hace particular. La teoría psicoanalítica feminista brinda una vertiente interpretativa

Estudiando a pacientes víctimas de abuso Sandor Ferenczi (1932) definió la identificación del menor abusado con el agresor. "es muy difícil imaginar la conducta y las emociones del niño y la niña después de tal violencia. Uno podría esperar que el primer impulso fuera el reaccionar, el odiar, el disgustarse y el rechazo enérgico.. esto sería o algo similar, la respuesta inmediata si no se estuviese paralizado por una enorme ansiedad, que es una reacción al displacer repentino en una personalidad en desarrollo, es decir no se responde con una defensa activa, sino con la ansiedad identificatoria y por la introyección del agresor amenazante". Las teorías de identificación genérica y aprendizaje de roles tiende a enfocarse en la relación de la hija con la madre, asumiendo un vínculo un tanto continuo de la infancia a la adolescencia La violencia sexual, sin embargo, destruye este patrón de desarrollo, cambiando el objeto de su identificación de la madre al padre Se dan dos procesos esenciales: la internalización del yo ideal y la introyección del agresor

Ambos procesos incluyen la identificación de la hija con y en el deseo del poder y el reconocimiento personal, asociados con la cultura masculina en general y con el poderoso y abusivo padre en particular

Jessica Benjamin (1988) sugiere que de ambos padres, en la cultura patriarcal, es el padre el idealizado, la figura de identificación tanto para la niña como para el niño En lugar de hablar como lo hacía el psicoanálisis tradicional, de la envidia del pene, la niña refleja el deseo de identificarse con el padre, que es percibido como el representante del mundo externo Así el padre es el ideal del yo (la representación de la perfección) para niñas que se identifican personalmente con el género del padre más poderoso. Especialmente cuando una niña ha sido victimizada, el yo *ideal masculino asume importancia particular dado que la identificación con el padre es recreado por las violaciones al vínculo por la sexualización traumática y por la ausencia de una relación de identificación fuerte con la madre. Como resultado Benjamin afirma que*

" La mujer desarrolla una identidad fraudulenta, que llega a hacerse evidente en las fantasías de masculinidad y de la imitación y el modelamiento en torno al padre con la exclusión de la madre".

Como consecuencia de la identificación con el perpetrador violento, la hija sexualmente victimizada, puede llegar a tener fantasías de agresión, así como conductas que replican la

violencia del padre. Las investigaciones recientes sugieren que las víctimas mujeres tienden a autoagredirse mientras que los varones tienden a dirigir la agresión hacia otros. De acuerdo a Courtois (1988) las mujeres sobrevivientes a estas experiencias pueden presentar una gran variedad de conductas de autodaño incluyendo la autonegación, el autosabotaje, las conductas adictivas y compulsivas, la automutilación y las tendencias suicidas, conductas que todas las mujeres entrevistadas presentaron en mayor o menor medida

Mientras que la interacción social con la gente de la misma edad brinda el contexto social en que se valida al agresor internalizado, la familia abusiva representa el otro contexto en donde la violencia es legitimada y con frecuencia premiada. Los ataques violentos en contra de las mujeres madres, esposas y hermanas representan una muestra de la dinámica de poder intrafamiliar

Este proceso que ocurre en lo intrapsíquico y en la esfera individual privada, reproduce lo que culturalmente acontece: el sexismo expresado en el machismo, la misoginia y la homofobia (Lagarde M, 1996)

H5: La realidad social y el contexto en que se da el consumo de sustancias en las mujeres determina las diferentes trayectorias de expresión de la problemática.

Cada grupo presentó una serie de situaciones específicas y el consumo de cada una de las mujeres no puede comprenderse si se desliga del contexto en que tuvo lugar el mismo.

Grupo de mujeres en reclusión

Las mujeres entrevistadas en el Consejo Tutelar de Menores Infractores y en el CERESO compartieron una serie de experiencias opresivas:

Persistente carga de pobreza en las mujeres y sus familias.

Discriminación familiar por ser poseedoras en un atributo especial que las hacía diferentes de hermanos y hermanas (parecerse a la suegra, haber sufrido una embolia, ser la única mujer, ser la deseada entre las hermanas por el padrastro). El bienestar de este grupo de mujeres, su salud y su malestar sin duda está vinculado con su rol de cuidadoras de otros sobre todo en el ámbito familiar. Además de pertenecer a hogares en la pobreza, trabajaban doméstica y extradomésticamente bajo una doble presión. sus cuerpos con frecuencia son considerados como enfermos y sus personas han sido consideradas como objetos para el uso de otros. No es raro en este contexto que las mujeres utilicen las sustancias como paliativos que les ayudan a manejar esa

tarea asignada socialmente y a manejar la ambivalencia que puede surgir en ellas al realizarla. Sin embargo, hemos de insistir que el origen de la adicción no está solo la familia sino en lo social y lo colectivo que crea las condiciones marginación y exclusión que se reproducen hacia el interior de la familia.

Baja escolaridad, incluso analfabetismo, repetidoras frecuentes, en las escuelas a las que asistieron caracterizadas por escuelas con falta de límites y el poco interés en su problemática personal

Trabajos temporales, mal remunerados,

Falta de acceso en forma permanente a servicios de salud

Abandono de la casa familiar debido a la violencia doméstica.

Vida en la calle en forma permanente y agrado por el estilo de vida. Creación de redes de apoyo social que brindan los grupos de calle (comparten comida, techo), solidaridad al mismo tiempo que rivalidad, violencia.

Identidad estructurada como "viciosa", como "niña de calle", excluidas que se refuerza dentro de las instituciones de procuración de justicia

Experiencias repetidas con instituciones de justicia (detenciones, razzias, castigo) antes de iniciar su vida adictiva

Iniciando su vida adictiva, violencia policiaca en especial violencia sexual

Participación en actos de violencia delictiva en especial en robos

Mayor uso de armas en el grupo de las más jóvenes (chacos, calibres, manoplas, navajas)

Ambiente microsocioal tolerante ante la expresión de violencia, en especial la dirigida hacia las mujeres

En relación a la maternidad, las mujeres entrevistadas en el reclusorio de Tepepan tuvieron en promedio 5.2 hijos y un promedio de 8 abortos, hecho que no sorprende por ser este grupo de mujeres las de menores recursos materiales (menor nivel socioeconómico, menor escolaridad, menores oportunidades de trabajo remunerado, mayor número de hermanos) y simbólicamente el grupo más estigmatizado (menores oportunidades de tratamiento, mayor discriminación social, más violencia intrafamiliar, mayor contacto con ambiente sociales violentos y ecológicamente marginados)

Salud reproductiva poco favorable, nula práctica anticonceptiva, nulas prácticas de prevención de ETS y de SIDA, poco acceso a servicios de salud en forma oportuna y en forma constante Receptoras de violencia durante el embarazo. Disfrute de la vida sexual en la etapa temprana de su vida adictiva A mayor problema de adicción menor importancia a la vida sexual El grupo de menores entrevistadas en el Consejo Tutelar tuvieron en promedio 8 hijos y en promedio un aborto.

En ocasiones violencia sexual dentro de las instituciones

Imposibilidad de disfrutar sus maternidades por la falta de contacto con sus hijos En algunos casos han perdido su patria potestad .

