

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL, CULIACÁN**



**MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ACENTUACIÓN EN ESTUDIOS DE
GÉNERO**

TÍTULO:

**La Mujer Drogodependiente y los Factores de análisis desde el Trabajo Social: Familia, Género
y la Intervención de Trabajo Social.**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestría en Trabajo Social

PRESENTA

LTS. María Elena Zamora Siqueiros

DIRECTORA

MC. Beatriz Delia Cota Elizalde

LECTORES

Dra. Silvia Escamilla Astorga

MC. Ramona Alicia Félix Navarro

Culiacán de Rosales, Sinaloa. México. Junio 2012

AGRADECIMIENTOS

El concluir, una etapa más en mi vida educativa implica el apoyo incondicional, de estas personas importantes en nuestra vida, que dejan huellas imborrables, para lograr lo que te propones.

Es por ello que agradezco el apoyo incondicional de mi esposo Modesto Antonio López Galindo por su acompañamiento y confianza, a mis hijos Daniel, Alejandro, Natalia, por ser parte de mi inspiración en este proyecto de vida.

A mis padres María Dolores Siqueiros Agüero y Pedro Zamora Zatarain por estar siempre, cuando los necesito.

A mis Hermanos Adriana y Pedro, por su confianza y amistad a lo largo de nuestras vidas.

Al mismo tiempo a cada uno de los maestros y maestras que formaron parte de esta nueva formación académica.

A mis compañeros, por crear un grupo de estudio lleno de diferencias y diversidad que dio la posibilidad de crear vínculos de amistad y apoyo.

A mi comité tutorial, por creer en mi trabajo y brindarme recomendaciones acertadas que enriquecieron la investigación.

Al posgrado por estar siempre al pendiente de nuestras necesidades educativa e impulsarnos a lograr esta meta.

A la Dra. Rosario Olivia Izaguirre Fierro, ya que esta investigación, medio la oportunidad de conocerla, aprender de sus conocimientos y principalmente por apoyarme a darle a sentido y orden a mis ideas.

DEDICATORIA

Esta investigación no fuera posible sin las voces de mujeres, que por circunstancias de la vida, las puso en el camino de las droga, por ello dedico esta, a esas voces de mujeres que me dieron la confianza y valor de narrar sus vivencias personales, en torno a su adicción.

A la Universidad Autónoma de Sinaloa por abrir espacios académicos en beneficio de nuestra profesión Trabajo Social.

A la Facultad de Trabajo Social, de Culiacán, por impulsar una mayor profesionalización, en nuestro quehacer.

A mi familia, por su acompañamiento y paciencia en este proyecto, compartir mis momentos de cansancio, desilusión, alegría, miedo, y sobre todo por alentarme a seguir.

Hay alguien que siempre ha sido para mi un modelo a seguir y me ha enseñado a luchar por mis sueños, propósitos, que lo que logras es gracias a tu esfuerzo y perseverancia gracias Tía Sara Zamora Zatarain por ser un ejemplo a seguir.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I.- PROBLEMATIZACIÓN DE LA DROGODEPENDENCIA EN MUJERES

1.1. Planteamiento del Problema.....	8
1.1.1 Preguntas de investigación... ..	20
1.1. 2. Justificación... ..	21
1.1.3. Objetivos... ..	23
1.1.4. Categorías.....	24
1.1.5. Supuestos de investigación	25

CAPITULO II.- LA FAMILIA UN CONCEPTO DINAMIZADO EN LAS PERSPECTIVAS DE LAS PROBLEMATICAS SOCIALES: LA MUJER DROGODEPENDIENTE Y LOS VINCULOS FAMILIARES.

21. Conceptos sobre familia desde las diferentes perspectivas teóricas. El problema de la drogodependencia y la posición de la mujer	26
22. Los vínculos familiares y una posibilidad de construcción de redes familiares ..	41
23. La mujer adicta y el consumo de drogas; una respuesta desde la inequidad de género	49

CAPITULO III.- LOS NIVELES DE ATENCIÓN DROGODEPENDENCIA FEMENINA. OBJETO DE ESTUDIO E INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL.

31. El papel de las instituciones en la atención de la drogodependencia femenina ...	62
32. Trabajo social: Intervención en el grupo familiar una experiencia de las acciones profesionales	73

CAPITULO IV.- FUNDAMENTO METODOLÓGICO Y LA RUTA DE PRÁCTICAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

4.1. Los rasgos del carácter y el enfoque un trazo de características de la mirada metodológica.....	80
4.2. Metodología conjunción del modelo etnografía.....	85
4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	90
4.3.1. Observación Participante	91
4.3.2. Entrevista semiestructurada	92
4.3.3. La historia de vida	93
4.4. Análisis de Resultado	95

CAPITULO V.- LOS HALLAZGOS: UN ESCENARIO DE LOS FACTORES PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE LAS ADICCIONES EN MUJERES

5.1. La mujer adicta como sujeto social y la problemática de la reinserción: la soledad un factor de análisis entre lo social y lo familiar.....	102
5.2. La mujer adicta y sus caracterizaciones desde la perspectiva de género.....	125
5.3. La familia, el conflicto y su evolución: Las vivencias de la familia como una nueva apertura para analizar sus transformaciones.....	144
5.4. Las instituciones y el proyecto de rehabilitación, un lenguaje de encuentros o desencuentros.....	152
CONCLUSIONES	161
PROPUESTA	166

BIBLIOGRAFÍA ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Investigar a la mujer adicta implica adentrarse a una dimensión donde los trazos sociales llevan consigo confrontaciones con la figura de la femineidad configurada en el proyecto político cultural, de esta manera, es el reto al lenguaje codificado de género. La inmersión en la investigación es transitar en esos límites que delinear a la mujer adicta en su estar en el mundo social y sus afluentes de lo humano. Desde esta perspectiva, se exige realizar un sondeo para escuchar sus voces y establecer la problemática de ser mujer adicta, en su constante búsqueda de inserción al mundo social.

El escenario de la mujer adicta posee una serie de puntos donde confluyen las situaciones sociales que remiten a espacios de su individualidad como mujer, la perspectiva de género, el sentido de la familia, las vivencias y convivencias desde el espacio de la problemática de la adicción y, su encuentro con lo institucional y la orientación profesional, en este caso Trabajo Social. Desde estas líneas, se tiende a considerar adentrarse en esta figura de mujer adicta para asistir al encuentro de los factores que impactan desde los afluentes sociales detallados en esas voces que relatan los momentos que conllevan a un acontecimiento del vivir, en ese entretejido del proyecto de vida. Visualizar a la mujer adicta significa abrir una avenida donde lo femenino ingresa como mujer, madre, hija, amiga y esposa, con un sentir y una demanda; escuchar y ser escuchada en un conflictivo mundo social.

El primer capítulo refiere a la problematización de la drogodependencia. Se precisa en la búsqueda de un espacio social donde convive la mujer adicta, donde las repercusiones de retar al estereotipo de mujer lleva consigo las conflictividades que permiten analizar los límites de una sociedad y su proyecto de vida. Si bien, la mujer adicta llega al escenario de manera tardía a los tratamientos y proyectos de salud, su presencia adquiere profundidad en el momento de considerarla el punto de orientación de la concepción de género y desde la perspectiva de la familia en la atención a su problema que se singulariza: es una muestra de un conflicto a nivel social que transforma las visiones de la feminidad en un mundo donde imperan los rasgos de la masculinidad. En este espacio, se determinan algunas condiciones de estigmatización de la mujer drogodependiente y, con ello tendencias de dinámicas que implican tanto familiares, educativas, laborales y legales.

Otro asunto a considerar, es la atención observada desde el interior de la mujer adicta, en esta ruta los referenciales de género se impregnan, lo cual se analizan desde el afuente que refiere a las formas institucionales de atención y la situación de considerar al interior situaciones de desplazamiento de visiones femeninas y masculinas como factores de distinción. En este sentido, este análisis permite alcances de importancia que emite la acción de trabajo social y su intervención, ya que en ello la problemática social de esas significaciones culturales le generan al espacio profesional los nutrientes para interpretar los conflictos y emitir las acciones adecuadas. Un tercer rasgo, es el desplazamiento de mujer adicta que remite a vertientes de transformaciones de la figura de madre y esposa a la condición de la prostitución.

Por otra parte, analizar lo profesional del trabajo social, sus encuentros y desencuentros desde el campo de lo laboral y la atención de las adicciones. En esto se analiza sus procederes en los espacios que tiene presencia en lo institucional, con ello las ausencias de intervención, los momentos en que trabajo social queda diluida y sus razones. Por lo tanto, analizar esta situación trae consigo un referencial de la problemática de la formación profesional que ingresa en conflictividades con la experiencia laboral.

El segundo capítulo, se plantea el estudio de la familia desde el referencial de la mujer drogodependiente. En ello, se describe las transformaciones de la familia desde lo teórico y sus respuestas a las problemáticas de adicción. Esto trae consigo, un trayecto de concepciones históricas en la pretensión de alcanzar los horizontes de significado a través de los cambios de la sociedad. En sí, es importante analizar los vínculos familiares y el establecimiento de un entretejido en redes, como forma de acercarse a los momentos problemáticos o formas de reforzar su unidad social. Otra condición de análisis, es colocar género y adicciones como una relación estrecha y vinculada a las condiciones de significado de la femineidad y la igualdad ante la masculinidad como tarea esencial del género.

A su vez, establecer desde esta perspectiva las transformaciones y desafíos de los estereotipos sociales y culturales. Por último, situar las vertientes analíticas entre la relación de la mujer adicta, la institución, familia y trabajo social, creando con ello elementos que no están presentes en la formación profesional y sin embargo son factores que compactan la experiencia profesional y, permiten proyectar su intervención en una problemática social como es la adicción.

Es importante situar en el capítulo tres los niveles de atención a la drogodependencia femenina como el sentido de profundidad del objeto de estudio e intervención del trabajador social. Un primer punto es subrayar el papel de las instituciones y con ello los espacios donde se otorga la atención como el espacio que proyecta las experiencias profesionales que conjuntan una formación en la práctica. Un segundo factor, es relacionar desde el trabajo social la institución y la familia, detallando en ello lo profesional y las proyecciones de su intervención en el mundo social a través de estos aspectos laborales.

En el capítulo cuarto, se precisan los rasgos metodológicos como una ruta para interpretar las prácticas profesionales del trabajo social. Desde la determinación de un carácter descriptivo, explicativo y analítico con una vertiente cualitativa lo que permite arribar a la decisión de acercarse a la etnográfica. El método de la etnografía se concibe en este caso, como forma de establecer los rasgos culturales y sus vivencias en la atención de la mujer adicta que permite alcances de reconocer lo humano, de precisar las respuestas de un lenguaje, desde lo social, para comprender un fenómeno como la adicción. La experiencia de esta metodología coloca la interpretación de este acontecimiento en un escenario que teje la situación de lo institucional y profesional con los sujetos sociales, en este caso la mujer adicta y caracteriza el entorno cultural y sus significaciones.

