

Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta

Martha P. Romero Mendoza*
Cecilia Gómez Castro**
Maritza Ramiro**
Alejandro Díaz M***

Summary

The present article describe and analyzes the qualitative material result of the obtention of addicted women life histories narratives, from several urban zones of Mexico City which permit to show for each situation of special women a number of obstacles for their mental health care, a possible suffering trajectory and a number of recommendations for their attention and treatment.

Key Words: women, addiction, culture, treatment barriers.

Resumen

El presente artículo describe y analiza el material cualitativo resultado de las narrativas de "historias de vida", de mujeres adictas a sustancias psicoactivas, de diversas zonas urbanas de la Ciudad de México, que permiten delinear para cada mujer, un número de obstáculos para la atención de su salud, una trayectoria posible de sufrimiento y un número de recomendaciones para su virtual atención y tratamiento.

Palabras clave: mujeres, adicción, cultura, barreras para el tratamiento.

Introducción

En los últimos años el área de la antropología médica se ha preocupado del estudio de temas relacionados con la salud, trayectorias curativas y formas de tratamiento, generalmente sobre poblaciones específicas y grupos culturales determinados, que pueden dar lugar a información que sirve para comprender cómo es que ciertas enfermedades pueden ser consideradas como "estados desviados". Ablon J (1), señala que en el caso de ciertas enfermedades tales como las venéreas y el consumo de alcohol y de drogas, existe un

juicio moral que culpa al paciente y le responsabiliza de haberse enfermado. Dichos problemas médicos pueden llegar a estar estigmatizados de tal manera que se crea una taxonomía social y la enfermedad se convierte entonces en un crimen ante los ojos de la sociedad. Desde hace ya varios años, Goffman (11) definió el 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. Llevado al extremo, sería una persona que es considerada terriblemente "mala", "peligrosa" o "débil". Esta diferencia entonces, hace que para los demás les parezca "inútil", por lo tanto, como es una persona inválida y víctima e imposible de tratar, no es susceptible de tratamiento y sí probablemente de castigo; por ende, no tiene acceso a las oportunidades de la gente "normal". Es importante señalar lo anterior, porque la asignación de un estigma no es susceptible de quitarse, es irreversible, y está ligado a la identidad aun cuando el defecto físico es corregido o la enfermedad es superada, la identidad siempre sigue ligada a esa condición; así por ejemplo, se habla de un enfermo mental que ya se ha curado, no como una persona normal sino como ex-paciente, de igual manera ocurre en el consumo de alcohol y drogas con un adicto rehabilitado o ex-adicto(a).

Lo anterior nos lleva a considerar que con frecuencia se traslapa y/o se confunde a la enfermedad con el significado social que pueda tener ésta. Kleinman (16) menciona además que el sufrimiento de un paciente reproduce un dominio moral particular. De esa forma, los arquetipos sociales visibles y los procesos sociales invisibles, el dolor y la carrera curativa, replican un mundo cultural y la enfermedad se convierte en una realidad construida socialmente.

En este orden de ideas, estudiar las adicciones desde una perspectiva antropológica permite ver que ciertos significados culturales, estigmas y carreras curativas, no pueden ser idénticas para hombres y mujeres, para grupos étnicos determinados y para las diferentes clases sociales.

Para poder abordar un tema tan amplio y tan complejo como el de las necesidades de atención a la sa-

* Investigadora Titular "A". División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco México, D.F. 14370.

** Investigadora de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. IMP.

*** Jefe del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina de la UNAM.

lud mental en la mujer adicta*, es necesario empezar por considerar entonces algunas cuestiones teóricas básicas desde la perspectiva de género.

Al nombrar el término "mujer", uno se refiere a una identidad general que tiene implícita una *condición* y una *situación* especiales; en este sentido, consideramos que la definición de Marcela Lagarde (18) es importante para entender estos dos términos:

"la *condición* de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico, es decir, con un conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres —desde formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, hasta su lugar en las relaciones económicas y sociales y la opresión** que las somete— cuyo origen y dialéctica escapan a la historia y pertenecen, para la mitad de la humanidad, a determinaciones biológicas congénitas ligadas al sexo. Por otro lado, esta condición de la mujer se constituye por el conjunto de instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan".

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

* *La adicción se caracteriza por una obsesión mental y una conducta compulsiva relacionada a la ingestión de una sustancia (comida, alcohol, drogas), o en el involucramiento de una experiencia (juego, trabajo, sexo). 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 las demandas ambientales. Gradualmente, se presenta una obsesión mental elevada por obtener el "viaje" y una conducta compulsiva para obtener la sustancia o el proceso que lo produce. Esto generalmente se ve acompañado de una negación inequívoca de que uno tiene un problema. Cuando la adicción progresa, existe una menor habilidad de detener la conducta, por lo tanto, un sentimiento de falta de control acompaña a la relación patológica con el objeto adictivo, la persona o la experiencia. Existen seis características ligadas a las adicciones: la negación, la decepción, la deshonestidad, la defensividad, la distorsión y la desesperación (27).*

** *Para Lagarde (18), la opresión "se sintetiza en la inferiorización frente al hombre constituido en paradigma social y cultural de la humanidad. Las mujeres están subordinadas porque se encuentran bajo el mando del otro (los hombres, las instituciones, las normas, sus deberes y los poderes patriarcales), bajo su dominio y dirección. La opresión se estructura y surge de la dependencia vital de las mujeres en relación a los otros. Consiste en formas de repudio social y cultural, de desprecio y maltratos... se expresa y se funda en la desigualdad económica, política, social y cultural de las mujeres" (págs. 96 y 97).*

maternidad, la conyugalidad, la filialidad, y su adscripción familiar.

La situación de la mujer también se define por su nivel de vida y el acceso a los bienes materiales (trabajo, educación, vivienda, servicios de salud, etc.) y a los simbólicos (identidad, cohesión cultural), la etnia a la que pertenece, la lengua que habla y comprende, la religión que le imponen y la que elige, su afiliación política si es que la tiene, el grupo de edad, su relación con otras mujeres, con los hombres y con el poder. Todo lo anterior se traduce en que cada mujer tiene una particular capacidad de sobrevivir, de asumir cierta subjetividad personal y de crear una identidad propia (18).