Uso de tatuajes en el cuerpo y la presencia de la práctica denominada Carving

Respecto a los problemas de salud mental asociados al consumo resaltaron la baja autoestima, la depresión, los intentos de suicidio caracterizados por la severidad de los actos, gran ansiedad dentro y fuera del ambiente de reclusión En algunos momentos de sus vidas padecieron lo que en la actualidad se denomina como "síndrome de la mujer maltratada" por la severidad de los actos de violencia de los cuales fueron receptoras durante los periodos en que vivieron en pareja

Imposibilidad de denunciar o conseguir castigo para sus múltiples agresores

Las narrativas personales de este grupo de mujeres pertenecientes a un grupo social no dominante, constituyó una fuente rica de conocimiento de valores contra hegemónicos porque revelaron la realidad de la(s) vida(s) que desafían o contradicen las reglas. No es sorprendente que la negación al derecho a la salud, de este grupo de mujeres las haya llevado a construir una gran desconfianza de las autoridades médicas y gubernamentales. Tampoco debe sorprender que la desconfianza sea importante por ser usuarias de drogas, pues han tenido que contender con múltiples estigmas de género, clase y "desviación" por ser usuarias de drogas ilícitas (Ablon 1981, Goffman E, 1993).

Entre los usuarios de drogas de acuerdo a Connors (1995) la disidencia toma diferentes formas.

1) la desconfianza de las personas que dan cuerpo a las normas culturales dominantes tales como profesionales y aquellos que trabajan para el sistema

2) Una reconstitución de las reglas y de los mensajes

3) Una autodestrucción a través del uso de drogas.

La disidencia es explorada desde dos perspectivas diferentes debido a que dichas expresiones pueden o no afectar el cambio social. La primera es la forma en que es externalizada la disidencia, la segunda en cómo es internalizada.

Disidencia externalizada: El tipo de desconfianza que vuelve sospechosa la información sobre salud brindada a las usuarias de drogas, se basa en su experiencia con la autoridad. El uso de drogas es considerado una actividad criminal y generalmente los criminales pierden sus derechos, pierden acceso al poder, por las limitaciones determinantes de la estructura social. La autoridad está representada a través del sistema que les quita la patria potestad a las mujeres por considerarlas "inhábiles", las encarcela por lo que puede ser un problema de salud, y les niega la posibilidad del tratamiento por no tener acceso a recursos o porque consideran que en realidad su problema no es suficiente para tener atención. Esto, más la acumulación de todas las experiencias cotidianas como usuarias de drogas estigmatizadas, temidas y relegadas contribuyen a sus actos de disidencia, de subversión¹ (desobediencia, robos, asaltos, etc).

Disidencia internalizada. Kleinman ha escrito que el cuerpo es algunas veces el único medio disponible de mostrar disidencia en la gente que se encuentra en situaciones marginales. "Los modos corporales de resistencia parecen intensificarse en las crisis personales cuando no son exitosas en la forma de protesta política o cambio". Las usuarias de drogas se limitan a sí mismas en la disidencia de la cultura dominante en una forma que parece garantizar la continua subordinación. Esta tensión fundamental que existe entre aquellos en el poder y aquellos condenados a posiciones subordinadas puede expresarse a través de actos auto-destructivos. Connors (1995) afirma que estos actos son voces de la disidencia internalizadas.

De acuerdo a esta autora, la disidencia internalizada con frecuencia no se nota o no es reconocida como protesta política. Es difícil encontrar un lenguaje para describir la disidencia cuando se ha internalizado, cuando el cuerpo es a la vez el símbolo de la opresión y el medio por medio del cual el oprimido se opone al opresor. Las usuarias de drogas, de este grupo, en esta

¹ De acuerdo a Lagarde (1993) subvertir significa trastornar, revolver, destruir. Los hechos subversivos pueden ser notables, pero por sí mismos no tocan la esencia del poder (pags. 812).

situación particular, pueden engancharse en la disidencia en contraste a la resistencia, en parte porque creen en lo inevitable de su subordinación y por otro lado la resisten

El mundo de las drogas ofrece a las mujeres un sentido de identidad. En este proceso de asimilación, la sociedad comúnmente se vuelve su enemigo. Una vez inmersas en los rituales para mantener la adicción, las usuarias de drogas encuentran en el consumo bienestar, alivio, en donde no necesitan huir más. La confianza en sus relaciones con otras usuarias/os generalmente es extraordinaria.

No cabe duda que la experiencia de encierro en este grupo de mujeres entrevistadas en ningún momento cubre las expectativas institucionales de "readaptación social" y menos aún la de contribuir al abandono de una adicción. El ambiente de encierro, sobre todo en el CERESO es un ambiente propicio para que las mujeres que tenían adicciones la continúen dentro y las que no lo eran, se inicien. El consumo de drogas dentro de la institución en algún momento puede llegar a significar un paliativo para vencer el tedio, el fastidio, el acoso de custodias y compañeras y al mismo tiempo el ancla para permanecer en la institución por involucrase en actividades de tráfico, por ubicarse en contextos propicios para la expresión de emociones violentas.

Grupo de mujeres en Organizaciones no Gubernamentales

Abandono de la casa familiar debido a la violencia doméstica y/o a la explotación infantil

Abandono de los nexos familiares en forma permanente después de los 10 años

A pesar de vivir temporalmente en la calle existe un desagrado por el tipo de vida, en especial cuando se dan situaciones de violencia (enfrentamiento entre bandas), experiencias de temor y miedo por estar en calle, circunstancia que motiva la búsqueda de ayuda en albergues temporales o la utilización de los mismos.

Uso de armas en forma temporal

Participación en actos violentos en especial robos y contacto frecuente con policías y delegaciones

Acceso a los servicios de salud a través del personal de las organizaciones (educadores de calle)

Actitudes paternalistas de algunos sus tutores que limitan la toma de decisiones y la autonomía. En algunos casos los educadores protegen a las menores de nuevos actos de violencia y en ocasiones denuncian dichos excesos.

En algunos casos maltrato y abuso físico, emocional dentro de las instituciones

Capacitación para el trabajo en tareas consideradas tradicionalmente como femeninas tales como repostería, economía doméstica, cultura de belleza, secretarías.

Escolaridad básica cubierta, algunas completando la enseñanza media

Posibilidad de tener un espacio para vivir diferente al ámbito familiar ó en su defecto optar por el regreso a la familia de origen.

Información respecto a su salud reproductiva aunque no la apropiación de las recomendaciones. La fórmula que se brinda en la institución es que la sexualidad debe estar ligada a la procreación, por ser menores de edad se les considera como no aptas para la maternidad, luego entonces se recomienda el no tener una vida sexual activa, no se les brindan anticonceptivos. Si la menor transgrede la norma y se embaraza, se le sigue recibiendo en la institución hasta el momento del nacimiento, después necesita buscar otro espacio.

Orientación religiosa dentro de la institución

En relación a su salud mental, la depresión siguió presente pero los intentos de suicidios caracterizados por ser impulsivos y repetitivos y más ligados al mal manejo de la supresión de la sustancia de abuso. La ansiedad y el carving estuvieron presentes a pesar de ser instituciones abiertas en donde las menores podían entrar y salir a discreción.

Grupo de mujeres en tratamiento

Familias de origen con acceso a recursos y oportunidades de empleo y servicios de salud.

Violencia intrafamiliar (sexual, física y emocional)

Apropiación del rol de enfermas, la familia tiene un papel activo en la búsqueda de ayuda para la mujer.

Acceso a trabajos remunerados aunque no permanentes

Escolaridad básica y enseñanza media o técnica cubierta

Durante la vida adictiva involucramiento en actividades como organización de "orgifiestas", venta de drogas y actos violentos en calles (romper focos, parabrisas, etc). Uso temporal de armas

Contacto poco frecuente con policías y delegaciones

Intolerancia de los prestadores de servicios ante mujeres que admitieron ser lesbianas

No se utilizan drogas intravenosas, ni las gotas.

Ausencia de tatuajes

Gusto por el uso dentro y fuera de prescripción de tranquilizantes especialmente el diacepam

Tratamiento orientado al manejo de los síntomas sin tomar en cuenta el contexto en el que se desarrolla la adicción.

Ausencia de carving

Abusos el personal de salud en algunas modalidades terapéuticas

Ocultamiento de su adicción a sus hijos, motivado por la vergüenza

Grupos de mujeres en grupos de autoayuda

Familias con acceso a recursos y oportunidades de empleo y servicios de salud más estables.