Precisar los hallazgos en el capítulo quinto permite construir el acontecimiento de ser mujer adicta en un mundo social donde los significados de transformaciones familiares y el entorno de la mirada hacia lo femenino se trastocan en la mujer adicta, lo que lleva consigo un lenguaje que detalla la conflictividad del mundo social. En ella se insertan

las problemáticas y, es en ella donde se percibe los límites de la crisis social en referencia a valores, tendencias legales y configuraciones de lo femenino y masculino en el mundo de la familia. Es en estos límites donde trabajo social debe tener una respuesta profesional más humana y reflexiva sobre este fenómeno.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática de la adicción de las drogas en mujeres representa un espacio social que conduce a repercusiones tanto en el desarrollo individual del sujeto social, la institución familiar, la reproducción de la especie en sí, rebasa los límites de un proyecto de preservación de una sociedad sana. En esto, el contexto actual describe situaciones de acceso a esta problemática, ya que la mujer anteriormente era considerada no factible en el consumo de drogas, sin embargo estas propias condiciones se extendieron tanto que han llegado a infiltrarse hasta el mundo íntimo de esa parte amurallada del cuerpo y mente femeninos. Es importante aclarar que las pretensiones se especifican: en la atención de los programas sociales como puntos de encuentro para tratar y resolver la situación planteada anteriormente.

En el plano general, el asunto de la adicción se sitúa en la secuencia de las estadísticas aportadas por la Encuesta Nacional de Adicciones y los datos de población regional y nacional, especificando: (1988); se localiza a la marihuana 2.99%, los inhalables con el 0.76%, cocaína con el 0.33% (1988), en (1993); encontramos a la marihuana con el 3.32%, la cocaína con el 0.56% y los inhalables con el 0.5% , (1998); muestra a la marihuana con el 4.7%, la cocaína con el 1.45% y los inhalables con el 0.8% en la población urbana, y (2002); en urbana y rural nos muestra a la marihuana con el 3.48%, a la cocaína con el 1.23% y a los inhalables con el 0.45%.

Es en el 2008 que se especifican datos que permiten visualizar con mayor atención la población rural y urbana de 12 a 65 años. En el plano general Sinaloa entre 1988 y 1998, se incluye en la región norte del país, junto con otras entidades y, como dato reportaron un consumo superior al promedio del país de drogas médicas e ilegales.

En 1991 en Sinaloa se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior. Los resultados de la medición indicaron que el 7% del total de la muestra había consumido al menos una droga en su vida, sin incluir al tabaco o al alcohol, por abajo del promedio nacional (8.2%). Por sexo, la proporción de hombres que experimentó con drogas al menos una vez fue superior al de mujeres (9% y 5%, respectivamente). Por tipo de sustancia, los inhalables (2.5%), seguidos de las anfetaminas (2.1%) y los tranquilizantes (1.8%) fueron las sustancias que más consumen los estudiantes. Esto nos proporciona datos relevantes para la implementación de estrategias de atención dirigidos a esta población con perspectiva de género ya que es importante considerar el aumento de consumo en población femenina.

En datos mas recientes a nivel nacional la situación del consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas Ilegales, se describe de la siguiente manera desde las aportaciones de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), se evaluó a través de la quinta Encuesta Nacional de Adicciones, publicada en 2008: en la cual se encontró que entre la población de 12 a 65 años de edad, cerca de 14 millones de mexicanos habían fumado tabaco en el último año y poco más de 4 millones eran dependientes (es decir, ya presentaban problemas físicos y psicosociales relacionados con el consumo de tabaco).

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, cerca de 27 millones de mexicanos reportaron haber bebido con poca frecuencia, pero en grandes cantidades, cada vez que tomaban alcohol. Casi 4 millones de personas, beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor frecuencia, por lo que se consideran bebedores consuetudinarios, se observa el porcentaje de hombres y mujeres que beben de manera riesgosa, es decir, altas cantidades y de manera habitual.

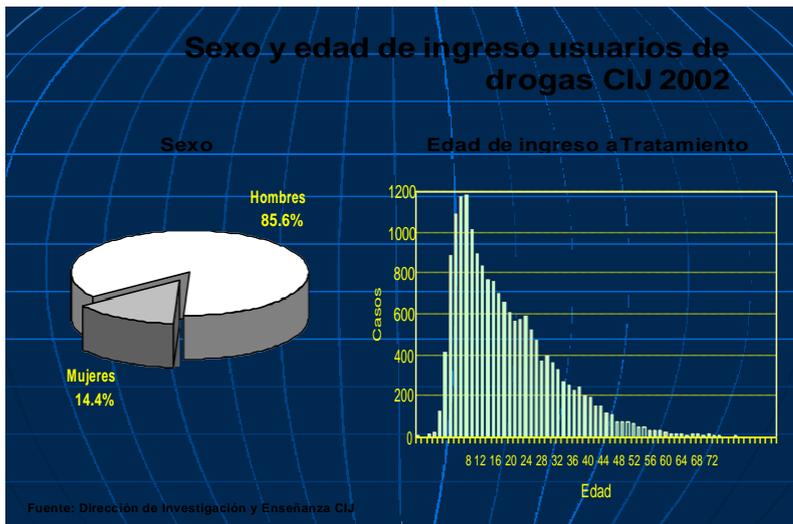
Los dependientes del alcohol, que son más de 4 millones, son personas que ya tienen problemas graves de salud y con su entorno: familiar, escolar, laboral y social. Con relación a otras drogas se observó que de 2002-2008, el consumo de drogas ilícitas (mariguana, cocaína y sus derivados, heroína, metanfetaminas, alucinógenos, inhalables) *alguna vez en la vida* aumentó de 4.6% a 5.2%, mientras que el consumo de drogas médicas fuera de prescripción (antidepresivos, ansiolíticos) se mantuvo estable en este mismo período.

También se observó en este mismo período 2002-2008, un aumento en el consumo de drogas *en el último año*, es decir, en el año previo al levantamiento de la encuesta, se presenta de manera resumida el número total de consumidores y dependientes a alcohol, tabaco y otras drogas (tanto de drogas ilícitas como de fármacos fuera de prescripción).

El consumo de drogas en mujeres representa una necesidad de explicar algunas características que permitan dar cuenta de su presencia, en el mundo social actual. De esta forma es importante considerar la edad y sexo al ingreso al tratamiento, a continuación se presenta datos relevantes en este aspecto, la edad de ingreso fluctúa

entre los 12 -20 años, el 85.6% son hombres y el 14.4% son mujeres, lo que nos lleva a corroborar como es mínimo el numero de mujeres que buscan tratamiento (ver gráfica 1).

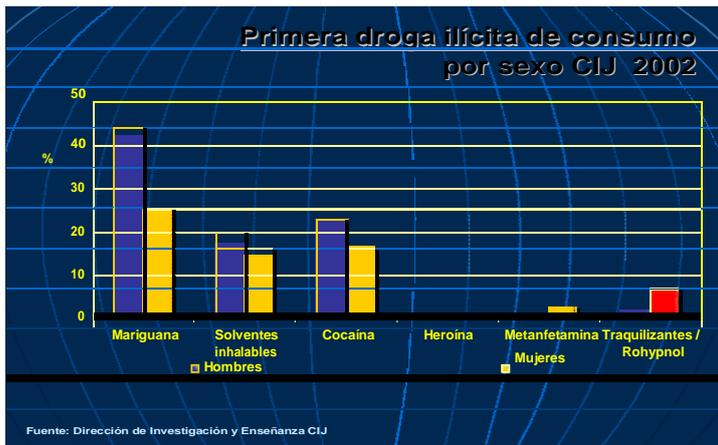
Gráfica 1: Sexo y edad de ingreso usuarios de drogas de CIJ2002



Fuente: Dirección de Investigación y Enseñanza CIJ.

En tanto que la primera droga ilícita de consumo por sexo, se encuentra de la siguiente manera: marihuana en un 45% el hombre y un 25% la mujer; Solvente inhalables 18% el hombre y 15 % la mujer, ambos se encuentran en un porcentaje similar; cocaína hombres en un 25% y mujeres en un 19% ; heroína en porcentaje bajo ambos sexos, metanfetamina hombres en un 3 % y mujeres 6% una minima mayor en la mujer con esta sustancia; Tranquilizantes 4 % hombre y mujeres en un 8% droga de aumento en la mujer (ver gráfica 2).

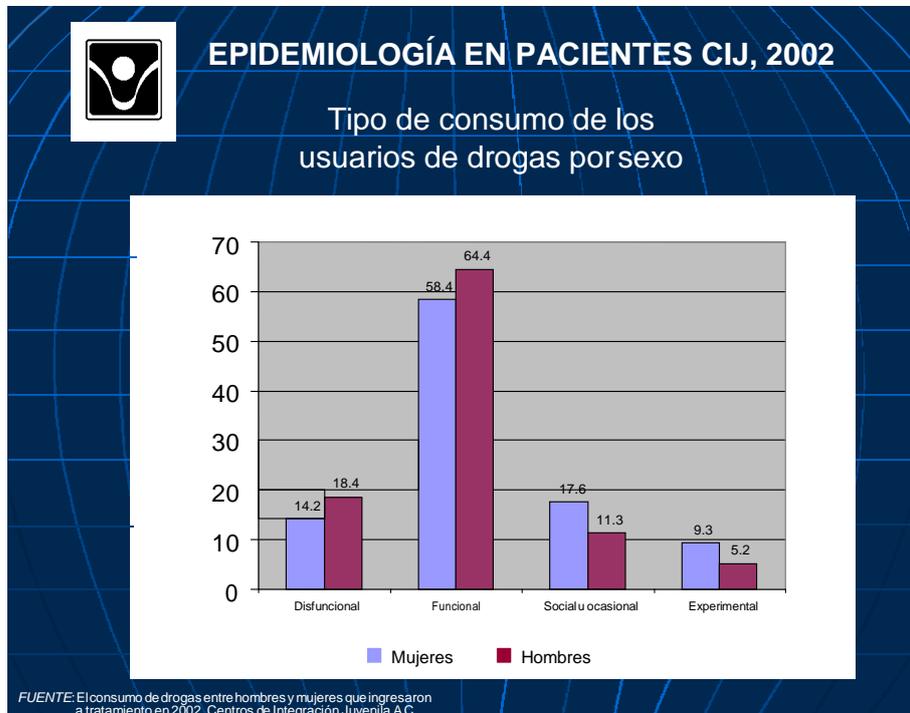
Gráfica 2. Primera droga ilícita de consumo por sexo CIJ 2002.



Fuente: Dirección de Investigación y Enseñanza CIJ.

Los siguientes datos dan cuenta del tipo de usuarios de drogas por sexo, en el consumo de drogas, esto refiere que el 14.2 % disfuncionales son mujeres, el 18.4 % son hombres; en el tipo funcional el 58.4 % son mujeres y 64.4% son hombres, por tanto en este tipo es mas alto el porcentaje de hombres que mujer; En lo social u ocasional la mujer se encuentra en un 17.6% y el hombres en 11.3% ; en lo experimenta la mujer 9.3% y el hombre 5.2%, es importante resaltar como en este tipo de usuario la mujer es mas alta que el hombre (ver gráfica 3).