Esto cobra especial relevancia para la sociedad occidental en relación al consumo de drogas y alcohol, puesto que definen reglas diferentes para hombres y mujeres, siendo para los varones una conducta abierta y permitida, que en ocasiones le da prestigio. En cambio, para la mujer, es algo oculto, prohibido, que la devalúa. Estos dobles estándares, llevan a crear estereotipos negativos sobre la naturaleza y la conducta de las mujeres adictas, es decir, estas normas culturales le crean una condición social especial de intensa estigmatización que actúa como una barrera para el tratamiento, y a su vez, favorece la victimización en otras áreas de su vida. La mujer que bebe o consume drogas interfiere con el ideal social de una mujer que debe mantenerse pura, como la parte moral de la sociedad humana. La degradación, asociada al consumo en la mujer, refleja el gran peso social que tiene la imagen de la mujer como virtuosa. Así, mientras la desinhibición que pueden provocar las sustancias no es inconsistente con el rol masculino, para la mujer es una seria amenaza a la superioridad moral y espiritual que es atribuida como parte del rol femenino (20).

El presente artículo describe y analiza el material cualitativo resultado de la obtención de narrativas de historias de vida de mujeres adictas a sustancias psicoactivas, de diversas zonas urbanas de la Ciudad de México, que permiten delinear para cada situación, un número de obstáculos para la atención de su salud, una trayectoria posible de sufrimiento y un número de recomendaciones para su virtual atención y tratamiento.

Metodología

La presente investigación se inserta dentro del área de la antropología médica, entendiéndola como el campo que evidencia los factores, los mecanismos y los procesos que participan o influyen en la forma en que los individuos o los grupos que son afectados responden al padecimiento y la enfermedad. Examina estos problemas, poniendo énfasis en los patrones de conducta (10). Esta investigación descansa en una perspectiva de género, feminista* (27).

* *Una perspectiva feminista incluye la eliminación de dicotomías falsas y separaciones artificiales, la reconceptualización del poder, el considerar tanto el proceso para conseguir una meta como el resultado, valida el proceso de renombrar, es decir, el que la persona tenga el derecho de definir su propia dirección y su realidad en lugar de conformarse con valores y normas convencionales, y finalmente a aceptar que lo personal es político (27).*

Técnica

Las técnicas de "historias de vida" y la investigación etnográfica pueden permitir esclarecer experiencias en ocasiones conflictivas y complejas de la vida de las mujeres. Dentro de las técnicas de historia oral, los testimonios orales permiten por un lado, la construcción, por parte del sujeto de su propia historia. El método etnográfico, por otro, combina la observación participante de los diferentes contextos de la entrevista y de las entrevistas en profundidad con los propios sujetos, y a su vez, posibilita tener una aproximación a la cultura del grupo. Ambas técnicas se derivan de un paradigma de investigación naturalístico o cualitativo.

El campo de estudio que trata sobre el abuso de sustancias ofrece un área fértil de prueba de los métodos cualitativos y de los diseños de investigación. Hablando en forma general, existen dos factores que contribuyen a que los métodos cualitativos en el campo del abuso de sustancias se vuelvan importantes. En primer lugar, los patrones crecientes y las tendencias en el abuso de sustancias dentro de la sociedad, son una situación constante en la que fenómenos emergentes y nuevos son facetas integrales dentro del escenario de las drogas. Cuando se intenta construir instrumentos con datos significativos para la investigación en drogas, el investigador debe adquirir suficiente familiaridad *a priori* con el tema en cuestión, con preguntas significativas. Tal conocimiento es producto del dominio de la metodología cualitativa. El segundo factor se relaciona más con el tipo de información requerida para la investigación. El "valor" de un diseño de investigación puede considerarse limitado, si sólo se considera como producto potencial para resolver un paradigma científico particular, pero es mayor si genera evidencia pragmática para la toma de decisiones. Claramente la investigación cualitativa que tiende a enfocarse a una unidad social de análisis pequeña para investigar en profundidad, frecuentemente es el único medio apropiado y disponible para obtener datos sensibles y válidos de poblaciones que permanecen ocultas y que abusan de sustancias. El término "poblaciones ocultas" se refiere aquí al conjunto de población general cuya membresía no se distingue fácilmente o se enumera basada en el conocimiento existente y/o en capacidades de muestreo. La primera tarea requiere de la identificación de unidades de análisis significativas (19).

Ahora bien, en cuanto al sufrimiento, Kleinman (16), 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 preocupaciones, problemas y heridas serias ocasionadas al cuerpo y al espíritu, y que por tales motivos suelen agruparse. Existen *desgracias contingentes* como pueden ser las enfermedades agudas. Existen *formas rutinarias de sufrimiento* que son aspectos compartidos por la condición humana, como son la enfermedad crónica y la muerte o experiencias de privación y explotación, degradación y opresión a la que ciertos grupos de individuos (los pobres, los vulnerables, los marginados) están expuestos de manera especial, y otros más están relativamente protegidos de ello.

Existe también el *sufrimiento resultante de condiciones extremas*, tales como los sobrevivientes de 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 (16).

En este contexto, consideramos que las mujeres tienen una condición de sufrimiento especial, porque en general, dentro de las sociedades, conforman un grupo marginado, oprimido y maltratado.

Por otro lado, autores como Saris (24), señalan que al obtener la narración de un padecimiento no se obtiene simplemente la historia de la experiencia personal. Está profundamente inmersa dentro de diversas estructuras institucionales que influyen su producción como un relato. La narrativa es una herramienta clave en el análisis social, por tanto el armar una historia de vida es una estrategia para entretener 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 sobre todo omisiones y silencios.

Los testimonios incluidos en el presente texto, permiten ejemplificar los distintos contextos sociales de las mujeres, transcribiéndolos de manera literal, con la finalidad de respetar su voz. La participación de las mujeres en el estudio fue completamente voluntaria y con conocimiento de los objetivos del estudio. Por consideraciones éticas, los nombres son pseudónimos elegidos por las mismas participantes.