Acceso a trabajos remunerados

Participación esporádica en actos violentos y venta de drogas

No utilización de armas

Posibilidad de denuncia en torno a los excesos violentos cometidos contra ellas, sea por la vía legal o a través de la venganza.

Inicio de la vida sexual activa en una edad más tardía pero no por ello con menor riesgo para el contagio del VIH y ETS

Ausencia de consumo de solventes inhalables

No utilización de tatuajes

Consumo de drogas médicas, en especial los tranquilizantes

El carving no esta presente

Apropiación del discurso del A A, lo que implica asumirse como enferma, fuera del control de la sustancia, búsqueda de la sobriedad, creencia en un ser superior y llevar un programa que reconoce doce pasos y doce tradiciones. Desarrollo de redes sociales de apoyo derivadas de los miembros del grupo.

H6: El consumo de sustancias adictivas en la mujer constituye una transgresión al modelo de feminidad patriarcal mexicano lo que favorece el ocultamiento, el estigma y el abuso que la sociedad hace de la mujer adicta.

La invisibilización de las mujeres, afirma Lagarde (1996) es producto de un fenómeno cultural masivo: la negación y la anulación de aquello que la cultura patriarcal no incluye como atributo de las mujeres o lo femenino, a pesar de que ellas lo posean y que los hechos negados ocurran. Esta afirmación que abarca buena parte de la vida de las mujeres, explica la invisibilización de las adicciones en las mujeres, es decir la anulación del consumo de sustancias por que no es un atributo femenino, entre otras razones porque le permite a la mujer acceder a emociones contrarias: por un lado al placer, al gozo, por otro lado a perder el control, a expresar displacer, malestar, disidencia, depresión y a olvidarse de todos y cada uno de los eventos que la enfrentan con su condición de objeto sexual, de opresión, de marginación. En la actualidad el control sobre las emociones ha llegado a convertirse en la metáfora de la salud mental, a mayor control, mayor salud mental.

A las mujeres con frecuencia se les construye como menos capaces de controlar las pasiones del cuerpo y esta falla con frecuencia se coloca en un "trastorno natural" o a la anarquía del cuerpo femenino en si mismo. Las mujeres que tienen problemas de abuso de sustancias con frecuencia son percibidas como menos "aceptables" socialmente que sus contrapartes masculinas.

Es más difícil que una mujer reconozca la necesidad de tratamiento y que su problema de sustancias pueda no ser diagnosticado o lo sea de forma incorrecta. Este estigma² social exacerba la negación que es la principal barrera para pedir ayuda (OMS, 1993).

² Goffman (1993) definió al estigma como aquella persona que hace evidente la posesión de un atributo profundamente desacreditador y de un estereotipo que la hace diferente a los otros con los que interactúa y la devalúa ante los ojos de los demás. La asignación de un estigma no es susceptible de quitarse, es irreversible, está ligado a la identidad aún cuando el defecto físico es corregido o la enfermedad es superada, la identidad siempre sigue ligada a esa condición

Lo anterior de acuerdo a Lagarde (1998) se debe a que el sujeto de las adicciones es el varón, constituyéndose el consumo como el vehículo para alcanzar, incrementar, modificar y ejercer el poder, el control. En ocasiones las mujeres consumen como una forma estereotipada de tratar de alcanzar el poder y los universales asignados a los varones. Las sustancias pueden así constituirse como signos y símbolos de poder universales.

Todas las mujeres adictas o no estamos atrapadas en una realidad social paradójica. Por un lado, la experiencia de la división sexual de labores todavía permanece socialmente invisible; por el otro lado lo que se supone que debe ser la experiencia normal de la mujer es demasiado visible (ser para otros). A las mujeres se les enseña a negar sus sentimientos, cuando estos entran en conflicto con lo que la norma dice deben de ser. El uso de sustancias es una forma muy importante que se le brinda a la mujer para que se escape de esta paradoja, aún en ocasiones el uso de sustancias puede ser el único medio de escapar para algunas mujeres. De esta forma el abuso de sustancias se hace “visible” como un vehículo para el cambio personal. Sin embargo, lo que permanece “invisible” es la transformación de la realidad social, el cambio de los roles sociales, las instituciones y los sistemas opresivos de las mujeres.

Las mujeres adictas con frecuencia son señaladas como culpables por los efectos negativos de la sustancia, son estigmatizadas, se les dice que tienen un problema personal, victimizadas por la profesión médica, son el blanco de diversos grupos con poderosos intereses económicos y despojadas de poder político. Como todas las mujeres, las mujeres adictas se encuentran en la periferia del poder social. Además, en la búsqueda del cambio social, como mujeres como grupo no tienen instituciones sociales en las que puedan confiar para lograr cohesión social o defensa colectiva.

Al identificar el uso de sustancias como un escape de la paradoja de sus vidas, este grupo de mujeres puede crear vínculos con otras mujeres que experimentan la paradoja de ser mujer en la sociedad. Las mujeres adictas necesitan exponer colectivamente las fases “aceptables” e inaceptables de la adicción, para “tener el coraje de ver”, es decir para destapar los mitos sociales y los estereotipos (Ettore E, 1992). Asimismo la comprensión de los dobles significados de la adicción no pueden aislarse de los sistema sexo/género, clase.

El manejo de los recuerdos de experiencias incestuosas y del abuso sexual

El desarrollo de la confianza y visualizar el origen de las traiciones

Análisis de la sexualidad y de la imagen corporal

Diferenciación de la manipulación y de la necesidad de control

Estructuración de la intimidad emocional

Resignificación el concepto de amistad y desarrollo de la sororidad³

Manejo de las confusiones cognitivas que permitan desarrollar estrategias de protección en temas como las ETS y el VIH/SIDA

El re-experimentar los recuerdos traumáticos en lugares seguros

- Procedimientos de ingreso, evaluación y orientación e instrumentos apropiados para mujeres al igual que para sus hijos
- Sensibilización a la diversidad de las mujeres en relación a los diferentes grupos de edad, a su situación socioeconómica, a su preferencia sexual, a su situación legal
- *Revisión de los aspectos éticos en la prestación de servicios de salud para la mujer y en especial lo vinculado a su maternidad*

Este último inciso es primordial considerarlo No puede ofrecerse un servicio de salud equitativo si se basa en una ética médica tradicional. Cook (1996) menciona que los cuatro principios éticos feministas fundamentales a reconocer son: el respeto a las personas (autonomía y respeto al vulnerable), la beneficencia, la no maleficencia y la justicia La autora señala que el principio de respeto a las personas es apoyado por las feministas siempre y cuando se reconozca que la "persona" incluye a todos los seres humanos La consecución de dicho principio implica la autonomía, que para la mayoría de las mujeres es una experiencia ajena, pues con frecuencia las mujeres son responsabilizadas del cuidado de otros (hijos, viejos, enfermos). La autonomía le debe brindar a una mujer un potencial para proteger su integridad física y resistir el control patriarcal

Cualquier práctica médica por otro lado, debe respetar la decisión de la mujer, protegerla del daño, al mismo tiempo de asegurar su bienestar, es decir, buscando el segundo principio ético

³ La Sororidad la define Lagarde (1996) como la alianza y coalición entre mujeres que permite eliminar la desidentificación y el extrañamiento que hace de las mujeres seres incapaces de reconocerse como semejantes (pag 83)

la beneficencia. El tercer principio ético supone que la práctica en los servicios de salud no cause perjuicios y que aumente los beneficios por encima de los perjuicios factibles. En la práctica con frecuencia esto no ocurre "Las mujeres tienden a ser estereotipadas por los casos extremos de un espectro sus reclamos tienden a ser rechazados o trivializados y sus quejas sobre condiciones fisiológicas se atribuye a causas emocionales o insatisfacciones" (pag 189)