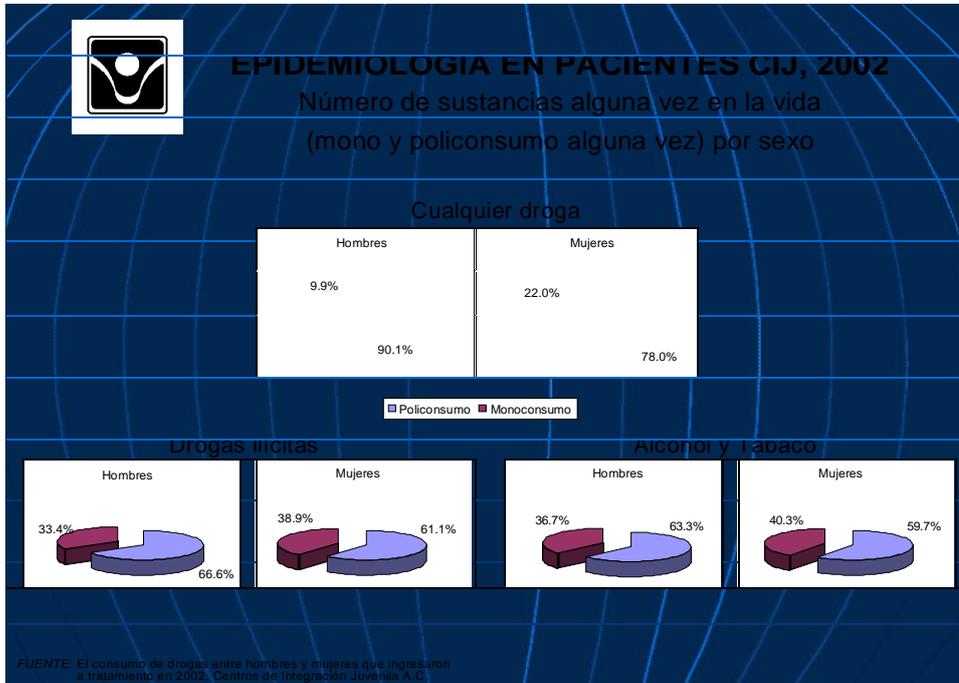
Gráfica 3. Epidemiología en pacientes CIJ, 2002. Tipo de consumo de los usuarios de drogas por sexo.



Fuente: El consumo de drogas entre hombres y mujeres que ingresaron a tratamiento en 2002. Centros de Integración Juvenil A.C.

En este apartado se intenta dar cuenta del número de sustancias alguna vez en la vida (moni y policonsumo) por sexo (ver gráfica 4)

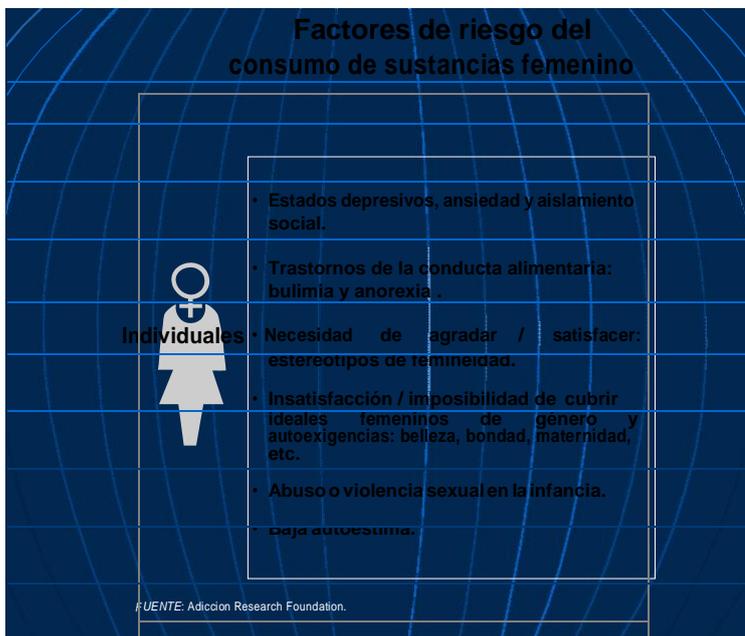
Gráfica 4 Epidemiología en pacientes CIJ, 2002. Número de sustancias alguna vez en la vida (mono y policonsumo alguna vez) por sexo.



Fuente: el consumo de drogas entre hombres y mujeres que ingresaron a tratamiento en 2002. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Los siguientes datos muestran los factores de riesgo en lo individual del consumo de sustancias en lo femenino (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Factores de riesgo del consumo de sustancias femenino.



Fuente: Adicción Research Fundation

A continuación se da un bosquejo de los factores de riesgo que influyen desde el contexto familiar hacia el consumo de sustancias (ver gráfica 6)

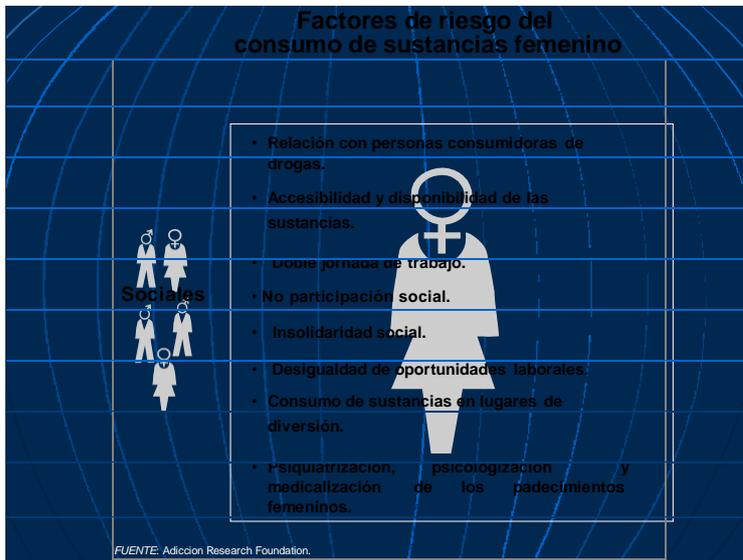
Gráfica 6. Factores de riesgo del consumo de sustancias femenino.



Fuente: Adicción Research Fundation

En tanto que los factores de riesgo sociales se presentan en el consumo de sustancias en lo femenino de la siguiente manera (ver gráfica 7)

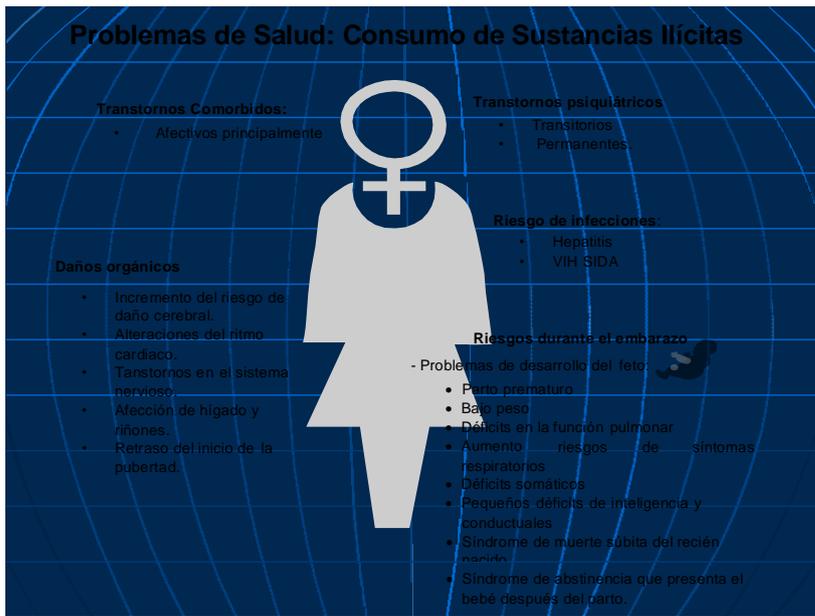
Gráfica 7. Factores de riesgo del consumo de sustancias femenino.



Fuente: Adicción Research Foundation

Las causas del consumo de sustancias afectan la salud del sujeto. Por tanto, en el sujeto femenino los daños a la salud son diferentes al hombre, por lo que se resalta en los siguientes datos en referencia a estos deterioros de la salud de la mujer (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Problemas de salud: Consumo de Sustancias Ilícitas.



Fuente: Adicción Research Fundation

Sin embargo, la situación se torna problemática en los programas de atención, ya que en ellos se presentan aspectos que son considerados fundamentales como vertientes para desarrollar la búsqueda que configura el problema. La primera vertiente a considerar se ubica en este sujeto social desde la condición de ser mujer y, en ello se encuentra la orientación de la concepción de género. Entendiendo esto, la mujer adicta tiene en su pensar resolver otras situaciones adheridas a ellas como la familia, que ser atendidas o que recurrir a la atención, esto repercute al obstaculizar de forma principal sus posibilidades de ingreso al tratamiento terapéutico de la institución especializada. Este panorama permite asistir al encuentro de una mujer que al ser agravada se destruyen las partes fundamentales de la familia y, en ello existe una respuesta desde lo social y cultural a la figura de esta mujer, ya que no reúne rasgo del estereotipo ideal, sino se presenta un desequilibrio donde se impacta con mayor rango la desigualdad ante la figura masculina, esto es; tienen en su haber el doble estigma: ser mujer y a su vez drogodependiente.

La configuración de mujer y drogodependientes en los programas de atención a la adicción, presentan caracterizaciones de rasgos problemáticos, primero el trabajo terapéutico grupal resulta ser mixto ya que interactúan hombres y mujeres, a la vez esto dificulta que ellas expresen su sentir respecto a su consumo y sus vivencias. Segundo se utiliza en la terapia individual el modelo cognitivo conductual de la misma forma en hombres y mujeres. Tercero al momento de buscar servicios de tratamiento no son acompañadas por un familiar cercano, regularmente van con una amiga, amigo o con su pareja que al igual tiene el problema de la adicción, dificultando esto su adherencia al tratamiento.

Un tercer rasgo es que se presentan diversidades que tienden a darle a la figura de mujer adicta caracterizaciones: como el no ser aceptadas como madres, no pueden ser componentes de un matrimonio estable y son cercanas al concepto de prostitución. Problemático en la familia, es la desunión de los miembros de la misma, el problema de consumo tiende a naturalizarse ya que presentan rasgos de consumo por otros miembros de la familia hermanos, padres y otros, presentan violencia sexual por los mismos familiares. Esto expone a la mujer en situaciones de riesgo al sobre pasarse los límites de lo moral e ingresan en líneas vulnerables de ser violentadas desde todos los aspectos.