Los contextos y los testimonios

La mujer sin hogar y en la pobreza

Los problemas sociales tales como la pobreza, la falta de un hogar, el involucrarse en relaciones de abuso o de maltrato, así como las adicciones, nos ayudan a definir el primer grupo de mujeres: aquellas menores de edad, que viven en la calle. El primer punto a considerar sería preguntarse por qué es que estas menores viven en esas circunstancias. Con frecuencia las descripciones de las características individuales de las personas sin hogar, tales como los problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas, han sido interpretados en forma inapropiada. Por un lado, las explicaciones simplistas, tienden a ignorar o minimizar los factores estructurales o medio ambientales que influyen en el tiempo y en 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 un hogar, por otro lado la ausencia de seguridad social y principalmente, el incremento de la pobreza de la población en general y de las mujeres en particular (2, 25). Así, el que una menor viva sin un hogar no es un hecho azaroso que ocurra de forma independiente de las condiciones sociales globales. En el contexto de la pobreza, los diversos problemas personales y familiares tales como el consumo de alcohol

y drogas, 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 educación (22).

"Nunca acepté el vivir en Neza. Nunca me gustó, porque siempre mi ilusión desde niña fue vivir, no sé, cerca de un parque, de algún lugar donde hubiera como un centro recreativo, donde yo pudiera salir a jugar, a correr, a hacer deporte, y por la situación en la que se encontraba, pues, ciudad Neza desde siempre, pues nunca hubo la posibilidad y lo único que a lo que salía uno a la calle pues era a ver pues tierra, lodo, tal vez son cosas insignificantes, pero a mí nunca me pareció salir y ver siempre tierra, lodo, pobreza, gente que que andaba pues sucia, eh, la situación de de ver siempre a a pues a gente drogándose en las esquinas, inclusive gente que que se prostituía que vivía en la misma calle donde pues donde estaba la casa y donde uno luego ya en las noches no era libre de salir porque había que pues uno que otro congal o cervecerías o...o alguno que otro, (risas), este pues sí, un centro nocturno pues, o sea donde hay prostitutas, donde un sinfín de vino, de droga, y eso yo lo veía pues malo, inclusive hasta con temor cuando era niña, de decir no, que tal si paso y me jalen y me hace algo y ¿no? o sea, pero ya cuando empecé a crecer pero como que sí me agradaba, ¿no? Inclusive llegaba yo a decir no pues a lo mejor allí adentro pues gano dinero ¿no?, estaría bien como que tener una vida pues como ellas ¿no? libre aparentemente. O sea, pues si tener una vida libre y estar fumando, estar fumando marihuana que me paguen y esto, pero pero eso era lo que yo pensaba de niña y nunca me gustó el lugar a donde yo viví, nunca, y mi casa tampoco... (silencio) es más, no... no nunca la acepté mi casa, el siempre estar anhelando como que tener una casa grande de dos pisos o de tres, bien amueblada con muebles pues finos con otra otro baño no sé, bien arreglado como las casas de otras compañeras que yo llegaba a ver ¿no? y pues mi casa a pesar de que no nos hacía falta nada como que siempre la vi fea ¿no? como que siempre la ví pues no como que no nunca me agradó, nunca me gustó mi casa". (Testimonio de Isabel).

A su vez, los datos de investigación y los testimonios recabados apuntan a que las menores provienen de hogares poco estructurados; es decir, hogares donde no existen reglas y límites definidos. La situación de la madre de las menores es especial también porque no ha tenido acceso a bienes materiales, a la educación, generalmente ha tenido varias parejas y diversos hijos de las mismas, lo que ocasiona que las menores frecuentemente desconozcan información sobre sus padres biológicos y convivan con los padrastos y medio hermanos.

Las menores con frecuencia describen a sus madres como muy ocupadas en cuestiones laborales para sobrevivir a la situación económica precaria y al poco apoyo económico y emocional del padre o padrastro. Pasan gran parte del día solas y con obligaciones de cuidar a los hermanos menores. Todo ello, propicia su salida del hogar.

"Y, entonces llegué a mi casa y me dijo mi mamá que por qué me había salido. Y yo le dije que porque no me llamaba la atención estar con mi padrastro. Que porque no me caía bien. Porque no me gustaba cómo me trataba. Menos que me pegara porque no era nada mío. Y este... además que no nos estaba manteniendo porque la que nos estaba manteniendo era ella. Y este... esa vez me dijo que me metiera a dormir porque ya era muy noche y duré cuatro días ahí en mi casa y este... después me salí, me salí. Y, como no tenía dinero, pues le agarré diez mil pesos a mi mamá, de la alacena los agarré y me fui. Le dije a mi hermanita que se quedara y no quiso, me dijo que se iba a ir conmigo y me la llevé". (Testimonio de Mónica).

Por otro lado, la dificultad de establecer relaciones cordiales y afectuosas con los medio hermanos y padrastos, además de la pobre supervisión materna, con frecuencia las convierte en víctimas de abuso sexual o violación de la gente con quien convive, y cuando esto llega a ocurrir, generalmente no se les da credibilidad. El siguiente es un pequeño extracto de un testimonio de Aimeé quien fue violada por su medio hermano.

"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. Pus 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 saqué 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.

El vivir en la calle las convierte en un grupo vulnerable sobre todo para la violencia y el abuso físico, sexual y emocional, proveniente de diversas fuentes: de las instituciones, de algunos compañeros de la calle y de la población general que las contempla con desprecio o indiferencia.

Es común que una menor que vive en la calle robe como una estrategia para sobrevivir, si no lo logra puede ocurrir que llegue a una Delegación y sufra maltrato.

"Ella (habla de una amiga) robó una tienda... y se ponía a llorar porque la golpearon y a mí me metieron a X porque... pues por encubrir a una persona que golpeó, robó y hasta amenazó. Les dije déjenla, yo fui, yo fui, y yo sí me quedé y ella se fue ¡caray!. Luego enseguida que me cortan mi cabello, tan bonito que lo tenía, porque era largo ¿verdad? Hasta la cintura, lo tenía bonito, bueno para mí era bonito así largo.... me lo cortaron feo.... tengo muchos golpes.... y tuve una violación por desgracia" (Testimonio Aimeé).