El cuarto y último principio ético es el de la justicia. Se presenta injusticia cuando se niega cierto beneficio al que la persona tiene derecho. El análisis feminista reconoce que en este principio el riesgo para las mujeres es que el modelo de atención médica al que se enfrenten sea masculino y por tanto, se nieguen o no se reconozcan las diferencias genéricas e ignorando además, la opresión de género diferencial por edad, nivel socioeconómico. De hecho el feminismo actual promueve la equidad desde la diferencia, queriendo decir con ello que se acepte el reto de ofrecer un cuidado a la salud para las mujeres que sea diferente y al mismo tiempo que la diferencia no se estructure para que sean atendidas considerándolas inferiores, ni subordinadas ni pasivas

El cambio social y político en la forma de acceso universal a los cuidados de salud, al tratamiento para quien lo demande, la no penalización de la adicción en favor de la atención y un liderazgo que comunique la intolerancia a la discriminación de género y clase, son algunos de los factores que puede ser un pre-requisito para un programa efectivo para este grupo de mujeres. Los cambios institucionales y políticos son los medios para cambiar y ganar la confianza de estas poblaciones que comúnmente son etiquetadas como "ocultas" y "difíciles"

De acuerdo a Lagarde (1996) hombres y mujeres tienen necesidades y problemas de vida específicos, sus vidas, como la investigación no son neutras, dependen de procesos históricos que confluyen en sus trayectorias, en el tipo de formación social y económica. Si la sociedad es patriarcal, como en el caso de nuestra sociedad, la vida de mujeres y hombres es desigual e inequitativa, hay disparidades en cuanto a condiciones de vida, acceso a oportunidades, espacio y bienes materiales y simbólicos, por tanto los nuevos proyectos de investigación estadísticos, económicos o políticos deberán dar cuenta de lo anterior

Uno de los mayores logros con este grupo de mujeres sería ganar que las voces de las mujeres sean equifónicas, es decir que la voz de la cada mujer sea escuchada y considerada como

portadora de significado y de verdad, de goce y por consecuencia de credibilidad (Amorós C 1994)

Para lograr lo anterior, sería indispensable propiciar la equidad a través de la apertura de oportunidades de tratamiento específicas y reales, que posibiliten la atención de los problemas de salud de estas mujeres, sensibilizando al personal de salud médicos y médicas, psicólogos y psicólogas, trabajadores sociales a fin de que el contacto con ellas en la medida de lo posible, no esté atravesado por prejuicios y estereotipos genéricos. En especial incorporar la perspectiva de género en el diseño y operación de las políticas culturales, educativas, de salud y asistencia social para que en conjunto se tome conciencia de la problemática que ayude a atenuar la de suyo vida difícil de estas mujeres

Anexo

TÍTULO SÉPTIMO Delitos contra la salud

CAPÍTULO I . De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de estupefacientes y psicotrópicos

Artículo 193. Se consideran estupefacientes y psicotrópicos los que determinen la Ley General de Salud, los convenios o tratados internacionales de observancia obligatoria en México, y los que señalan las demás disposiciones aplicables a la materia expedidas por la autoridad sanitaria correspondiente, conforme a lo previsto en la Ley General de Salud

Para los efectos de este Capítulo se distinguen tres grupos de estupefacientes o psicotrópicos,

I Las sustancias y vegetales señalados por los artículos 237, 245, fracción I, y 248 de la Ley General de Salud,

II Las sustancias y vegetales considerados como estupefacientes por la ley, con excepción de las mencionadas en la fracción anterior, y los psicotrópicos a que hace referencia la fracción II del artículo 245 de la Ley General de Salud; y

III Los psicotrópicos a que se refiere la fracción III del artículo 245 de la Ley General de Salud

Artículo 194. Si a juicio del Ministerio Público o del juez competentes, que deberán actuar para todos los efectos que se señalan en este artículo con el auxilio de peritos, la persona que adquiera o posea para su consumo personal sustancias o vegetales de los descritos en el artículo 193 tiene el hábito o la necesidad de consumirlos, se aplicarán las reglas siguientes

I Si la cantidad no excede de la necesaria para su propio e inmediato consumo, el adicto o habitual sólo será puesto a la disposición de las autoridades sanitarias para que bajo la responsabilidad de éstas, sea sometido al tratamiento y a las demás medidas que procedan

II Si la cantidad excede de la fijada conforme al inciso anterior, pero no de la requerida para satisfacer las necesidades del adicto o habitual durante un término máximo de tres días, la sanción aplicable será la prisión de dos meses a dos años o de 60 a 270 días multa.

III Si la cantidad excede de la señalada en el inciso que antecede se aplicarán las penas que correspondan conforme a este capítulo

IV Todo procesado o sentenciado que sea adicto o habitual quedará sujeto a tratamiento Asimismo, para la concesión de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo al hábito o adicción, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento adecuado para su curación, bajo la vigilancia de la autoridad ejecutora

Se impondrá *prisión de seis meses a tres años o de 180 a 360 días multa* al que no siendo adicto a cualquiera de las sustancias comprendidas en el artículo 193, adquiera o posea alguna de éstas por una sola vez, para su uso personal y en cantidad que no exceda de la destinada para su propio e inmediato consumo.

Si alguno de los sujetos que se encuentran comprendidos en los casos a que se refieren los incisos I y II del primer párrafo de este artículo, o en el párrafo anterior, suministra, además gratuitamente, a un tercero, cualquiera de las sustancias indicadas, para uso personal de este último y en cantidad que no exceda de la necesaria para su consumo personal e inmediato, será *sancionado con prisión de dos a seis años o de 180 a 360 días multa, siempre que su conducta no se encuentre comprendida en la fracción IV del artículo 197*

La simple posesión de cannabis o marihuana, cuando tanto por la cantidad como por las demás circunstancias de ejecución del hecho, no pueda considerarse que está destinada a realizar alguno de los delitos a que se refieren los artículos 197 y 198 de este Código, se sancionará con prisión de dos a ocho años o de 180 a 360 días multa

No se aplicará ninguna sanción por la simple posesión de medicamentos, previstos entre las sustancias a las que se refiere el artículo 193, cuya venta al público se encuentre supeditada a *requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento médico de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.*

Artículo 195. Al que dedicándose a las labores propias del campo, siembre, cultive o coseche plantas de cannabis o marihuana, por cuenta o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren evidente atraso cultural, aislamiento social y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de dos a ocho años

Igual pena se impondrá a quien permita que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, se cultiven dichas plantas, en circunstancias similares al caso anterior

Artículo 196. Se impondrá prisión de dos a ocho años y multa de mil a veinte mil pesos a quien, no siendo miembro de una asociación delictuosa, transporte cannabis o mariguana, por una sola ocasión, siempre que la cantidad no exceda de cien gramos.

Artículo 197. Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien a quinientos días de multa, al que, fuera de los casos comprendidos en los artículos anteriores.

I Siembre, cultive, coseche, produzca, manufacture, fabrique, elabore, prepare, acondicione, transporte, venda, compre, adquiera, enajene o trafique, comercie, suministre aun gratuitamente, o prescriba alguno de los vegetales o sustancias señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud,

II Introduzca o saque ilegalmente del país alguno de los vegetales o sustancias de los comprendidos en el artículo 193, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito, o realice actos tendientes a consumar tales hechos;

Las mismas sanciones se impondrán al servidor público, que en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, encubra o permita los hechos anteriores o los tendientes a realizarlos,

III Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, para la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo,

IV Realice actos de publicidad, propaganda, instigación o auxilio ilegal a otra persona para que consuma cualquiera de los vegetales o sustancias comprendidos en el artículo 193, y

V Al que posea alguno de los vegetales o sustancias señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, se le impondrá prisión de siete a veinticinco años y de cien a quinientos días multa.