Por otra parte, la función de Trabajo Social como un factor que ingresa en el sentido de dar respuesta al proyecto de abatir la adicción, se encuentra en una constante de desplazamientos, donde lo profesional se diluye y se remite a contenidos que no generan participación en el proyecto social. Así, caracterizando al Trabajo Social este representa una profesión que aporta desde su formación elementos favorables al plan

terapéutico en la atención de las adicciones y a su vez proporciona estrategias de integración de la familia. Sin embargo su función se ve limitada ya que la profesión que toma relevancia en el tratamiento es la psicología y la medicina. Así es posible decir que la parte social del sujeto adicto representa un espacio propenso al consumo, así como la formación de redes primarias, secundarias y terciarias dentro de los procesos de tratamiento, sin embargo, Trabajo Social es colocado en la periferia sin que intervenga en el seguimiento del proceso que sigue al tratamiento de las adicciones dentro de los programas.

Otra de las partes donde no se involucra al Trabajo Social es en el diagnóstico familiar, dado que la institución recomienda que el profesional que intervenga en la red familiar requiere de una formación educativa terapéutica en la familia, lo cual limita la participación del profesional en este aspecto básico del tratamiento, por no poseer la formación profesional en el campo de la terapia familiar. Si bien, dentro del proceso diagnóstico al ingresar un paciente, es Trabajo Social quien participa en la Entrevista Inicial y en el Estudio social, el cual es un instrumento que permite que el profesional explore aspectos sociales del sujeto dentro de sus dinámicas familiares, educativas, laborales y legales y estos elementos apoyan en la elaboración del plan terapéutico de cada individuo, pero dicha situación no alcanza un objetivo muy amplio, ya que el trabajo terapéutico está asignado al área de psicología y esta labor de atención se centra mayormente al comportamiento compulsivo de la o el paciente en el proceso de tratamiento, dejando de lado los aspectos sociales que afectan la adhesión del sujeto al seguimiento o conclusión de dicho proceso.

1.1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta Principal

¿Qué rasgos delimitan a la mujer drogodependiente en las perspectivas familiares, de género y profesionales de Trabajo Social en el proceso de atención para su inserción social?

Preguntas Secundarias

1. ¿Cuáles son las estrategias que se aplican en los programas de los Centros de Integración Juvenil, A.C, para el tratamiento de la mujer drogodependiente?
2. ¿Cuáles son las tácticas de atención en el rasgo de igualdad, responsabilidad y afectividad para la atención distintiva de los hombres y mujeres?
3. ¿Cuál es la participación de la familia como institución social, en el tratamiento y recuperación de miembros adictos?
4. ¿Cuáles son las vertientes que detallan la configuración de la mujer adicta en el consumo y práctica de las adicciones?
5. ¿Cuáles son los factores que no permiten la intervención del Trabajador Social desde su campo profesional en los programas dirigidos a la atención de las adicciones?

1.1.2. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación da cuenta del creciente incremento del consumo de drogas en población femenina y a su vez se torna complejo dadas las características específicas de la mujer tanto en su aspecto físico, emocional y familiar, ya que dentro de su rol tradicional rompe con esquemas funcionales dentro de sus espacios sociales, esto las lleva a verse invisibilizadas impidiendo la búsqueda de apoyo en atención a su problema de consumo y que sus redes de apoyo no provean estrategias de afrontamiento a su adicción, primordialmente su red primaria que es la familia, amigos o vecinos.

A su vez este estudio aporta, la importancia de elaborar programas de atención dirigidos a las condiciones específicas de la mujer drogodependiente, con una perspectiva de género, que conciba un escenario de igualdad que permita ir fragmentando representaciones de desigualdad en la atención de la salud en población femenina y a su vez romper con un lenguaje ¹andocentrista, para que se procure una equidad de género entre hombres y mujeres, motivando a la familia como red de apoyo estratégica dentro de este proceso.

Centralmente brinda la posibilidad que la profesión de Trabajo social, dentro de sus programas educativos considere en su currícula, la especialización o formación en el área de la familia, ya que consideramos que en toda intervención de la profesión tanto en grupos, casos y comunidad, se tiene una estrecha relación con la familia, por lo demás es una de las principales instituciones o sistema de la sociedad en lo cual reflexionamos que requiere de intervenciones desde su funcionamiento en lo público

¹ Simón (2010:57-61) El androcentrismo se refiere al punto de vista masculino, y del varón dominante, en cada lugar del mundo, en cada comunidad y en cada tiempo. La ocultación a través del lenguaje hace desaparecer simbólicamente a las mujeres de muchos campos de la actividad de la vida humana minorizándolas aun que en ellos se hallen, incluso de forma significativa.

como en lo privado, ya que muchas de las problemáticas sociales se producen desde la composición familiar de cada individuo, en este caso las adicciones.

Por tanto, en el presente estudio se examina desde la experiencia de trabajadores sociales que han logrado un empoderamiento profesional en los espacios donde intervienen, puesto que en nuestro país, la profesión internamente en algunas campos de acción, no alcanza un reconocimiento en sus funciones y su accionar práctico en la atención de grupos, individuos y sociedad. Por lo que se busca aportar para que este profesional, se apropie de sus funciones dentro de las instituciones que atienden las adicciones como un profesional especializado desde fundamentos teóricos y metodológicos, dentro de su campo de acción e intervención, así mismo, que las instituciones educativas que forman expertos en trabajo social, den ese paso al fortalecimiento de la profesión desde la formación de futuros profesionales comprometidos a su función como científicos sociales y no auxiliares de otras profesiones. Creemos sólidamente que esto se logra con una visión clara y comprometida en el accionar y brindando una gama de especialización en los diferentes espacios donde se interviene. Como lo es por mencionar algunos, la atención de la salud y la educación de los sujetos sociales.

1.1.3. OBJETIVOS

GENERAL

Analizar desde la perspectiva de género y trabajo social, las perspectivas familiares que configuran a la mujer drogodependiente en el proceso de inserción social.

ESPECÍFICOS

- Interpretar las condiciones del programa del CIJ, en relación a las estrategias terapéuticas educativas en la atención en igualdad en hombres y mujeres.
- Reconocer el sistema de relaciones y estructura familiar en la que conviven las mujeres adictas en respuesta a la adherencia y superación de la adicción.
- Relacionar las significaciones de las vivencias de la mujer drogodependiente en el espacio de género, familia y proyecto de rehabilitación.
- Detallar los factores necesarios para la profesionalización de trabajo social en el campo de conocimiento de las estructuras familiares para la atención de las adicciones.

1.1.4. CATEGORÍAS

MUJER ADICTA: Al hablar del consumo de sustancias, no es lo mismo hacer alusión a un varón-adicto que a una mujer-adicta. La mujer adicta experimenta lo que se conoce como “doble estigma”, ya que se le considera doblemente anormal debido a que:

- Existe un concepto altamente negativo que asocia a la adicción femenina con la promiscuidad sexual. Se dice que “toda mujer adicta es prostituta”.
- El consumo de sustancias se convierte en un impedimento para que cumpla con su función social, como “única” responsable de preservar y transmitir los valores morales y espirituales de la sociedad. Se dice que “una mujer adicta ha perdido todos sus valores y principios”, por lo que no es capaz de criar y educar a sus hijos.
- Como tiene menor poder y status que el hombre, para la sociedad “una mujer adicta es peor que un hombre adicto”. Moreno (2005:113-114.)

GÉNERO: Para entender los procesos de diferenciación y relación entre hombres y mujeres, se menciona por Moreno (2004:7), que se utiliza la categoría de género para proponer transformaciones en estilos de vida tradicionales basados en las costumbres sociales.

Por su parte, Lagarde (1997:3) comenta que la perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres.

Por otro lado, Pérez (2001:475) señala a la mujer como un ser humano particularmente opuesta al varón, con características conceptuales como cuerpo, naturaleza, emotividad y subjetividad diferentes.

INSTITUCIÓN. Al respecto Scott (2000:126, citado por Carmagnani) define que las instituciones son estructuras de tipo regulativo, normativo y cognoscitivo que den estabilidad, coherencia y significado al comportamiento social.

TRABAJO SOCIAL: La Federación Internacional de Trabajo Social (2004:5-19) define a la profesión de trabajo social como promotora del cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el trabajo social.

1.1.5. SUPUESTOS DE LA INVESTIGACIÓN:

La adicción de las mujeres es una de las manifestaciones actuales de la descomposición del núcleo social que ostenta a la familia y con ello el mundo social y natural.

La rehabilitación de los casos de mujeres drogodependientes, no se logra concretar mientras esto constituya un proyecto temporal y no un proyecto de vida.

La recuperación de la mujer adicta se da en menor grado en referencia al hombre adicto, ya que en la mujer influye en mayor medida el ideal cultural de lo femenino que al no responder al estereotipo produce una indiferencia familiar y social hacia la adicta.

2.1. Conceptos sobre familia desde las diferentes perspectivas teóricas. El problema de La drogodependencia y la posición de la mujer.

Al describir a la familia se pensará que se comparte el significado que siempre ha regido para precisarla, el mismo modelo de familia y cuya formación es similar en todos los tiempos. Sin embargo, existen muchos tipos de familias, este conjunto social se ha visto impactado por una infinidad de cambios a lo largo de su historia y hasta la actualidad, incluso en las diferentes sociedades permanece con muy diversas formas de organización para la familia.

Es decir, la familia evoluciona al ser influida por los cambios sociales, por tanto familia y sociedad se encuentran en constante avance. En el transcurso de la historia, la familia ha retomado y renunciado a diferentes desempeños, ha acrecentado y reducido la cifra de sus integrantes y varían las relaciones entre ellos. Para los propósitos de este trabajo, la mujer es concebida como lo plantea Lagarde (1996) quien define la condición de la mujer como: "Una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico, es decir, con un conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres- desde formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, hasta su lugar en las relación económicas y sociales y la opresión que las somete. Por otro lado, esta condición de la mujer se constituye por el conjunto de instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman y por las concepciones del mundo que las definen y la interpretan" (Lagarde, 1996: 96-97).

Otra perspectiva es la que establecen Bourdieu y Wacquant (1995:23) como un principio colectivo socialmente construido de una estructura mental que habiendo sido

inculcada en todos los cerebros socializados, de alguna manera también es individual y al mismo tiempo colectivo y provee a cada uno de sus miembros un espíritu de familia, que genera devociones, generosidades, solidaridades e interés.

Por consiguiente, la evolución de las sociedades ha traído consigo un avance de conceptos que pueden considerarse claves en las mismas, siendo el concepto de familia uno de ellos, en la medida en que representan generalmente el grupo primario de pertenencia del individuo. Por tanto, la Encuesta Nacional de la Juventud, realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (2002), refiere que la mayoría de los jóvenes viven en hogares con la presencia de ambos padres. Las actividades familiares se distribuyen por género a la forma tradicional. De esta manera, se puede decir de acuerdo a Fernández, Alpízar, Gómez y Sandoval (2004:120), que:

“Los cambios económicos, políticos y culturales generan nuevas formas de interacción y expectativas en la familia. A principios del siglo veinte predominaban las familias extensas, en las que cohabitaban tres generaciones; aun cuando existía distribución del trabajo, todos colaboraban en la producción y la economía familiar. Algunos núcleos como los campesinos, todavía mantienen esta forma de organización”.