Posteriormente puede ser que sea remitida a una institución de protección social donde la mayoría de

las veces, le representa otra amenaza a su integridad física o emocional.

"No pues, yo tenía como ocho años cuando yo me empecé a salir, o sea, más cuando me empecé a salir de mi casa y me llevaron a X. O sea, me perdí en el metro, me llevaron unos señores. Y este.... entonces ya después ya tenía miedo porque pues o sea, con los chavos, porque eran unos chavos que manejaban la camioneta, me llevaron a ver. Y como atrás llevaban borrachitos pues a mi me daba miedo. Y este pues ya me subí y me llevaron hasta allá. Y este... ya después, este, ya me estuve ahí; pasó, pasó... o sea, pasó un año. O sea, un año estuve ahí y tenía bastantes problemas con esas chavas y como que no me llamaba la atención estar ahí. Con las únicas chavas que me llevaba bien ahí eran con dos, con dos chavas. Pues esas chavas me dijeron: pues vámonos de aquí y yo les decía: no, pues sí. Y esa vez nos aventamos por...o sea las paredes de atrás de X. Y nos fuimos y este entons nos agarraron y nos agarraron y nos llevaron ahí y nos encerraron, o sea, así como en una cárcel. Nos encerraron ahí y nos dijeron que este ... no íbamos a salir de ahí hasta que fueran del internado por este... por cabronas que porque nos habíamos escapado de ahí. Dijeron que si no iban... nos iban a llevar al Tutelar y entonces, pues ¡yo no sabía ni que era eso!, ni las otras chavas y nos empezábamos a reír. Y decíamos pues a este loco hay que darle por su lado ¿no?". (Testimonio de Mónica).

Si tiene suerte, tendrá acceso a una Organización No-Gubernamental que cuente con un programa adecuado a sus necesidades, pero puede ir también a 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. El siguiente testimonio es de Mónica, quien abandonó su casa por tercera vez a los 12 años, llevándose con ella a su hermana de 6.

"...cuando me salí de mi casa, este.... me fui a un albergue que se llamaba Emma Godoy y este... la señora nos decía que nos iba a separar. Ajá, pero na'más, o sea nos lo decía como amenaza para que nosotros entendiéramos, pero ella no nos separaba. Pero nos pegaba. Luego de ahí yo me salí, me salí y ahí... fue cuando conocí la droga y todo eso. Me salí...del albergue este...o sea porque ahí llegaron unos chavos que conocí que eran de la calle. Y ese día no me quería regresar a la casa. Entonces me dijeron que si me iba con ellos y les dije que sí. Pero iban chavas aparte y este de ahí pues me dijeron pues ¿no quieres un toque? yo le dije que no, pero después me dieron una mona** y esa sí la acepté y me gustó y me seguí drogando.... Ya después me encontró Miss Lupita y me llevó y me pegó.... Miss Lupita. Así le decían a la señora de ahí. La de la casa, del albergue. O sea y nos agarraba y esa vez que salí, nos amarró de las literas y nos bañó con*

* Cigarro de marihuana.

** Pedazo de estopa o trapo impregnado de solvente.

agua fría. Después nos puso a hacer sentadillas toda la noche o sea que no nos dejó dormir. Y este... después de ahí nos volvimos a salir y otra vuelta pero como que cada vez ya era un nivel más alto agarraba la droga. O sea, que cada vez la agarraba más seguido, ya la agarraba del diario cuando empezaba yo ya tenía mi bote y me iba y me drogaba. Y una vez nos acachó drogándonos arriba de la azotea y nos volvía a pegar y nos dijo que ahora sí nos iba a separar, que me iba a meter a un Tutelar de Menores, o sea a todos y que a mi hermanita me la iba a quitar".

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 (3).

Si cometió algún delito mayor, llegará a los Consejos Tutelares de Menores Infractoras, para recibir tratamiento, en lugar de un castigo, el cual no contempla el manejo de su proceso adictivo y en cambio, sí incluye la capacitación en tareas tradicionales femeninas, tales como: bordado, costura, cultura de belleza, que de poco o nada le serán de un utilidad para tener acceso a un empleo saliendo de la institución...

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

La mujer lesbiana

En nuestro país, la bibliografía especializada sobre problemas de adicciones en mujeres lesbianas es prácticamente inexistente. Tanto los hombres gay como estas mujeres, sufren todos los prejuicios y discriminaciones de la sociedad en contra de los homosexuales en general, pero las lesbianas cargan un triple estigma, basado primero, en ser mujer, después en ser lesbiana y finalmente en ser adicta.

Las mujeres lesbianas, en general, viven más el rechazo social e inclusive el familiar, y por lo tanto, el nivel de consumo de alcohol y drogas pueden aumentar. En cuanto a los problemas de salud en las mujeres lesbianas, existe el problema de la falta de conocimiento respecto a los riesgos de su adicción aunado a sus prácticas sexuales (ej. sexo oral), los contactos esporádicos -generalmente en bares- y las parejas múltiples. Estos elementos, en conjunto, hacen que la mujer lesbiana que consume drogas y alcohol, sea más estigmatizada y por ende, marginada (13).

"... mis hermanos este, me decían que yo era muy fodonga, que era una lesbiana, no sé, como que me agredían pero en son de, de, que me cotorreaban, entonces yo me aislaba mucho, de que me aislaba mucho de ellos, e inclusive en la escuela me aislaba mucho de la gente porque yo me sentía mal porque también tenía; yo siento que tenía un problema, lo que pasa es que a mí me gustan las mujeres, entonces yo antes me sentía muy mal por lo mismo de que, de que no sabía si contarle a alguien, sentía

que ellos me iban a rechazar, entonces, entonces siempre andaba pensando eso, entonces, de lo mismo que pensaba yo, no ponía atención a las cosas que me decían entonces en mi casa, me decían que era yo muy tonta que no servía para hacer las cosas, que siempre andaba perdida, no sé" (Testimonio de Guille).