Artículo 198. Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en este Capítulo serán aumentadas en una mitad en los casos siguientes

I Cuando se cometa por servidores públicos encargados de prevenir o investigar la comisión de los delitos contra la salud,

II Cuando la víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta, o para resistirla,

III Cuando se cometa en centros educativos, asistenciales, o penitenciarios o en sus inmediaciones, con quienes a ellos acudan;

IV Cuando se utilice a menores de edad o a incapaces para cometer cualquiera de los delitos previstos en este capítulo;

V Cuando el agente participe en una organización delictiva establecida dentro o fuera de la República para realizar alguno de los delitos que prevé este capítulo,

VI Cuando la conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionados con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. Además se impondrá suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años, e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta,

VII Cuando una persona aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía sobre otra, la determine a cometer algún delito de los previstos en este Capítulo,

VII Cuando se trate del propietario, poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare para realizar alguno de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. Además se clausurará en definitiva el establecimiento

Artículo 199. Los estupefacientes, psicotrópicos y sustancias empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este Capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción

BIBLIOGRAFIA

- A A (1989) *A.A. para la mujer* Ed. Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A C
- A A (1994) *Los doce pasos*. Ed. Central Mexicana de Servicios Generales de AA.,AC
- ABLON J (1981) Stigmatized Health Conditions *Soc Sci & Med* 15 B 5-9,1981.
- ACEVES J (1996) *Historia oral e historias de vida: teoría, métodos y técnicas. Una bibliografía comentada*. Ed. CIESAS, 2aed México, p. 258
- ADLER L (1987) *Como sobreviven los marginados*. Ed. Siglo XXI. México.
- AGAR M (1997) Ethnography an overview. *Substance Use & Misuse*, 32 (9), 1155-1173
- AGUILAR I, ANDERSON M, CAUDILLO V, REYES RAMOS (1995) Tecatas an ethnotheoretical look at mexican american female injecting drug users.Mimeo
- AGUILAR M (1995) Más de un año de indagatorias sobre el asesinato de dos niños. Periódico Excelsior, martes 7 de noviembre, sección 7-b. México
- AMIR D., BINIAMIN O (1992) Abortion Approval as a ritual of symbolic control. En. Feinman C *The criminalization of a woman's body*. Ed Harrington Park Press New York, London p p 221.
- AMOROS C (1994) Igualdad e identidad En Valcárcel A: *El concepto de igualdad*. Ed. Pablo Iglesias, Madrid.
- ANDERSEN K , JACK D. (1991) Learning to listen Interview Techniques and Analyses.En : Sherna Berger Gluck & Patai Daphne *Women's Words. The feminist practice of oral history*. Routledge New York, London
- ARF(1996) *The hidden majority* A guidebook on alcohol and other drugs issues for counsellors who work with women.Addiction Research Foundation. Canada's Drug Strategy p. 219.
- ARROM C., RUOTI M, ADORNO M (1996) Antecedentes en el uso de sustancias psicoactivas en mujeres menores reclusas en una institución penal. En: *El impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia*. Reunión de Grupo de Consulta. Montevideo Uruguay, 18 al 20 de Noviembre Informe Final y Ponencias Tomo II Ed Organización de los Estados Americanos Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y el Instituto Interamericano del Niño

- AZAOLA E. (1996) *El delito de ser Mujer. Hombres y mujeres homicidas en la ciudad de México: historias de vida*. Ed. CIESAS y Plaza y Valdés editores México p 185
- AZAOLA E.(1990) *La institución correccional en México. Una mirada extraviada* Ed Siglo XXI editores/ CIESAS, México p 362
- AZAOLA E., YACAMÁN CJ. (1996) *Las mujeres olvidadas*. Colegio de México, Comisión Nacional de Derechos Humanos p p 426
- BAMFORD F., ROBERTS R (1989) Child sexual abuse I - II. *British Medical Journal* Vol 299 312-382
- BARQUET M (1994) · 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 p.393
- BARRERA E (1991) El ritual a Santa Rosa entre los otomíes Sobre el consumo ritual de la mariguana. En *Tráfico y consumo de drogas. Una visión alternativa* Compiladora Alvarez Gómez J. Ed Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Acatlán. p.429.
- BARRET M (1990) El concepto de diferencia. *Debate feminista* Septiembre 311-325
- BASKIN D, SOMMERS I, FAGAN J (1993) The political economy of female violent street crime *Fordham urban law journal* Volume XX, Number 3 401-417
- BENJAMIN J (1988) The bonds of love: psychoanalysis, feminism, and the problem of domination. Ed Pantheon, New York.
- BENNETT L, COOK P JR (1996) Alcohol and drugs Studies. Chapter 12 En: *Handbook of medical anthropology. Contemporary theory and method*. Edited by Sargent C, Johnson Th Ed. Greenwood Press, Connecticut, London. p.557
- BERENSON D (1991) Powerlessness - Liberating or enslaving? Responding to the feminist critique of the twelve steps. En: Bepko C (1991) *Feminism and addiction* Haworth Press Inc p.224
- BERRUECOS L (1988) Aspectos culturales del consumo del alcohol en México En: *Alcohol consumption among mexicans and mexican americans: a binational perspective*. Gilbert Jean ed. Ed. University of California, Los Angeles (UCLA), Spanish Speaking Mental Health Research Center. p.287.

- BERRUECOS L (1994) La investigación etnográfica de las adicciones. En: *Curso básico sobre adicciones*. Ed. Centro contra las adicciones (CENCA), Fundación "Ama la vida", IAP p 303
- BERSANI C, CHEN HUTEY-TSYH (1988) Sociological perspectives in family violence En Van Hasselt V , Morrison R, Bellack A , Hersen M. *Handbook of family violence*. Ed Plenum press, New York London pp.57-89 p 500.
- BERTAUX D (1993) De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica En: Marinas José Miguel, SantaMarina Cristina: *La historia oral:métodos y experiencias*. Ed Debate. p.p.19-34 p 292.
- BIELEMAN B, DIAZ A., MERLO G, KAPLAN CH (1993) *Lines across Europe*. Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin Ed Swets & Zeitlinger Amsterdam, Lisse, Berwyn PA p 219.
- BLOOM S, WILSON R (1996) Relaciones entre médicos y pacientes En Careaga G , Figueroa JG, Mejía C *Ética y salud reproductiva*. Ed Miguel Porrúa PUEG, Coordinación de Humanidades, UNAM p 447
- BUNING E, VAN BRUSSEL G, VAN SANTEN G (1988) Amsterdam's drug policy and its implications for controlling needle sharing. En: *Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives* Battjes R, Pickens Roy eds NIDA Research Monograph no. 80 p.189.
- BURIN M (1987) *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Mujer y salud mental. Grupo editor Latinoamericano. Buenos Aires.
- BURIN M (1996) Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables En: Burin M, Dio Bleichmar E: *Género psicoanálisis y subjetividad* Ed. Paidós Psicología Profunda Buenos Aires p.361.
- BURIN M, MONCARZ E, VELZAQUEZ S. (1990) *El malestar en las mujeres. La tranquilidad recetada*. Ed. Paidós, Barcelona
- BUSHWAY D (1991) Chemical dependency treatment for lesbians and their families the feminist challenge. En: Bepko C.. *Feminism and Addiction* Ed Harworth Press Inc U S A p 223
- BUXO REY MJ (1991) *Antropología de la mujer: cognición, lengua e ideología cultural*. Ed Anthropos. Editorial del Hombre p. 218.