Siguiendo con Fernández, Alpízar, Gómez y Sandoval (2004:120), quienes plantean que la influencia de la revolución industrial ya se había manifestado años antes en varios países incluso en algunos sectores de México. Con ello las familias tendieron a transformarse en nucleares. Por tanto, es difícil, dar un acercamiento a definiciones únicas de la familia, dado que esta diversidad de modalidades existente lo obstaculiza.

Según Moreno (2004:121), el concepto de familia requiere de una definición flexible e incluyente, que responda al dinamismo permanente que la caracteriza. Esto con el fin de considerar a cualquier tipo de personas que comparten un proyecto en común, en el bienestar de los mismos integrantes con apoyo, cercanía e intercambio, se les debe considerar una familia.

De lo anterior, Ortega (1999:77), argumenta que la familia ejerce una función de protección o riesgo muy importante y, es por ello que la mayoría de los gobiernos tanto a nivel del propio país como a nivel internacional se ha desarrollado una legislación específica destinada a proteger y ayudar a la familia. En esta situación se puede entender que existe un vínculo entre familia y gobierno que se extiende como un techo de protección a la sociedad. Así, que Singly (Citado por Donati 2003:56) considera a Durkheim como el antecesor de la moderna visión personalista y relacional de la familia. En este sentido, recuerda la famosa afirmación de Durkheim:

“Estamos ligados a nuestra familia porque nos sentimos ligados a la persona de nuestro padre, de nuestra madre, de nuestra mujer, de nuestros hijos. Eran muy diferentes de un tiempo atrás, cuando al contrario los vínculos que se derivaban de las cosas prevalecían sobre los procedentes de las personas, cuando la organización familiar tenía como primer objetivo conservar en la familia, los bienes domésticos y cuando todas las consideraciones personales eran secundarias”.

Por lo tanto, se afirma que Independientemente del tipo de familia que se trate, sus funciones siguen incluyendo la transmisión de pautas y prácticas culturales, valores y normas de como actuar socialmente, mediante hábitos y costumbres. De tal manera, que Enguiluz (2003:3) alude que la familia es un grupo social con una historia compartida

de interacciones; es un sistema compuesto por personas de diferente edad sexo y características, que por lo general, comparten el mismo techo.

Siguiendo con Eguilaz (2003:19), quien visualiza a la familia como un sistema total compuesto por tres subsistemas: el conyugal, el parental y el troncal. Las unidades básicas en cualquiera de los sistemas familiares son estructuradas como lo anterior. Entendiendo que lo conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de formar una familia; parental se constituye al nacer el primer hijo.

Para su funcionamiento eficaz requiere que los padres e hijos acepten el uso de la autoridad troncal que es cuando uno solo de los hijos permanece al lado de sus padres, cohabita con ellos y sus propios hijos. El modelo de familia troncal es presentado como el 'mejor', el más apto para luchar contra la desorganización social

Resulta importante lo que aporta Minuchin (2003:5, citado por Eguilaz) que señala los diversos factores de la familia y observa principalmente: propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, jerarquías, triangulaciones, alianzas, centralidad y reglas de relación (ampliar en caracterización que hablo alianzas). Interpretando esto las caracterizaciones que se exponen conlleva a pensar que no se presentan de manera singular, si no que son expresiones de alianzas al interior de la familia, que permite la expresión de estas características como partes predominantes.

Así mismo Bel Bravo (200:134) considera que la persona humana ingresa a sociedad a través de la familia, por que está es el primer ejercicio de su sociabilidad natural. Si es la familia que va dar esa sociabilidad cuando afecta para que el problema de la adicción y se culpa de la tendencia de uno de sus miembros provoca tensiones al no comprender, que si es ella la educadora para la inserción social, es en ella el fracaso. Por lo tanto se

requiere establecer un sentido educativo de la familia como la unidad social que remite a una fluidez entre los acontecimientos de mundo social y de sus estructuras. Por lo tanto Burgos (2004:19) afirma que la familia está cambiando, se modifica y que de modo profundo, es más, parece alterarse e incluso quebrarse para luego, en realidad continuar vigente y casi fuerte. De esta manera ante las problemáticas la familia, intenta hacer emerger desde su interior al sujeto que se manifiesta ante una problemática considerada como destructiva en el proyecto de vida, esto repercute en experiencias familiares del como recuperar, rehabilitar a ese miembro, en si reeducarse ante el problema.

Además, cuando hablamos de familia, expresa López (2000:17) que se debe considerar que también pertenece a su realidad, la estructura biológica de los sexos y las edades, sobre las cuales se apoyan las relaciones familiares, así como los fenómenos psíquicos-individuales que fundamentan la conducta social y del mismo modo, las estructuras jurídicas que regulan las relaciones familiares que han llegado a formarse a través de un largo proceso histórico, cargado de experiencias diversas, de análisis racionales y de conductas ensayadas y después aceptadas o rechazadas. Esto permite marcar un horizonte, presenta una transformación que se puede detectar cuando ingresa a conflictos que en la actualidad afecta a la estructura jurídica y que se presenta con desquebrajamientos, debido a estas circunstancias no se afirman, los alcances de protección, al tener otras formas de organización que ya no responden al código jurídico de otros contextos. Si bien, es una etapa de experiencias, los sucesos han profundizado y colocado a la institución familiar en un conflicto constante, que ha repercutido en la organización, formas de actuar y miembros constituyentes.

En la actualidad, emergen otros tipos de familia, por ejemplo: mujeres que asumen la doble función de trabajar y cuidar a los hijos, hombres que han migrado o que están desempleados, parejas que no tienen hijos, hijos, que viven con un solo padre, abuelas, abuelos que viven con los hijos y sus nietos; tíos y tías que cuidan a los sobrinos, parejas homosexuales, hermanos mayores que asumen la responsabilidad de los menores. Por lo cual, se describen algunos tipos de familia como: la nuclear, monoparentales, con jefatura femenina, familias reconstituidas, familias con adopción, familias de migrantes, familias ² multiproblemáticas.

A continuación se definirán los tipos de familias antes mencionados; se inicia con la familia nuclear por lo que Robles (2003:20) manifiesta que es la unión de dos personas que comparten un proyecto de vida en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, hay un compromiso personal entre los miembros y son intensas las relaciones de reciprocidad, intimidad y dependencia. A lo que Fernández (2004:121) aporta que las familias nucleares surgen después de la revolución industrial y su organización está en función de las sociedades de producción. El hombre es el proveedor de la familia, la mujer es responsable del cuidado y educación de los hijos, así como de las tareas domésticas y los hijos se dedican a su estudio, formación y desarrollo.

Sin embargo, en la actualidad en este tipo de familia, sus transformaciones son de mayor profundidad, por una parte la inserción de la mujer en el mercado laboral, lo cual transforma la cotidianidad y genera otras dimensiones de los valores al interior de la

² Malagoli (1993:155-156, citado por Lorenzo) entiende como núcleos familiares multiproblemáticos aquéllos en los cuales varios de sus miembros manifiestan un malestar psicosocial y están en contacto con varios servicios para solicitar ayuda o intervenciones múltiples, generalmente a largo plazo (familias numerosas con problemas de habitabilidad u ocupacional, de inadaptación; familias en las que intervienen varias agencias o servicios.).

familia, por otra parte en el contexto, los valores de libertad, individualidad y responsabilidad se trasladan al sentido del consumo y del placer afectando a los hijos y sus dimensiones al código de esta familia. En estas fracturas, las vertientes de la adicción le representan a estas familias una constante de inestabilidad y debilidades para tener una respuesta adecuada.

Siguiendo con estas tipologías, Moreno (2004:123) menciona que se llama familias monoparentales a la compuesta por la madre o el padre y al menos un hijo; también se les conoce como uniparentales. Se originan por varias razones: muerte de uno de los cónyuges, migración, decisión de ser madre soltera, por separación, divorcio, o abandono de alguno de los padres. Es decir que estas familias, son expuestas a diversas problemáticas que fracturan las relaciones de los miembros llevándola a enfrentar situaciones como lo es el consumo de sustancias por algún miembro, generando en ellas sentimientos de abandono y falta de afectividad. A su vez estas separaciones o decisiones de algunos miembros de la misma generan relaciones con una marcada falta de comunicación y establecimiento de reglas y normas claras puesto que se centra el cuidado de los hijos, en cubrir los aspectos materiales y económicos.

Las familia con jefatura femenina sostiene Buvinic y Rao Gupta (2005:216, citado por Trigueros, Mondragón), suelen estar constituidas, en proporción importante, por madres solteras o separadas, que conforman uno de los grupos de mujeres más vulnerables, porque viven con mayores dificultades su maternidad, debido a su necesidad de tener la responsabilidad de proveer a la familia en lo económico, resulta difícil para ellas abarcar los espacios de cuidado y cercanía de los hijos e hijas a su cargo, lo cual ocasiona relaciones familiares destructivas, con sentimientos de culpa y justificación de las conductas inapropiadas por parte de los miembros de la misma.

Por tanto, Moreno (2004:123:124) establece que en estas familias las mujeres aportan el mayor y único ingreso familiar y son la máxima autoridad en la toma de decisiones. Los cambios económicos, políticos, sociales y demográficos han demandado modificaciones en la organización familiar, como también en la mayor participación de la mujer en el trabajo productivo.

De esta manera, el papel de la mujer como jefa de familia impacta en las relaciones familiares, ya que se observa una mayor fragilidad y debilitamiento en las relaciones afectivas, por tanto, el conflicto, la confusión, la tensión y ansiedad son especialmente marcadas en esta tipología familiar. Ya que estas fuentes de estrés y ansiedad derivadas del cumplimiento de los diversos roles y los consecuentes conflictos familiares, predisponen a los miembros al consumo de sustancias psicoactivas, que brindan un falso control de la situación vivida.

En secuencia, las familias reconstituidas, según Moreno (2004:125:126), son las resultantes de una segunda o de posteriores uniones de pareja, se establezca o no contrato matrimonial, y se le conoce como fenómeno de monogamia sucesiva. De esta forma resulta para el sujeto el proceso de separación-adaptación y de un tiempo determinado para articular y aceptar su posición en esta nueva estructura familiar de la que es parte, es posible que esto genere enojo, culpa, rechazo, confusión que si se tiene un buen manejo de la situación que los lleve a mantener relaciones familiares basados en el respeto y renegociación que permita una mayor transmisión de seguridad y bienestar de los padres. En tanto Villa (2007:256) señala que las familias reconstituidas, son identificadas como las formadas, después de una separación-divorcio. En ellas al menos uno de los dos cónyuges ha estado casado anteriormente. En este tipo de

familias, es posible alguna tendencia a determinadas adicciones debido a esa situación que se enmarca en adaptaciones de los hijos a la integración de una figura paterna o materna. En este proceso las tendencias a mostrarse en rechazo hacia la familia traen consigo búsquedas de otros grupos para el acompañamiento social.