La madre adicta

El consumo de drogas y alcohol y la maternidad ha sido materia de grandes polémicas éticas, de género, sociales, médicas y legales, en la última década. En algunos casos, el tema según lo señala Chavkin (9), contraponen los intereses de la madre con los del feto o del hijo, pero en pocos trabajos se señala que este tipo de problemas son especialmente devastadores en mujeres de bajos recursos y en mujeres que sufren de un problema de salud, como la adicción, que ha sido especialmente estigmatizado y se le ha querido dar respuesta en tres formas principales: la persecución criminal hacia las nuevas madres por el uso ilícito de drogas durante el embarazo; el alegar que es de suyo, un rechazo abierto al bebé, pues se considera que el uso habitual de drogas es la *prima facie* del rechazo y del abuso infantil; la tercera ha sido ofrecer un tratamiento para la adicción y el cuidado prenatal para la mujer adicta. Muchas pueden ser las interpretaciones que se le dan a esta polémica* pero los intereses que pueden estar detrás de este problema, los han resumido autores como Humphries y cols. (14), en los siguientes puntos:

- 1) El número, presumiblemente importante, de niños que pueden nacer de mujeres adictas.
- 2) Los efectos nocivos del uso del alcohol y las drogas sobre el feto y el desarrollo infantil.
- 3) El miedo de que las necesidades a largo plazo de estos niños y de las madres, puedan sobrepasar los presupuestos de los sistemas sociales, de salud y educación.
- 4) La falta de instrumentos de tamizaje, útiles, válidos y confiables adaptados a la cultura y, el desinterés y/o la falta de preparación del personal médico de los servicios gineco-obstétricos para

* Según Maher, citada por Chavkin (9), al tratar a la ley y a la ciencia como formas de discurso cultural inmersas en la producción de conocimientos profundamente genéricos, específicos históricamente e ideologizados, se intenta situar los recientes intentos de criminalizar los embarazos y de regular las vidas de mujeres usuarias de drogas, dentro de un complejo de dinámicas ideológicas que tienen significados más amplios, que van más allá de la guerra contra las drogas. Se elaboran las formas específicas a través de las cuales las normas dominantes de femineidad y maternidad son impuestas a un grupo particular de mujeres cuyos estilos de vida no parecen conformarse a las creencias culturales y a las prácticas sociales que legitiman el poder del estado de castigar. Aun dentro de la ley, este poder para castigar, no está situado en un espectro específico o local, sino más bien disperso a lo largo de un rango de sitios, que pueden definirse como estrategias informales y formales de intervención del estado. El discurso legal de criminalizar el embarazo ha tendido a esconder el hecho de que cierto tipo de mujeres que utilizan cierto tipo de drogas, de hecho ya han sido sujetos de fuertes privaciones, a través de medios administrativos de intervención y regulación estatal.

preguntar regularmente a su pacientes sobre esta actividad.

- 5) La accesibilidad al tratamiento para la farmacodependencia en una fase temprana.
- 6) La falta de centros de atención que cuenten con servicios de cuidado infantil mientras la madre es desintoxicada, y donde el menor pueda permanecer temporalmente albergado o el servicio de guardería mientras la madre asiste a su tratamiento. En este sentido, esta última propuesta es importante porque este grupo de mujeres puede carecer de apoyo familiar, social o de pareja puede encontrarse en una situación de migración. El siguiente testimonio es de una mujer de 22 años, de condición humilde, que se embarazó siendo consumidora de cocaína y optó por el aborto, debido a la falta de apoyo de la pareja, de un familiar y de la madre que desconocía su proceso adictivo.

"...este me hice un legrado, ¿no?... (silencio) este... pues no lo quise, ¿no? sí, no, no lo quise...(silencio), no tanto que no lo haya querido así como que decir no pues...pues no... (silencio) porque a pesar de de ya haber estado pues pues en el refugio ¿no? así con... (silencio) pues con cuanto cabrón se me para enfrente... (silencio) y andar de fiesta en fiesta llegando y no llegando a mi casa... como que siempre hubo la situación de que, de que mi madre ¿no? Ella es muy católica, de de que nos decía ¿no? tú no eres dueña de quitarle la vida a nadie ¿no?, si Dios manda un hijo o sea el mismo que tienes que recibir y así como a tí se te recibió ¿no? de cuidarlo y darle la educación como a tí se te dio, y y o sea nos inculcó mucho eso ¿no? de que no éramos quién para quitarle la vida a un ser que no había pedido venir al mundo... (silencio). Y cuando cuando yo lo yo lo hice fue por la situación de pues de mi vanidad ¿no? como que yo no lo quiero tener porque yo no me voy a atar a un esquinclé, ¿no?, toda mi juventud echada pues a perder y el pensar ya no voy a poder salir a coto-rear aquí y allá, pero en los momentos que que me sentía mal porque recordaba en qué situaciones había yo tenido... o sea me me ponía yo a recordar el momento en que yo había quedado embarazada y de recordar que había sido pues bajo los efectos de pues de un sinfín de droga ¿no? de de estar consumiendo pues cocaína durante todo el día y que la persona con o sea con la que había compartido pues también era un... un drogadicto ¿no? es un drogadicto pero que ya tiene años pues en eso y decir pues no o sea... que tal si nace mal, que tal si esto, que tal si nace sin una mano, que tal si nace mongol, o que tal si sale con pues no sé con Síndrome de Down, y como que yo nada más estarme atando así pues a un esquinclé que que pues me amargue mi existencia como que no... más sin embargo o sea... había ocasiones en las que sí me ponía como que a reflexionar y y me llegaba la situación de acordarme de todo eso de lo que me decía mi mamá ¿no?... (silencio) y el desear pues sí ¿no? como que tener así pues su cuerpo, cargarlo, besarlo y sentirlo pues así algo muy mío, ¿no? así que yo lo pueda educar, cargar, enseñarle a hablar y sentir así pues