- CAMPILLO C, ROMERO M, MEDINA-MORA M.E., CERRUD J, (1998) Mexico. En: Use and abuse of alcohol and drugs in nine different cultures. World Health Organization. En prensa (Cambridge University Press).
- CAREAGA P G, FIGUEROA P JG , MEJÍA M C (1996) *Ética y salud reproductiva*. Ed Miguel Angel Porrúa. Las ciencias sociales Estudios de género. Programa Universitario de Investigación en Salud y Programa Universitario de estudios de Género.p.447.
- CASTAÑEDA MP (1993) *El cuerpo y la sexualidad de las mujeres nauzontecas*. En: González S: *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. Ed. El Colegio de México. p. 273.
- CASTRO R, BRONFMAN M (1993) Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cad. Saude Publ (Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health)*. Vol 9(3) Jul/set:375-394.
- CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (1994) *Practical approaches in the treatment of women who abuse alcohol and other drugs*. Ed. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Rockville, MD. p. 274.
- CIJ (1996) Tendencia del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil A. C. (1990-1995).
- CODIGO PENAL (1993) Distrito federal en materia de fuero común y para la República en materia de fuero federal Ed. Sista, S.A. de C.V. México, p 67.
- CONNORS M (1995) The politics of marginalization: the appropriation of aids prevention messages among injection drug users. *Culture, medicine & psychiatry*. Vol. 19:425-452
- COOK R (1996) El feminismo y los cuatro principios éticos. En : Careaga G , Figueroa G., Mejía C. *Ética y salud reproductiva*. Coordinación de Humanidades PUEG; PUIS, Miguel Angel Porrúa Editor p 440
- COURTOIS, CH (1988) *Healing the incest wound: adult survivors in therapy*. Ed. W.W. Norton, New York
- COX T, JACOBS M, LEBLANC E, MARSHMAN J (1983) *Drugs and drug abuse. A reference text*. Ed. Addiction research foundation . Toronto p.583.
- CSAT (1994) *Practical approaches in the treatment of women who abuse alcohol and other drugs*. Rockville MD, Department of Health and Human Services, Public Health Service

- CHAVKIN W, BREITBART V (1997) Substance abuse and maternity the United States as a case study. *Addiction* vol. 92 (9), 1201-1205.
- CHESSIK R (1992) Foucault En: *What constitutes the patient in psychotherapy: alternative approaches to understanding humans* Ed Jason Aronson Inc New York p 220
- CHODOROW N (1984) *El ejercicio de la maternidad*. Psicoanálisis y Sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Ed. Gedisa España p 319.
- DASKAL A, RAVAZZOLA C (1990) Introducción En *El malestar silenciado. La otra salud mental* Ediciones de las mujeres no. 14. Ed. Isis internacional y emerger Chile. p.154
- DDF (1995) *Programa "Jóvenes por la salud"*. Ciudad de México. Servicios Médicos Departamento del Distrito Federal
- DEL OLMO R (1996) Reclusión de mujeres por delitos de drogas. Reflexiones iniciales En *El impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia*. Reunión de Grupo de Consulta Montevideo Uruguay, 18 al 20 de Noviembre. Informe Final y Ponencias. Tomo II De Organización de los Estados Americanos Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y el Instituto Interamericano del Niño.
- DENZIN N (1991) The AA Group En: Pittman D, Raskin H *Society, culture, and drinking patterns reexamined*. Publications Division. Rutgers Center of Alcohol Studies New Brunswick, New Jersey U.S A p.805
- DIARIO OFICIAL (1996) de la Federación. Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. Tomo DXV, No 15, México, D F. miércoles 21 de agosto.
- DIO BLEICHMAR E (1991) *El feminismo espontáneo de la histeria* Estudio de los trastornos narcisistas de la feminidad. Ed. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. p. 200
- DOBKIN DE RIOS M (1984) *Visionary vine*. Hallucinogenic healing in the peruvian Amazon Ed Waveland Press Inc p 161
- DSM-IV (1996) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* Ed Masson, México, p 909
- ENA (1988) *Encuesta Nacional de Adicciones*. Dirección General de Epidemiología Instituto Mexicano de Psiquiatría Secretaría de Salud. Volumen de Drogas.
- ENA (1993) *Encuesta Nacional de Adicciones*. Dirección General de Epidemiología Instituto Mexicano de Psiquiatría Secretaría de Salud. Volumen de Drogas Médicas y volumen drogas ilegales.

- ETTORE E (1992) *Women and substance use*. Ed Rutgers university press. p.204
- ETTORE E, RISK A E (1995) *Gendered moods*. Psychotropics and society. Ed Routledge London & New York p.177.
- FELDMAN H, BIERNACKI P (1988) The ethnography of needle sharing among intravenous drugs users and implications for public policies and intervention strategies. En *Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives* Battjes R, Pickens Roy eds NIDA Research Monograph no 80 p.189
- FERRAROTI F (1992) *La historia y lo cotidiano* Ed. Península Col Homo Sociologicus Barcelona. p. 205
- FERENCE R G (1980) Sex differences in the prevalence of problem drinking. En. *Research advances in alcohol and drug problems*. Volume 5, New York Ed Plenum Press
- FERENCE R G, WHITEHEAD PC (1980) Sex differences in psychoactive drug use recent epidemiology En: *Research advances in alcohol and drug problems*. Volume 5, New York, Ed Plenum Press.
- FIGLIO K (1987) The lost subject of medical sociology en: Scambler G (ed) *Sociological theory and medical sociology*, Ed. Tavistock, London
- FISHER S, GROCE S.B (1985) Doctor-patient negotiation of cultural assumptions *Sociology of health and illness* Vol 7.342-374.
- FLORES FARFAN JA (1992) La importancia del estudio del argot para la comprensión de las adicciones. En: *Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario*. Ed Secretaria de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. p.114
- FOWLER J (1993) Alcoholics Anonymous and faith development. En McCrady B., Miller W *Research on Alcoholics Anonymous* Opportunities and alternatives. Rutgers Center of alcohol studies New Brunswick.p 428 113-135,
- FUNES J, ROMANI O (1985) *Dejar la heroína*. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación- Ed Cruz Roja Española, Dirección General de Acción Social Madrid p 165
- FURST P (1980) *Alucinógenos y cultura* Ed Fondo de Cultura Económica. Colección popular No 190 p 341
- GARCIA M, CALLEJA A, REYES EM, CASTELLANOS R (1997) Violencia intrafamiliar, violencia de género. En: Sayavedra G., Flores E · *Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud?* Del malestar y enfermar al poderío y la salud. Ed. Red de Mujeres p.390.

- GATYTAN H AI (1997) El trabajo visible e invisible de las mujeres En. Sayavedra G, Flores E ·
Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar, al poderío y la salud.
Ed Red de Mujeres A.C p 390.
- GERHARDT U (1989) *Ideas about illness* An intellectual and political history of medical sociology Ed New York University Press. p 424
- GOFFMAN E (1993). *Estigma. La identidad deteriorada* Amorrortu Buenos Aires (ed)
P p 172
- GONZALEZ DE CHAVEZ FERNANDEZ A.(1993) *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género.* Ed Siglo veintiuno editores Madrid. p.p 288
- GONZALEZ DE LA ROCHA (1988). De por qué las mujeres aguantan golpes y cuernos, un análisis de hogares sin varón en Guadalajara. En. Gabayet L, García P, González de la Rocha, Lailson S y Escobar A . *Mujeres y Sociedad. Salario, hogar y acción social en el occidente de México* Ed El colegio de Jalisco y CIESAS del Occidente. Guadalajara Jalisco México p 292
- GUTIÉRREZ R (1997) Reporte preliminar de la implementación del programa "Abuso de sustancias de la Organización Mundial de la Salud". Reporte Interno División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales Instituto Mexicano de Psiquiatría
- GUTIÉRREZ R (1998) Tasas de mortalidad por cirrosis hepática. Centro de Información en Salud Mental y Adicciones. Instituto Mexicano de Psiquiatría
- GUTIERREZ R, VEGA L (1995) Interpretaciones, prácticas, reacciones sociales y uso de solventes entre niños de la calle *Anales*. Reseña de la X reunión de investigación y enseñanza 140-145
- HEATH D (1998) What is a drinking occasion ? and why does it matter? Paper presented for the 24th annual meeting of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Studies of Alcohol, Florence June 1-5
- HOPKINS W (1988) Needle sharing and street behavior response to AIDS in New York City. En *Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives* Battjes R, Pickens Roy eds. NIDA Research Monograph no 80 p.189
- IBAÑEZ J (1994) *El regreso del sujeto* La investigación social del segundo orden. Ed Siglo veintiuno de España editores S.A Sociología y política p 193
- INEGI (1995) *La mujer mexicana: un balance estadístico al final del siglo XXI*