En cuanto a las familias con adopción, Moreno (2004:126:127) refiere a aquéllas en las que por diversas circunstancias se han adoptado hijos. El motivo más común es que alguno de los integrantes de la pareja tenga algún problema de fertilidad, aunque también existen parejas con hijos, que deciden adoptar uno más y otras que adoptan y luego tienen otros hijos. Menciona Bachuya (2005:29) que la adopción implica, en primer lugar, una especial manera de acceder a la paternidad y, luego una especial manera de ejercer esa paternidad, en donde se asumen obligaciones particulares en beneficio del hijo. En los casos que se presentan de adictos provenientes de estas familias con frecuencia no es ejercicio de padre o de madre lo que se emite como rechazo, si no las necesidades interiorizadas del sujeto hijo o hija para asistir a los encuentros de lazos consanguíneos y afectivos de madre o padre.

En cuanto a los procesos migratorios, González (2009:281) menciona que estos generan un impacto sobre las relaciones intrafamiliares, en tanto, es evidente el análisis de los hallazgos que dependen de si la migración es individual o grupal y si se analiza desde la perspectiva de la familia que permanece en el lugar de origen o destino. De cualquier manera, resulta claro que en una familia en donde la madre, el padre o un hijo, se han marchado a otro país, la cotidianidad se encuentra alterada. Existen dos posturas que impactan en los casos conocidos de adicción, la ausencia en distancia de alguno de los miembros principales y las sensaciones de soledad, inseguridades, o bien, no aceptar

una integración familiar sin ese miembro ocasiona búsquedas para sustituir dichas situaciones; Por otra parte, los procesos migratorios y su inserción a culturas donde el consumo de drogas es considerada un lazo de amistad y, al regreso en la inserción a la cultura mexicana, dicho proceso trae consigo una adicción en progreso.

En el caso de la familias multiproblemáticas según Gómez, Muñoz y Haz (2007:44) entre los aspectos más difíciles del trabajo con familias multiproblemáticas, está el comprender su funcionamiento y anticipar los escenarios posibles de intervención. Estas familias no presentan un síntoma particular, sino que una cadena de problemas y factores de estrés, entre los que pueden mencionarse negligencia, alcoholismo, violencia intrafamiliar, abuso de sustancias y depresión. Así mismo, proponen cuatro ejes descriptivos, que si bien se manifiestan entrelazados en la práctica, son útiles de distinguir conceptualmente: a) Polisintomatología y crisis recurrentes; b) Desorganización; c) Abandono de las Funciones Parentales; y d) Aislamiento. Las anteriores se definen de la siguiente manera: Polisintomatología y crisis recurrentes: presencia de problemas múltiples, de gran complejidad y gravedad, más de un portador de sintomatología, episodios recurrentes de crisis individuales y familiares. Caracterizadas como:

Desorganización: una estructura caótica, una comunicación disfuncional, conceptos que apuntan en esta línea son los de familia "suborganizada". En estas familias existen conflictos en el desarrollo de los roles y la delimitación de los subsistemas

Abandono de las Funciones Parentales: este abandono de las funciones parentales aparece vinculado en muchos casos a dinámicas de entrega y/o abandono de los hijos,

por cuanto el subsistema parental delega sistemáticamente el cuidado de sus hijos en terceros (vecinos, familiares, profesionales).

Aislamiento: destacando su distanciamiento, físico y emocional, de la familia extensa y la red de apoyo social e institucional, encontrándose así carentes de soporte frente a las crisis que atraviesan.

Por tanto, estas familias son frágiles, al tener un alto riesgo para todos los miembros a diversas situaciones sociales desfavorables. Esto las lleva a fracturarse en lo afectivo de cariño y protección, es decir involucrarse en situaciones de consumo sin llegar a tener soluciones que permitan un adecuado abordaje desde la matriz de sus integrantes, como lo es el caso de los padres. Desde este parámetro teórico es centrado el núcleo de análisis de acuerdo a los conceptos de Gómez Muñoz y Haz (2007).

Desde la plataforma anterior, Jiménez (2005:257) señala que las transformaciones de las familias demanda subrayar cada línea que le da sentido al nuevo significado como unidad social, así plantea que:

“En las familias actuales, los diferentes modos de convivencia, el paso que hoy tiene el afecto y la intimidad, así como las transformaciones en relación a la reproducción, la secularización de las relaciones conyugales, la conquista del trabajo por la mujer, son factores que apuestan por trasladar el lugar que el padre tenía en la familia, que apuesta por subrayar la importancia de las relaciones interfamiliares y lo íntimo como camino hacia el crecimiento personal”.

Es decir, que la familia actual permite, espacios de relación afectivos entre los miembros, como vías hacia una convivencia desde la expresión de sentimientos, que

apoyen al sujeto a la construcción de un proyecto de vida personal. Si bien esta situación no obstante que es la ideal, presenta dificultades que se traducen en experiencias de dichos procesos y, que en el seguimiento de su estudio a través del trabajo social es posible inmiscuirse y permitir el análisis que aportara significaciones de entendimiento de las transformaciones de las familias en el contexto actual.

El análisis en torno a las perspectivas teóricas sobre el estudio de la familia busca o plantea ir mas allá en los factores de las sociedades y sus cambios, toda vez que surgen como problemáticas sociales que requieren de abordajes complejos y, a su vez actualizados de acuerdo a los cambios de la modernidad. Al emerger el asunto de la mujer adicta y a raíz de los cambios en su función social y familiar, la cuestión problemática, como lo es el consumo de drogas, contrae nuevas situaciones de desigualdad al interior de las familias y otros espacios sociales en referencia a la atención y propuestas de proyecto ante el hombre como adicto. De acuerdo a esto Palacio Valencia (2009:47-48) establece que es pertinente hacer visible, a través de una reflexión conceptual, las tensiones provocadas por las paradojas a las cuales se enfrenta la familia contemporánea.

La familia resulta para Palacio Valencia (2009:46) un campo tan particular de la vida social que no puede escapar a la confrontación entre un poder hegemónico anclado en concepciones, prácticas y discursos sociales sacralizados y las nuevas configuraciones familiares, las cuales expresan la secularización de las relaciones sociales. En este contexto actual, la familia se constituye en el umbral que marca un escenario donde se hacen visibles los cambios y las transformaciones de la sociedad y sus integrantes.

Paradójicamente, el tema de la familia es quizás el asunto más complejo y escurridizo del mundo social. Los soportes que la institucionalizan a través de la asignación como ámbito primario de la formación humana, la preparación para la integración social, la experiencia temprana de la interacción y la convivencia cotidiana desde una parentalidad impuesta (consanguinidad) y elegida (afinidad), la demarcación de las posibilidades y los límites en el ejercicio de la sexualidad y el escenario del encuentro o desencuentro entre los géneros, las generaciones, las orientaciones sexuales y las subjetividades hacen de ella un ámbito de profunda policromías, poliformismos y multipolaridades, no obstante la presión del orden social y cultural de encuadrarla en un único modelo de vida y organización, puesta como un mundo homogéneo y sagrado.

En sí, el sustrato que soporta la configuración de este orden social se encuentra en su dimensión afectiva y emocional. Es ella la que proyecta el mundo por excelencia de la diversidad de sentimientos, de las emociones más profundas, de los afectos más pertinaces, de la confianza y la certeza más próxima; asuntos que se forman y entrelazan en la responsabilidad legal, moral y económica que impone el tejido parental. Por tanto es importante y relevante mencionar que si sales de estos comportamientos normales en la familia como lo es el consumo de sustancias rompes con los esquemas familiares culturalmente impuestos y más en el caso de la mujer puesto que ella es la principal forjadora de los afectos y emociones dentro del grupo familiar.

Reafirmando con Palacio (2009:48) quien emplea la metáfora de Tolstoi de ser *“infierno a paraíso”*; la trampa de afecto se convierte en la puerta de entrada a *“la tiranía de la intimidad”* planteada por Richard Sennett (2005). Es decir, que cuando un miembro de la familia sea hombre o mujer sale de los parámetros normales de

comportamiento dentro de la misma, entonces el entorno familiar se convierte en el espacio que ocasiona que la problemática se incremente o se favorezca para su solución. En el caso de uso y abuso de sustancias adictivas es de suma importancia el papel que juega la familia, desde sus afectos y emociones para la recuperación de adicto o adicta y como red de apoyo en su proceso de recuperación.

Regresando a Palacios (2009:48), de manera resumida plantea dos tendencias: hace referencia a la lucha por mantener el sagrado ámbito de la familia y el asombro por sus problemáticas, el escenario familiar hace visible los movimientos, las tendencias y las tensiones de la vida societal; encontrar el nudo de los cambios, las transformaciones y las resignificaciones de los seres humanos, de la construcción del ser humano y de la configuración del orden social, es abrir al ámbito de la vida privada y doméstica, a las interacciones con los parientes como los próximos y a las apuestas en la experiencia biográficas de los sujetos.

En este escenario los cambios en la familia durante los últimos cuarenta años, han sido los más profundos y convulsivos de los últimos veinte siglos. La familia tradicional ha cambiado, aparecen hoy un gran número de modelos que alteran los parámetros con los que se entendía la vida familiar, por lo cual los cambios afectan a todo el sistema familiar. Por consiguiente estos cambios representan alteraciones en las relaciones familiares que dificultan relaciones de comunicación, establecimiento de valores, así mismo cambios en los roles establecidos para cada miembro.

Un cambio profundo es el que refiere con el género, se transformó de manera desigual la figura de mujer y madre, esto es en la concepción masculina no se logro cambiar

dicho significado. En ello se encuentran desequilibrios, ya que el papel de mujer y madre se transforma, pero prosigue las responsabilidades con el mismo rigor lo que trae consigo conflictividades. Esta situación que se describe le da un toque de caracterización a la familia y una tendencia a la búsqueda de un núcleo para el encuentro de los miembros familiares, cuando esto no se genera se presenta tendencias que en algunos casos son esporádicas de rebeldía, desequilibrio armónico, protestas, las cuales se logran reorientar, sin embargo es posible que alguno de los miembros en alguna de las familias emita la problemática extrema del consumo de drogas.

Así, Palacios (2001:285) argumenta que la adicta se convierte, de tal manera en eje de la vida familiar, postulamos que existe un paralelismo y una negativa retroalimentación en los trastornos psicopatológicos de la paciente y los que sufren su familia tanto a título individual como global. Por consiguiente Natarea (1999:12) afirma que:

“Con base en estas características de las relaciones familiares de poder, de jerarquía, de solidaridad, la familia trata de responder al problema de las adicciones con mecanismos que les son naturales, pero con frecuencia estas respuestas son rebasadas por la complejidad del fenómeno y lo único que provoca es un malestar físico y psicológico mayor. El abuso de sustancias es un problema social para el cual la familia no está preparada, por lo tanto, en muchas ocasiones los mecanismos de enfrentamiento utilizados por los familiares nos son ni los más útiles, ni los más beneficiosos para ellos ni para los usuarios”.

Los cambios acelerados en la sociedad, van dando lugar a una nueva situación que afecta de forma trascendental a la vida de la familia, el trabajo de la mujer dentro y fuera de casa; al hombre en sus roles como marido y padre; y a los hijos, por las situaciones nuevas que les toca vivir. De esta manera es posible analizar las tendencias teóricas para estudiar esos vínculos que cohesionan o compactan el núcleo de las vivencias familiares.