sus manos ¿no? así pues que me estén tocando que me digan pues mamá, como el que decir pues sí sí lo quiero tener, ¿no? pero de repente así pues venía... pues la la situación de decir pues no o sea no, no quiero ¿no? aparte qué va a pensar mi mamá de mí, si ella a pesar de que sabe que yo no llevo a la casa o o que tomo o que... o que ando con todo mundo, ella siempre me dijo ¿no? yo sé que... no sé, mi madre siempre tuvo otra imagen mía ¿no? como que... yo era la mejor de todas mis hermanas, como que yo era una persona muy madura, como que... yo pensaba mucho las cosas para hacerlo y que yo a pesar de o sea ella decía ¿no? a pesar de que tu andas con la lumbre pues no te quemas ¿no? por por tu forma de pensar, y... (silencio) y y mi madre inclusive... hasta... la fecha ¿no? no sabe que que yo he tenido relaciones... (silencio) a lo mejor pues ahora ya se da una... leve idea ¿no?, o se ha de imaginar pero antes de llegar al grupo mi madre o sea... me consideraba pues aún señorita ¿no?... (silencio) y este y yo decía ¿no? no cómo, o sea pues cómo voy a... (silencio) pues a darle pues este golpe a mi madre ¿no? así como que el decirte ¿sabes qué? pues... (silencio) pues ya... ya este... pues ya como que ya... ya me embaracé ¿no? ya tuve relaciones y ya me embaracé, y de y decir ¿no? me van a pegar, me van a regañar y luego venirme así una una situación de... de de así como de ideas encontradas, como que cómo que desde ondas así bien locas por por decir ¿no? mi mamá me va este... (silencio) me va a pegar, me va a regañar, y luego el decir: ¿no? pero si yo le digo a lo mejor ella lo entiende, me va a comprender y me va a ayudar, pero como que más bien había el revelamiento de mi persona como que no, o sea, no, cómo me voy a atar a un esquinclé, qué tal si no sé qué hacer con él, y... pues decidí pues abortarlo ¿no?, decidí hacerme un legrado ". (Testimonio de Isabel).

La mujer que vive en pareja

En relación al género, cuando la mujer es la consumidora de alcohol, con mayor frecuencia es víctima de la violencia de su pareja. Las mujeres que consumen alcohol generalmente son etiquetadas más negativamente que un hombre, y con frecuencia las etiquetas connotan "que son unas perdidas". Esta etiqueta puede provocar interacciones verbales negativas que se dirijan hacia ellas por parte de sus parejas (incluyendo los insultos y las insinuaciones sexuales) y aumente la probabilidad de llevar a cabo la violencia en ellas. Esta violencia puede verse en algunos contextos culturales como algo socialmente permitido y traducirse en afirmaciones tales como "ella se lo busco", "para qué anda de fácil", "era lo menos que podían hacerle". Sin embargo, la alta posibilidad de victimización, conduce a su vez, a una mayor probabilidad de desarrollar la adicción en la mujer.

"Le tengo miedo por los golpes, pero no tanto por los golpes, porque cuando me tomo mis cervezas, digo me tomaba, no me importaba si me pegaba... De hecho, ya sabía yo que me iba a pegar mis cachetadas. Una vez me pateó muy feo, una vez me aventó

contra el baño, hasta él se asustó (llora). Le tengo miedo a su carácter, a que no sé cómo va a reaccionar, si se va a enojar, si me va a dejar de hablar. A esto le tengo miedo, a sus gritos, porque me grita que ya le he dicho: Oye ya cállate, pareces vieja verdulera, oye, ya te entendí, ¡ya cállate! So, le digo; so. Sí, porque nos llevamos muy pesado ya... Entonces así eso, obviamente me dan ganas de ponerme hasta la madre, ¿no? Y ahorita estoy poniendo todo lo que está de mi parte". (Testimonio de Gaby).

Los análisis que se han realizado con muestras de mujeres con antecedentes de abuso infantil y abuso sexual en la infancia, predicen el alcoholismo en la edad adulta. Por otro lado, un estudio realizado con mujeres alcohólicas, demostró que el haber tenido experiencias violentas con el padre, predice una relación con un esposo violento al ser adultas. Por último, el permanecer en matrimonio con un esposo violento, es un predictor de fracaso en el tratamiento del alcoholismo. Por lo tanto, los patrones intergeneracionales de la violencia, pueden ser el punto de partida para el desarrollo de estrategias de enfrentamiento, tales como el consumo excesivo de alcohol (21).

Después de hacer una reflexión sobre las situaciones y los testimonios, no se dificulta entonces comprender el por qué en estas mujeres la depresión, la ansiedad, la baja autoestima, su aparente dificultad de ser constantes, son situaciones que se presentan conjuntamente. Todos estos temas como el de la violencia, se convierten en situaciones cotidianas, y con frecuencia procesos imperceptibles para las personas que las rodean.

Las necesidades de atención a la salud mental

Es una tarea difícil trabajar con mujeres que viven procesos adictivos, pues como se expuso anteriormente, sus trayectorias generalmente tienen contenidos emocionalmente dolorosos y porque su estilo de vida las convierte en un grupo difícil de seguir, en ocasiones complicado. No es raro que los prestadores de servicios se expresen de este grupo de mujeres como inconstantes e inestables. Sin embargo, analizando el material obtenido y compilando la información de la bibliografía internacional (5) puede ser de utilidad considerar los siguientes puntos:

- La primera consideración es la económica, dado que en nuestro país el nivel de pobreza es extrema, y las mujeres son las más pobres dentro de esta categoría. Existen pocos centros de atención dirigidos a esta población, y en ocasiones, con recursos limitados. Existe la imperiosa necesidad de crearlos o en su defecto, apoyar y/o supervisar a los ya existentes con modalidades terapéuticas adecuadas y específicas. Asimismo, el personal médico y otros profesionistas de la salud, deben sensibilizarse a las trayectorias y a las problemáticas específicas de estas mujeres.
- Interés especial debe prestarse a la historia del abuso físico y sexual. El abuso con frecuencia no es explorado en las historias clínicas de rutina, debido