- JACOBS J L (1994) *Victimized Daughters* Incest and the development of the female self Ed Routledge . New York/London p.209.
- KASKUTAS L (1989) Women for sobriety: a qualitative analysis *Contemporary drug problems* Summer: 177-200
- KASKUTAS L A (1996) A road less traveled choosing the "women for sobriety" program. *Journal of drug issues* 26 (1):077-094.
- KIRKPATRICK J (1989) Women for sobriety (WFS) New life program Quakertown, Pennsylvania En: ARF (1996) *The Hidden Majority. A guidebook on alcohol and other drug issues for consellers who work with women* Toronto p.219
- KLEINMAN A (1988) *Rethinking Psychiatry. From cultural category to personal experience.* Ed. The Free Press A division of Macmillan Inc Toronto p 237.
- KLEINMAN A (1988): *The illness narratives.* Suffering, healing and the human condition Ed Harper Collins publishers Basic Books , U.S.A p 283.
- KLEINMAN A, KLEINMAN J (1991) Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 25-301.
- KLINE A, KLINE E, OKEN E (1992) Minority women and sexual choice in the age of AIDS. *Social science and medicine* Vol 34 (4).447-457
- KLINE A, STRICKLER J (1993) Perceptions of risk for AIDS among women in drug treatment *Health psychology* Vol. 12 No. 4:313-323
- KNIFE E (1995) *Culture, society and drugs* The social science approach to drug use Ed Waveland Press Inc p.486
- LAFONT H (1987) Las bandas Juveniles En. Ariés Ph, Bejin A , Foucault M y otros. *Sexualidades occidentales.* Ed Paidós studio p.306
- LAGARDE M (1993) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas* Coordinación General de Estudios de Posgrado Facultad de Filosofía y Letras Universidad Nacional Autónoma de México p 878
- LAGARDE M (1996) *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia.* Ed. Horas y horas. Colección Cuadernos Inacabados No. 25 Madrid p. 244.

- LAGARDE M (1996) Identidad de género y derechos humanos La construcción de las humanas. Guzmán L, Pacheco G (comps) *Estudios básicos en derechos humanos*. IDH/Comisión de la Unión Europea. San José de Costa Rica 86-99
- LAGARDE M (1997) *Identidad de género y feminismo*. Ed Instituto de Estudios de la Mujer Universidad Nacional Heredia, Costa Rica. p.59
- LAGARDE M (1997) Presentación del libro . Sayavedra G, Flores E: *Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud*. Ed Red de Mujeres. México p 390.
- LAGARDE M (1998) Notas tomadas del seminario Antropología feminista Tema del semestre de 98 La igualdad. Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM
- LAMBERT E (1990) *The collection and interpretation of data from hidden populations*. NIDA Research monograph series no. 98 Rockville p 162.
- LARA A, ACEVEDO M (1996) Incorporación de la mujer al trabajo remunerado repercusiones para su salud reproductiva. En: Langer A, Tolbert K. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México* Ed. The population council México. p. 415
- LIGUORI A (1995) Relaciones de género y apoderamiento femenino. En HERNANDEZ M, TONEY S, LIGUORI A: *Enfoques de investigación sobre VIH/SIDA en salud reproductiva* Ed Instituto Nacional de Salud Pública Perspectivas en salud pública . No 19 p.133
- LOCK M, SCHEPER-HUGHES N (1996) A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. En SARGENT C, JOHNSON TH.: *Handbook of medical anthropology*. Contemporary theory and method Ed Greenwood Press, Connecticut, London p. 557
- LOPEZ G MI (1997) Cualquier acto erótico con un paciente psiquiátrico implica siempre una transgresión ética *Psiquiatría*. Vol. 13 No. 3, Septiembre-Diciembre 85-92.
- MAGURA S, O'DAY J, ROSENBLUM A (1992) Women usually take care of their girlfriends: bisexuality and hiv risk among females intravenous drug users *Journal of Drug Issues* Vol. 22(1): 179-190
- MAKELA K, ARMINEN Y, BLOOMFIELD K, EISENBAH-STANGL Y, HELMERSSON K, KURUBE N, MARIOLINI N, OLAFSDOTTIR H, PETERSON J, PHILLIPS M, REHM J, ROOM R, ROSENQVIST P, ROSOVSKY H, STENIUS K, SWIATKIEWICS G, WORONOWICZ B, ZIELINSI A (1996) *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement. A study in eight societies*. The University of Wisconsin Press London p.322

- MAKOWSKI S (1996) Identidad y subjetividad en cárceles de mujeres *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*. Vol. XIV Num.40: 53-73 Enero -Abril
- MASON M (1991) Women and shame: kin and culture En. Bepko C: *Feminism and addiction* Ed The Haworth Press Inc New York, London, Sidney p.p 175-195
- MCGARTH E, PURYEAR G, STRICKLAND B, RUSSO N (1990) *Women and depression* Risk factors and treatment issues Final Report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression. American Psychological Association. Washington p.123
- MEDINA-MORA ME, GUTIERREZ R, VEGA L (1997) What happened to street kids? An analysis of the mexican experience. *Substance Use & Misuse* Vol 32(3).293-316
- MENENDEZ E, DI PARDO R (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes* Atención primaria y proceso de alcoholización Ed. CIESAS Colección Miguel Othón de Mendizábal p 328
- MENENDEZ E (1992) *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*. Ed. CIESAS Colección Miguel Othón de Mendizábal p 169
- MILLER B, DOWNS W (1993) The impact of family violence on the use of alcohol by women *Alcohol health & research world*. Vol 17 No 2: 137-143.
- MOORE H (1988) *Feminism and anthropology*. Ed Polity Press & Balckwell Publishers Ltd Great Britain p.246
- MORIN F (1993) Prácticas antropológicas e historias de vida. En *La historia oral: Métodos y experiencias*. Editores: Marinas J.M, y Marinas Cristina Ed Debate, Madrid, p 429
- N A (1991) *Narcóticos Anónimos*. Traducción de la quinta edición del libro Narcotics Anonymous. Ed World service office Inc. Van Nys, CA. USA p 124
- NATHANSON C A (1975) Illness and the feminine role. a theoretical review *Social science and medicine* Vol. 9 :57-62.
- NICOLSON P (1995) *Qualitative research, psychology and mental health: analyzing subjectivity*. Journal of Mental Health 4,337-345
- ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS (1995) *Informe de la cuarta conferencia mundial sobre la mujer*. Beijing China 4 al 15 Septiembre 1995 p.214