Para finalizar, se traza un recorrido del concepto de familia ubicando lo multi, como las nuevas perspectivas analíticas, a su vez las precisiones de las transformaciones que la adicción provoca en la interpretación del mundo y el proyecto de vida. Así también el factor de considerar es esa situación que se precisa entre la negativa y la retroalimentación de experiencias, que conllevan a conflictos de aceptaciones atribuidas al tener un miembro en la conflictividad: mujer adicta en el seno familiar.

2.2. Los vínculos familiares y una posibilidad de construcción de redes familiares.

En opinión de los teóricos de redes, Ritzer (1993: 448) señala que los enfoques normativos se centran en la cultura y el proceso de socialización mediante el cual se internalizan en los actores las normas y los valores. Desde la perspectiva normativa, lo que mantiene a las personas unidas son conjuntos de ideas comunes. Los teóricos de redes rechazan esta idea y afirman que lo que debe estudiarse son las pautas objetivas de los lazos que vinculan a los miembros de la sociedad. Por otra parte Wellman (1983:162), opina que el análisis de redes es estudiar las regularidades del modo en que las personas y las colectividades se comportan, y no las regularidades de las creencias sobre el modo en que deben comportarse. Por esto los análisis de redes intentan evitar

las explicaciones normativas de la conducta social, califican de no estructural cualquier explicación que analiza el proceso social, como la suma de los atributos personales de los actores individuales y de las normas internalizadas.

Es decir, que los actores crean vínculos en sus redes de acuerdo a su escala de valores y normas dentro del contexto, al cual ellos pertenecen y es aquí importante recatar que de acuerdo a estas especificaciones se observan las fortalezas y debilidades de las redes de apoyo de cada individuo. La teoría de redes clarifica su interés primordial, la pauta objetiva de los lazos que vinculan a los miembros (individuales o colectivos) de la sociedad.

Prosiguiendo con Wellman, (1993:156-157), los análisis de redes parten de la simple, pero poderosa noción de que la principal tarea de los sociólogos es estudiar la estructura social. La pauta de los lazos que vinculan a sus miembros. El análisis de redes buscan las estructuras profundas, los modelos regulares de redes que se encuentran debajo de la frecuentemente compleja superficie de los sistemas sociales. Se considera que los actores y su conducta están constreñidos por estas estructuras. Por tanto, la preocupación del constreñimiento estructural, no los actores voluntaristas. Es decir, que las estructuras sociales no permiten, que las redes sociales cumplan con su objetivo de apoyo con los individuos y grupo de colectividades dentro de cada estructura social.

Si hemos estado abordando el tema de la familia en este apartado se pretende detallar las relaciones, identidades y roles de género, realizaremos el análisis de las perspectivas teóricas respecto a las redes sociales retomando Roser Fernández (2005:1), quien menciona que en los últimos años, el ambiente social ha sido reconocido como un

complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico con propiedades adaptativa y de ajuste frente a determinadas situaciones relacionadas con los procesos de salud-enfermedad y también como un sistema contenedor de elementos estresores y/o amortiguadores del mismo.

Lo anterior se justifica con un creciente interés hacia los recursos derivados de los vínculos sociales de los individuos, así como la relación existente entre las relaciones interpersonales y la salud de las personas. De este modo, conceptos como “redes sociales,” “sistemas de apoyo comunitario”, “apoyo social” (social support), o “recursos del entorno”, han sido conceptos claves para el desarrollo de las líneas teóricas que han guiado las investigaciones que relacionan las redes sociales y la salud. La salud, adquiere una tendencia de vista antropológica sanitaria. Es así como aspectos relativos al grado de integración o aislamiento en relación al medio social que rodea al individuo, ha motivado el desarrollo de teorías e investigaciones asociándolos a determinados problemas de salud.

En síntesis, las ideas formuladas por J. Cassel (1974:25), sostienen que los cambios en el ambiente social pueden alterar la resistencia de los individuos hacia la enfermedad: debido a las alteraciones metabólicas que desencadenan ya que la falta de señales o de información relevante por parte de relaciones sociales (en especial las referidas a personas significativas y próximas para el individuo), puede constituir el origen de la enfermedad.

De esta manera se aporta, que ante cualquier situación de salud en todo individuo se requiere del apoyo de redes familiares, puesto que es el entorno más próximo, el cual

permite una mayor adherencia a tratamientos. Por lo tanto, es necesario también un abordaje en estas personas significativas, lo cual genera estrategias de afrontamiento favorables a la mejora de la salud. De esta manera, Izquieta (1996:190), manifiesta que entre las tareas y funciones que tradicionalmente ha venido ejerciendo la familia, una de las más importantes ha sido la de protección, cuidado y atención de las personas con algún tipo de carencia o problema.

Esta dimensión aparece asociada a la práctica de la reciprocidad y se encuentra presente en la propia naturaleza de los vínculos familiares. La crisis y los cambios que en la actualidad experimentan estos vínculos, unidos a la propia revisión que los antropólogos y sociólogos realizan de sus enfoques y perspectiva, parecen poner en cuestión no sólo la presencia de esta función, sino incluso la propia existencia de estas redes de protección.

Sin embargo, junto a este constante, se localiza paradójicamente, con otras que muestran la continuidad y, en cierto modo, la revalorización de las formas de ayuda y protección familiar. Para gran parte de las personas que viven en nuestras sociedades avanzadas, las relaciones familiares continúan siendo preponderantes. Al mismo tiempo, la crisis del Estado de Bienestar y las nuevas iniciativas sociales parecen llevar al potenciamiento y revitalización de las redes informales de atención social.

Atendiendo a estos hechos, y conscientes de su importancia, se pretende estudiar los rasgos y las constantes que definen y caracterizan a este tipo de protección. Para ello se plantean tres aspectos: se delimita en primer lugar la naturaleza, la extensión y variabilidad que presenta la protección y la ayuda entre parientes; en segundo lugar se analiza su forma y dinámica actual; Finalmente, se exponen algunos de los problemas y

retos a los que se enfrenta este tipo de protección, así como sus posibles alternativas. Partiendo de los cambios experimentados por nuestra sociedad y por la propia familia tratando de explicar cómo se plantea y expresa, en qué medida las nuevas estrategias familiares condicionan y mediatizan su realización.

Partiendo de la constatación se pretende adentrar en el análisis de esta práctica intentando identificar su naturaleza, su expresión y sus constantes y variaciones. Más concretamente, interesa delimitar: 1) los fundamentos en que se asienta; 2) los ámbitos en los que se hace presente; 3) sus peculiaridades y diferencias.

Esto, se sitúa en una perspectiva amplia, como formula González (1994: 95), a la familia: 1) como grupo doméstico, es decir, como grupo residencial, con funciones reproductivas básicas (mantenimiento de sus miembros y cuidado de los dependientes); 2) como núcleo procreativo, grupo de personas unidas por relaciones sociales primarias que tienen su origen en los mecanismos de procreación, en los que se establecen relaciones básicas que no necesariamente suponen la existencia de matrimonio y la coresidencia de quienes lo integran.

Desde esta noción, se constata que la protección constituye una parte esencial de la familia, ahora bien, ¿cuál es la razón, el soporte en el que se sustenta o del que deriva esta práctica? La respuesta a esta interrogante admite diferentes posibilidades. Una de las opciones posibles es la de identificar la propia estructura o configuración de los vínculos familiares. De acuerdo a Radcliffe-Brown (1986: 66), se atiende a la naturaleza de estas relaciones se observa que surgen a través de la procreación (vínculos de sangre) y habitualmente, aunque no necesariamente, mediante el matrimonio (vínculos de afinidad), dentro de ellas se combinan tres tipos de relación: de filiación, entre padres

e hijos; de afinidad, entre esposos; de consanguinidad, entre hermanos (En cada caso aparecen diferentes competencias, derechos y obligaciones.

De acuerdo a Izquieta (1996:191), hay tres perspectivas: la primera, las relaciones de filiación suponen un tipo de vínculo que implica distintas tareas: concebir y/o engendrar, criar, alimentar, proteger, instruir y educar, responsabilizarse y ser valedor ante la sociedad, otorgar un estatuto y unos derechos, asignar un estatuto social; la segunda, conducen, al mismo tiempo, a una serie de relaciones personales, íntimas, heredadas o presentes desde el nacimiento, por medio de las cuales las personas se unen a un conjunto de descendientes y ascendientes con los que inevitablemente mantienen determinadas obligaciones; dentro de este tipo de relaciones sobresale por su intensidad, la relación madre-hijo, unidad social elemental e irreductible.

De acuerdo a Godelier (1991: 38-43) enfoca que en todas las sociedades, el matrimonio da pie a la creación de relaciones tanto entre grupos como entre individuos, produce una reordenación de las relaciones entre personas y, en consecuencia, de los derechos y deberes que son elementos de tales relaciones.

Así, mismo Izquieta (1996:191) menciona que en esta aproximación tenemos una primera referencia a la naturaleza de la protección familiar, constatamos su presencia como un aspecto esencial de los lazos familiares, pero la expresión y dinámica de la protección familiar viene determinada por una razón más inmediata y directa, la base que impulsa o fuerza la protección familiar se encuentra en la norma de la reciprocidad. Su representación se fortalece al suponer la coyuntura de estas relaciones, de este modo si atendemos y constatamos que el vínculo que une a los familiares admite el afecto,

pero además implica atenciones y compromisos. Los lazos familiares se sostienen desde lo afectivo que promueve y lleva en sí, el cuidado en la atención de aquellos sujetos a los que emocionalmente se está cerca; pero, además, crean obligaciones morales. El ser parte de una red de parientes sobrelleva, lazos afectivos, derechos y una serie de cualidades bien delimitadas.

En tanto Casaús (1994:2) define como red familiar, al conjunto de familias que configuran la élite de poder y que conforman en cada país el núcleo oligárquico.

Estas redes están ligadas por cinco factores:

- Las alianzas a través del matrimonio.
- Las alianzas a través de los negocios.
- La proximidad geográfica y el factor socio-racial.
- La participación en asociaciones políticas, religiosas o socio-culturales.
- La formación de sus propios intelectuales orgánicos que aseguran a su red la correlación de fuerzas en el bloque de poder que les permita ejercer el dominio.

Es decir, esta red familiar permite en la familia establecer mecanismos que las lleven a la formación de alianzas dentro de la misma con el propósito de generar espacios de contención y apoyo dentro de la misma. Pero cuando esta red se ve afectada por problemáticas como la adicción ocasiona una ruptura, que lleva a mantener relaciones afectivas poco favorables para el afrontamiento del acontecimiento de un miembro adicto.

Del mismo modo, Hervás y Grandolí (2007:49, citado por Botella) señalan que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo. A su vez, la familia

influye en éste; se ha señalado en este sentido, que para muchos individuos las interacciones con la familia de origen así como la actual provocó una dinámica para el uso de sustancias, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo.