- a los profundos sentimientos de vergüenza que sienten las mujeres cuando los padecen, porque la memoria de estos episodios puede estar reprimida o porque el personal de los servicios de salud se siente incómodo de explorar estas áreas. Por lo tanto, es imperativo que existan interrogatorios sutiles al tema del incesto y del abuso, que puedan explorarse a lo largo del tratamiento.
- Un diagnóstico físico y psiquiátrico cuidadoso, es importante para el éxito en el tratamiento. Debido a que las mujeres desarrollan daño físico más rápidamente que los hombres, y tienen una prevalencia más alta de diagnósticos psiquiátricos duales, debe tenerse especial atención al elaborar el diagnóstico. El tamizaje por drogas de prescripción y la dependencia a la nicotina es especialmente importante, para que el tratamiento también contemple estas adicciones.
 - La evaluación y el tratamiento a los miembros de la familia es también de valor especial en la evaluación de las mujeres. Sus parejas frecuentemente tienen problemas de alcohol o drogas, y sus hijos pueden llegar a tener síndromes de alcoholismo fetal o efectos similares por las drogas o en su defecto, secuelas por haber crecido en una familia disfuncional.
 - La educación, sobre los efectos del alcohol y otras drogas, debe contemplar el dar información sobre los efectos de estas drogas en el embarazo, sobre el control natal, y sobre la prevención del SIDA y otras enfermedades infecciosas transmitidas a través de la sangre y los fluidos biológicos.
 - La educación, en los roles parentales, debe ser particularmente importante para la mujer adicta, quien con frecuencia es madre soltera o ha sido abandonada. Además, estas mujeres frecuentemente son producto de padres alcohólicos y tienen poca experiencia con modelos de roles parentales adecuados, en relación a su propia infancia.
 - Los servicios de guardería son un factor importante para permitir el acceso al tratamiento a este grupo de mujeres. Serían benéficas las facilidades de albergue en donde se pueda acomodar a la madre con su hijo, pero tales programas son poco disponibles o inexistentes en nuestro país. La falta de adecuado cuidado infantil ha sido identificado en otros países como una barrera importante para el tratamiento en las mujeres.
 - Las terapias de pareja y familiar han sido útiles en algunos casos, así como la creación de grupos adjuntos de auto-ayuda u otras modalidades terapéuticas, cuyo objetivo es la propia mujer.
 - En algunos países ha resultado de utilidad que el apoyo que reciben las mujeres sea brindado por personas de su mismo género, algunas de las cuales también son adictas rehabilitadas que pueden comprender, respetar y apoyar el proceso de recuperación. Los grupos tales como AA (23), Drogadictos Anónimos, Mujeres por la Sobriedad (8,15) y los Grupos de Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas, apoyan esta propuesta.*
 - La baja autoestima de la mujer adicta debe de tomarse en cuenta en el tratamiento. Han sido empleadas con resultados exitosos técnicas especiales tales como el entrenamiento en la asertividad (12).
 - El sexismo y sus consecuencias (por ejemplo: roles sociales inequitativos, devaluación de las labores femeninas, subempleo o paga inadecuada), deben de explorarse con relación a la experiencia de la mujer adicta. Es importante que el profesional que está tratando a las mujeres, no mida el éxito únicamente en términos del ajuste estereotipado al rol femenino social, porque al hacerlo, le evita a la paciente confrontar sus sentimientos sobre la individualidad y su independencia. Por lo tanto, se pierde la mejor oportunidad de estudiar cuáles son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida.
 - Esta adaptación a los roles tradicionales puede ayudar a que la autoestima permanezca disminuida y puede reforzar la conducta dependiente, aññada o seductora hacia el terapeuta, en lugar de encaminarla a una comunicación abierta entre adultos. (4)
 - Debe tenerse especial cuidado para no crear dependencia a fármacos iatrogénicos. Las benzodiazepinas, las drogas sedantes y los analgésicos que causan adicción, deben evitarse tanto como sea posible. Si es absolutamente necesario prescribirlos, el uso debe ser monitoreado muy de cerca y el medicamento suspenderse tan pronto como sea posible.
 - Los grupos especiales de mujeres adictas deben tomarse en cuenta. Las mujeres de minorías tienen necesidades especiales y pueden sufrir de una estigmatización particularmente intensa. De las mujeres lesbianas se cree tradicionalmente que tienen una prevalencia mayor de consumo de alcohol y de drogas que otros grupos, y por lo tanto deben tener grupos especiales para ellas. En Estados Unidos existen grupos AA especializados en poblaciones gays y lesbianas, como el Pride Institute que provee de tratamiento específicamente diseñado que incluye la participación familiar en grupos llamados P-Flag (*Parents and friends of lesbians and gays-Padres y amigos de lesbianas y gays*) (6, 26). Es necesario que se integren programas de tratamiento adecuados a las necesidades de la mujer lesbiana, separándolas de otros grupos, como son: las ancianas, las heterosexuales, etc. O en su defecto, utilizar medidas estándares que puedan ser comparadas más fácilmente con estudios en la población general (13).
 - En el sistema de procuración de justicia las mujeres adictas con frecuencia son desatendidas, aunque la necesidad de tratamiento especial no sea menor que para el hombre.
 - No existe un consenso acerca de la eficacia comparativa entre el tratamiento individual y el tratamiento grupal, o el valor de los grupos de mujeres opuesto a los servicios de tratamiento mixtos. Pero sí hay acuerdo en afirmar que si la mujer es tratada en un servicio mixto, es importante que tenga la oportunidad de explorar temas en los que quizás pueda encontrar dificultades para discutir con pacientes masculinos, ya sea en sesiones individuales o en un subgrupo de mujeres.

* González G: *Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas*. Entrevista. IMP, 1995

Las facilidades de residencia deben de manejarse de tal manera que eviten la asignación de roles basados en estereotipos sociales; como por ejemplo, no ponerlas a servir café, a barrer, a servir a otros, o no brindarles capacitación únicamente en oficios tradicionales como costura, repostería, cultura de belleza, que en cierta medida obstaculizan la autonomía y la posibilidad de tener trabajos bien remunerados.