- ORTIZ A, RODRIGUEZ E, GONZALEZ L, UNIKEL C, GALVAN J, SORIANO A (1995) Sistema de reporte de información en drogas Tendencias en el área metropolitana No 19 Noviembre
- ORTIZ A , GALVAN J., RODRIGUEZ E , SORIANO A., UNIKEL C (1996) Rohypnol use in Mexico city *Community epidemiology work group*. International Report (En prensa)
- ORTNER SH, WHITEHEAD H (1996) Indagaciones acerca de los significados sexuales En Lamas M (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Ed Miguel Porrúa Las ciencias sociales Estudios de género Programa Universitario de Estudio de Género.
- PATTISON EM, KAHAN J (1983) The deliberate self-harm syndrome *Am J Psychiatry* Vol 140 867-72
- PEREZ DEL CAMPO N A (1995) *Una cuestión incomprensida. El maltrato a la mujer* Ed. Horas y Horas Cuadernos inacabados No 21 Madrid p.p. 245
- PEREZ-LOPEZ C, GONZALEZ L, ROSOVSKY H, CASANOVA L (1992) Actividades de las mujeres miembros de alcohólicos anónimos En: *La psicología social en México*. Volumen IV Asociación Mexicana de Psicología Social p 459.
- PERSONAL NARRATIVES GROUP (1989): *Interpreting women's Lives. Feminist theory and personal narratives* Ed. Indiana University Press Bloomington Indianapolis p 277.
- PIKE K (1971) *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. Ed Mouton & Co, La Haya/París Segunda
- PLUMMER K (1983) *Documents of life: an introduction to the problems and literature of humanistic method*. Ed George Allen & Unwin Londres
- PUJADAS J (1992) *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales* Ed Centro de Investigaciones Sociológicas Colección Cuadernos metodológicos Num 5. Madrid 1992 p107
- RAMOS C (1992) *Género e historia: La historiografía sobre la mujer*. Ed. Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana. México.p. 200
- RAVAZZOLA M C (1990): "Dejarse abusar no ayuda" En *El mal estar silenciado, la otra salud mental*. Ediciones de las Mujeres No. 14 ISIS Internacional
- REINHARZ SH (1992) : *Feminist methods in social research*. Ed Oxford University Press., 1992. New York, Oxford p. 413

- RIVAS M (1996) La Entrevista a Profundidad. un abordaje en el campo de la sexualidad. En: Szasz I y Lerner S: *Para comprender la subjetividad*. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad Ed. El Colegio de México. p 256.
- RIVAS Z M, AMUCHASTEGUI A (1996) *Voces e historias sobre el aborto* Ed EDAMEX y Population Council. México p. 128
- ROBERTSON M (1991): Homeless women with children. *Alcohol research group*. 46(11):1198-1204.
- ROSOVSKY H, CASANOVA L, PEREZ-LOPEZ C (1991) Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. Reseña de la VI Reunión e Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- RUBIN G (1986) El tráfico de mujeres notas sobre la "economía política del sexo" *Nueva Antropología* Vol. VIII Num 30 Noviembre:95-146
- SALTIERAL M.T, RAMOS L, CABALLERO M.A. (1997) Mujeres víctimas de maltrato conyugal. tipos de violencia experimentadas y algunos efectos en la salud mental. (En prensa)
- SALLES V (1994) Pobreza, pobreza y más pobreza En: GIMTRAP. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer Trabajo y Pobreza *Las mujeres en la pobreza*. El Colegio de México, p. 393
- SALLES V (1997) El género: ¿una perspectiva útil para la elaboración de indicadores?. Edición mimeografiada, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, México.
- SALLES V, TUIRAN R (1996) Vida familiar y democratización de los espacios privados. En: Fuentes ML, Leñero L, López M, Morales S, Salles V, Tuiran R, Moreno P, Gonzalez E, Boltvinik J, Incháustegui T *La familia: investigación y política pública*. Ed. UNICEF, DIF; Colegio de México Centro de Estudios sociológicos p 101.
- SANTAMARINA C, MARINAS J M (1995) Historias de vida e Historia Oral Capítulo 10. En: Delgado J M., Gutiérrez J, *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Ed. Síntesis Psicología Madrid, p.669.
- SARIS J (1995) Telling stories life histories, illness narratives, and institutional landscapes. *Culture, medicine and psychiatry*. 19:39-72, 1995.
- SCHWARTZ R.H COHEN P, HOFFMAN N, MEEKDS J (1989) Self-harm behaviors (carving) in female adolescents drug abusers *Clinical pediatrics*, Vol 28 No. 8, August, 1989

- SECRETARIA DE GOBERNACION (1994) Subsecretaria de protección civil y de prevención y readaptación social Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores Primer Taller regional sobre menores infractores "Atención Integral a Menores Infractores".
- SERVICIOS ASISTENCIALES INTEGRALES I A.P. (1996) *Directorio de instituciones y centros de apoyo para el trabajo en favor de los niños en situación de calle*. Mimeo p 16
- SHERWIN SUSAN (1992) Ética , ética "femenina" y ética "feminista". En : Careaga P G, Figueroa JG, Mejía C: *Ética y salud reproductiva* Ed. Miguel Angel Porrúa Las ciencia sociales. Estudios de género. Programa universitario de investigación en salud y Programa Universitario de Estudios de Género. p 448
- SUFFET F, BROTMAN R (1976) Female drug use: some observations. *International journal of addictions* 11.19-33.
- SWAN N (1997) Gender affects relationships between drug abuse and psychiatric disorders. *NIDA Notes*. Vol.12 No. 4/July/August: 17-18.
- TARRES ML (1996) Espacios privados para la participación pública. Algunos rasgos de las ONG dedicadas a la mujer *Estudios sociológicos de El colegio de México*. Vol. XIV, núm 40, enero-abril
- THOMPSON J (1990) *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de comunicación de masas*. Ed. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México p 390
- TIMIO M (1981) *Clases sociales y enfermedad*. Introducción a una epidemiología diferencial Ed Nueva Imagen. México
- TODD A D (1989) *Intimate adversaries. Cultural conflict between doctors& women patients*. Philadelphia, University of Philadelphia Press.
- TROTTER R II, BOWEN A (1995) Network models for HIV outreach and prevention programs for drug users En: *Social networks, drug abuse and hiv transmission*. Editores Needle R, Coyle S, Genser S, Trotter R II. National Institute of Drug Abuse Monograph Series, 151 Washington D. C. p.p.144-180.
- TURNER V, BRUNER E (1986) *The anthropology of experience* With an epilogue by Clifford Geertz. Ed. University of Illinois Press p.392.
- UNDERHILL B (1991) Recovery needs of lesbians alcoholics in treatment. En : Van Den Bergh N . *Feminist perspectives on addictions*. Ed. Springer publishing company U.S.A. p.222

- UNICEF (1995) *Informe Final del II Censo de Menores en Situación de Calle de la Ciudad de México* Departamento del Distrito Federal.
- VAN DER BERGH (1991) *Feminist perspectives on addictions* Ed. Springer publishing company New York p.p.222
- VARGAS L (1991) Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer. *Gaceta médica de México* Vol. 127, no. 1, enero-febrero
- VERBRUGGE L M (1989) The twain meet: empirical explanation of sex differences in health and mortality. *Journal of health and social behavior* 30 (3).282-304
- VIESCA C (1992) Veinte años de investigación en medicina tradicional de México. En Campos R: *La antropología médica en México tomo I*. Ed. Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana p.231
- VIESCA C (1994) Bosquejo histórico de las adicciones. En: TAPIA R: *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva*. Ed Manual Moderno. p 327.
- WALDRON I (1977) Increased prescribing of Valium, librium and other drugs- an example of the influence of economic and social factors on the practice of medicine. *International journal of health services* 7,1:37-62.
- WALKER L (1984) *The battered woman syndrome*. Ed. Springer Publishing Company New York, p.256
- WALTERS M, CARTER B, PAPP PG, SILVERSTEIN O (1988) *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Ed Paidós Buenos Aires, Barcelona México p.457.
- WEEDON, CHIRS (1987) *Feminist practice and post-structuralist theory* Ed. Basil Blackwell New York
- WELLS D, JACKSON J (1992) HIV and Chemically dependent women: recomendations for appropriate health care and drug treatment services *International journal of addictions*. Vol 27(5): 571-585.
- WIGGLESWORTH C (1996). Mulas venezolanas en Londres: víctimas del tráfico de drogas. *Revista electrónica bilingüe* no 7, Septiembre.
- WOMEN'S NATIONAL COMMISSION (1988) *Stress and addiction amongst women*. London Cabinet Office