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

Discusión y conclusiones

Los problemas aquí narrados por las mujeres con procesos adictivos, pueden no ser exclusivos de ellas. Es probable que los varones adictos compartan ciertas circunstancias como el estigma o la indiferencia. Lo que se trató de resaltar es que las mujeres, por su condición y situación especiales en la sociedad, están en una posición de mayor opresión, desigualdad y menor posibilidad de acceso a los servicios. Quedaron sin tratar diversas problemáticas de mujeres que viven en otras circunstancias de las aquí reportadas, entre ellas, las adolescentes, las indígenas, las discapacitadas. Cada uno de los temas aquí tratados darán material suficiente para discutir ampliamente. Sin embargo,

entre los objetivos importantes de este artículo, está el de provocar el interés de los profesionales de las diversas disciplinas para participar en la comprensión de la vida de este grupo de mujeres, y en alguna medida, contribuir a facilitar su acceso a los servicios de tratamiento. La investigación de donde surgió la información sigue en proceso, y sin duda alguna a futuro se contará con otros temas para discutir y reflexionar.

Agradecimientos

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

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

Diversas personas y organizaciones han permitido el acceso a sus instalaciones para poder realizar parte del trabajo de campo. En especial se agradece el apoyo al Consejo Tutelar de Menores Infractoras, Secretaría de Gobernación; al Centro de Atención Toxicológica de los Servicios Médicos del Distrito Federal; al Psic. Carlos Núñez, de Casa Alianza, Institución de Asistencia Privada; al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM., al grupo Xola de Adictos Anónimos a las Relaciones Destructivas.

Gran parte de la recuperación de la información bibliográfica y de la clasificación del material, fue realizado por las pasantes de la carrera de pedagogía Yasmín Robert y Aurea Cano.

REFERENCIAS

1. ABLON J: Stigmatized Health Conditions. *Soc Sci & Med*. 15 B:5-9, 1981.
2. BARQUET M: Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres. En: *Las Mujeres en la Pobreza*. eds. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza. (GIMTRAP). El Colegio de México, México, 1994.
3. AGUILERA M: Más de un año de indagatorias sobre el asesinato de dos niños. Periódico *Excelsior*, martes 7 de noviembre, sección 7-B, México, 1995.
4. BERENSON D: Powerlessness - liberating or enslaving? Responding to the feminist critique of the twelve steps. En: Bepko C (ed) *Feminism and Addiction*. The Harworth Press Inc. New York, London, Sidney, 4:24, 1991.
5. BLUME S: Alcohol and other drug problems in women. En: Lowinson J, Ruiz P, Millman R, Langrod J (eds) *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Williams and Wilkins, Baltimore, 58:1110, 1992.
6. BUSHWAY D: Chemical dependency treatment for Lesbians and their families: The feminist challenge. En: Bepko C (ed) *Feminism and Addiction*. The Harworth Press Inc. New York, London, Sidney, 9:224, 1991.
7. CABAJ R: Substance abuse in the gay and lesbian community. En: Lowinson J, Ruiz P, Millman R, Langrod J (eds) *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*. Williams & Wilkins, Baltimore, 63:1110, 1992.
8. CANTOR G: Women's friendships women's Groups. *Psychiatric Annals*, 20:398-401, 1990.
9. CHAVKIN W: Women and fetus: the social construction of conflict. En: Feinman C (ed.) *The Criminalization of a Woman's Body*. The Harwoth Press Inc, Nueva York, Londres, 1992.
10. FOSTER G, ANDERSON B: Medical anthropology. *Etnopsychiatry*, 5:81-100, J Willy & Sons, E.U. 1978.
11. GOFFMAN E: *Estigma. La Identidad Deteriorada*. Amorrortu. Buenos Aires, 1993.
12. GUDMUNSDOTTIR A: Women seeking treatment, alcohol abuse and psychological problems. Trabajo presentado en el 20 Simposio Anual de Epidemiología sobre Alcohol, junio 4-8, Lucerna, 1994.
13. HUGUES T, WILSNACK S: Research in lesbians and alcohol. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol World Health & Research*. 18(3):202-205, 1994.
14. HUMPRIES D, DAWSON J, CRONIN V, KEATING P, WISNIEWSKI C, EICHFELD J: Mothers and children, drugs and crack: reactions to maternal drug dependency. En: F Clarice (ed). *The Criminalization of a Woman's Body*. The Harwoth Press Inc, Nueva York, Londres, 1992.
15. KASKUTAS L: Women for sobriety: a qualitative analysis. *Contemporary Drug Problems*. Verano, 177-200, 1989.
16. KLEINMAN A, KLEINMAN J: Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15:25-31, 1991.
17. KLEINMAN A: *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Collins H (ed) Basic Books, E.U., 1988.
18. LAGARDE M: *Los Cautiverios de las Mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas*. Colección de posgrado. Facultad de Filosofía y Letras: Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1993.
19. LAMBERT E: The collection and interpretation of data from hidden populations. *NIDA Research Monograph*, 98:162, 1990.
20. LEIGH B: A thing so fallen and so vile: images of drinking and sexuality in women. *Contemporary Drug Problems*, 22:415-451, 1995.
21. MILLER B, DOWNS W, GONDOLI D: Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(6):533-539, 1989.
22. ROBERTSON M: Homeless women with children. *Alcohol Research Group*, 46(11):1198-1204, 1991.

23. ROSOVSKY H, CASANOVA L, PEREZ-LOPEZ C, NARVAEZ A: Alcoholics Anonymous in Mexico. En: Cohen-Yañez J y cols. *From the Molecular to the social level. Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence*. Elsevier Science Publishers Amsterdam, New York, Tokyo: 1992.
24. SARIS J: Telling stories: life histories, illness narratives, and institutional landscapes. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19:39-72, 1995.
25. SALLES V: Pobreza, pobreza y más pobreza. En: *Las mujeres en la pobreza*. Eds. Grupo Interdisciplinario sobre Mujer. Trabajo y Pobreza, GIMTRAP. El Colegio de México, México, 1994.
26. UNDERHILL B: Recovery needs of lesbians alcoholics in treatment. En: Nan Van der Bergh (ed). *Feminist Perspectives on Addictions*. Springer Publishing Company Nueva York, 5:222, 1991.
27. VAN DER BERGH N: *Feminist perspectives on addictions*. Springer Publishing Company (ed.) Nueva York, 1991.