Así mismo, Calvo (2007:50) recurriendo a otras investigaciones considera que para la integración de la red familiar supone tres aspectos que menciona como parte esencial en la red familiar:

- La duración de la abstinencia depende en gran parte de que la familia acepte la viabilidad del plan de rehabilitación.
- La reacción de los padres a los esfuerzos de autonomía, expresión abierta a pensamientos, sentimientos y la empatía se relaciona con una mayor abstinencia.
- La falsa expectativa por parte de los padres sobre la recuperación del hijo drogodependiente incide en la recaída, en la crisis y en los problemas graves en la familia.

De tal manera que la red familiar, funge como un parte de la rehabilitación del adicto en algún momento, puesto que las expectativas del familiar tienen que empatarse con las del sujeto adicto, subrayado por Calvo (2007:55), quien señala que la experiencia constata que la familia como red de apoyo es objeto de intervención como sistema afectado puesto que su comportamiento, actitudes, ideas, facilitando o dificultando el abordaje en la rehabilitación de los miembros afectados por el trastorno. Es importante considerar a la familia como una red que proporciona elementos en la integración del sujeto con dificultades en el uso y abuso de sustancias adictivas.

Además, todos los hogares se encuentran alojados dentro de una red familiar que implica un entretejido social donde se transmiten las experiencias, apoyos y respuestas a la integración de la familia. Dejar de lado el papel de la red lleva a una comprensión incompleta de las familias y el sujeto.

2.3. La mujer adicta y el consumo de drogas; una respuesta desde la inequidad de género.

En esta temática, desde la perspectiva de género, sobre mujer y adicciones se busca explicar que la problemática de la mujer adicta y las implicaciones que trae consigo en tanto el conocimiento y estrategias de la atención, respecto a las diferencias que se manifiestan en el consumo problemático de drogas en hombres y mujeres. El consumo de drogas en las mujeres generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en los hombres, y las prácticas de intervención tienden a homogenizar tratamientos para hombres y mujeres, como si unos y otras tuvieran las mismas necesidades. Sin embargo, es necesario acentuar como sus causas y consecuencias se presentan de manera diferente.

Desde esta perspectiva y de acuerdo a Silva (2004:14), el género es un concepto construido socialmente a partir del conjunto de ideas, creencias y representaciones que cada cultura ha generado a partir de las diferencias sexuales ente hombres y mujeres. Esta diferenciación se impacta en el caso de este problema al situar de manera fragmentada un asunto social como es la adicción.

En tanto, Scott (1999:53) señala, que el género también se utiliza para designar las relaciones sociales entre los sexos. Este uso rechaza implícitamente las explicaciones

biológicas como aquellas que encuentran un denominador común para las diversas formas de subordinación femenina en aquellos hechos en que la mujer tiene capacidad de dar a luz y el hombre tiene mas fuerza muscular. Esto lleva a considerar que al diferenciar sexualmente y desde el parámetro biológico a ocultar una problemática de encuentros sociales, en este caso, la adicción con lleva diferentes impactos, pero tiene un afluyente en común, situación que demanda ser precisada en las acciones de recuperación.

Sobre ello, Redd (2005:54) señala, que desde que los hombres ocupan el lugar dominante en todas las esferas de la vida social y cultural modernas, mientras que la mujer ha sido reducida a una vida limitada y dependiente en el hogar y en la familia, se ha establecido una falsa proposición. La inferioridad social de la mujer se atribuye a su imperfecta biología. Por lo que en la actualidad la búsqueda de igualdad y reconocimiento de la mujer la lleva a establecer situaciones de riesgo que afectan considerablemente su salud y funcionamiento social. En este caso se aboca a la investigación de dar explicación al binomio género-adicción que lleva a considerar las condiciones específicas de hombre/mujer en la atención de las adicciones y se ofrezcan alternativas de atención a su salud e inserciones al mundo social.

De acuerdo a Moreno (2004:34), las mujeres están consumiendo drogas en diversas etapas de su vida y no solo cuando se sienten deprimidas. Los motivos principales por los que inician en la adicción son dos: uno es la recreación, el experimentar con el grupo de amigos y el otro es mitigar el dolor emocional. Es decir que estos motivos al no manejarlos de forma favorable las lleva a incursionar en el mundo del consumo de drogas con el fin de ser vistas y aceptadas desde estas conductas, dejando de lado las

perspectivas de desarrollo en el mundo social. Por que aun siendo consumidoras no encuentran en ese ambiente, esa sensación de ser vistas y aceptadas.

Al respecto, Moreno (2004:35) identifica, que es necesario comprender que la dinámica de la mujer adicta actualmente está ligada con los nuevos papeles que ésta desempeña en la sociedad. Estamos ante un ser que ha logrado enormes transformaciones, incorporándose a nuevas fuentes de empleo, con mayor nivel educativo, con mayor participación social, con más autonomía.

Por su parte, Palacios (2001:282) comenta, que mucho se habla (y se seguirá hablando) sobre el género y su influencia en diversos órdenes de nuestra vida. La adicción en la mujer se ha convertido en foco de interés para profesionales e instituciones y proliferan iniciativas y actuaciones, tanto docentes como asistenciales en torno a este tema que poco a poco saldan la deuda histórica contraída por la sociedad con las mujeres adictas.

Desde el sentido de esa expansión del mundo doméstico, al público, se encuentran situaciones de cambios de conductas en las mujeres, a lo que Sánchez (2007:129) determina como el hecho de que la sociedad se fue modernizando y se redujeron las desigualdades de género, las mujeres comienzan a adquirir algunas de las conductas de riesgo tradicionalmente consideradas como típicamente masculinas, lo que se tradujo en un incremento sustancial de los consumos femeninos. Las mujeres, en su deseo de conquistar la igualdad con los hombres, imitaron algunos comportamientos característicos del rol masculino, entre los que se incluye el uso de drogas. En lo que se determina como una desviación de la mujer en su búsqueda de igualdad con los hombres pretendiendo alcanzar una presencia social en todas las vertientes, esto

repercute en el ingreso a campos problemáticos como la adicción. Si bien antes los códigos restringían estos ingresos, también el no darle un sentido educativo a la igualdad, orilló a la mujer a este ejercicio de la adicción.

Así, del ingreso de la mujer a las adicciones, Moreno (2004:113) señala que las variables relacionadas con el desarrollo de las adicciones se consideran diversas. La edad, la condición socioeconómica y demográfica determina el tipo y nivel de consumo. El lugar que ocupa la mujer en su ciclo vital es una variable a considerar las mujeres jóvenes que consumen drogas ilegales comparten códigos de la calle con los varones, adaptándose a ellos de manera de ser aceptadas y buscando cierta liberación y desafío.

De esta manera en forma concluyente y de acuerdo con el Consejo Nacional para el control de Estupefacientes, en Chile, (CONACE), (2004:6) aborda que al “Ser mujer y presentar un consumo problemático de drogas constituye un desafío a los estereotipos sociales y culturales de la sociedad sexista“.

Es así, como Medina-Mora, Romero y Gómez (1996:1-22) aseguran que aunque puede resultar práctico referirse a la mujer adicta, se debe considerar la diversidad de mujeres: La niña, adolescente, embarazada, casada, la lesbiana, la anciana y otras, cada una con una historia: un estilo de vida, un contexto social en el que nace, vive y muere, una filiación de clase, grupo, trabajo o actividad vital.

Por su lado, Sánchez et al, (2009) mencionan que desde dos vertientes que deben ser consideradas importantes:

“No resulta extraño comprobar cómo a pesar de los progresos logrados en el conocimiento de la epidemiología de las drogas, en la acumulación de evidencias científicas en torno a la efectividad de los programas de prevención de las drogodependencias y de las mejoras en las respuestas terapéuticas a las adicciones, se sabe muy poco sobre la situación diferencial en hombres y mujeres. La ausencia de la perspectiva de género hace que el nivel de conocimiento actual sobre algunas dimensiones que se mencionan seguidamente, por otra parte, claves para el éxito de las estrategias preventivas y asistenciales, sea muy limitada” (Sánchez et al, 2009:113).

CONACE (2004:8) especifica dos situaciones: el género hace referencia a la construcción cultural de lo femenino y lo masculino; El enfoque de género se fundamenta en la idea de que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural derivada del modo en que han sido percibidas y vividas las diferencias biológicas. El ordenamiento de género de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas, permitidas y prohibidas, para hombres y mujeres; y las mujeres aprenden a ser afectivas, intuitivas, sumisas, maternales, preocupadas por los otros y, los hombres, racionales, dominantes, fuertes e independientes.

En si, la perspectiva de género en el caso de la adicción se precisa en la idea de considerar que si bien femineidad y masculinidad es un encuentro cultural que determina significados de acuerdo a la sociedad, en el conflicto que la mujer adicta se representa, profundiza e indiferencia bajo, el aislamiento, la exclusión y la agresión. Por lo tanto adquiere importancia considerarlo desde lo cultural se transformen las líneas que conllevan lo femenino y lo masculino para lograr transformaciones en el ámbito de las adicciones.

El género agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad (aquellos que le son asignados de manera diferencial a cada sexo por la cultura) y que son interiorizados por cada persona. Unas características que trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos.

Siguiendo con esta línea, Velasco (2009:55, citado por Sánchez) sitúa dos tendencias: modelo tradicional de socialización diferenciada de hombres y mujeres coexiste con un nuevo modelo contemporáneo de identidades y roles femenino y masculino; esta convergencia o coexistencia temporal de modelos de socialización de género provoca que entren en conflicto los ideales de feminidad y masculinidad y la puesta en práctica de estas identidades, lo que incrementa la vulnerabilidad.

De acuerdo a Rubio Y Blázquez (2009:55-56, citado por Sánchez) precisan dos aspectos importantes para tratar la investigación en cuestión de la mujer y la adicción en su tratamiento: la estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social a la vez que favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superarlo. Son reiteradas las evidencias que señalan que retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles; esta circunstancia explica, por ejemplo, cómo, siendo la proporción de hombres con problemas de abuso de alcohol el doble que de mujeres, las tasas de tratamiento masculinas cuadruplican a las femeninas.

Teniendo el anterior escenario sobre género es posible retomarlo para analizar las condiciones sociales de las mujeres drogodependientes, las condiciones sociales de la, los entornos tanto privado como público donde ella se desenvuelve, incentiva a comprender como se interviene para el conocimiento y la aplicación de diferencias en los comportamientos tanto de hombres como de mujeres.

Es decir, el género definido de forma sucinta por Lamas (2000: 4) es la construcción sociocultural de la diferencia sexual. Significa esto que existe una tendencia a colocar a la mujer adicta en tratamientos distintivos, actitudes y comportamientos hacia ella que remarcan la distinción del hombre y mujer en el espacio social. Esto tiene significados que implican de la familia a la comunidad donde la mujer adicta al trastocar sus límites de estereotipo es vulnerabilizada de manera de que su nivel se degrada y aquellas líneas que le demandan algunas consideraciones son diluidas y se coloca en ese espacio donde no incide el desarrollo humano.

Es importante resaltar como el abuso sexual pone en mayor riesgo a la mujer, al momento de no enfrentar este hecho traumático, llevándola a encontrar en las drogas como mitigar su dolor ante tal acontecimiento. Al respecto, Ramos, Saldivar, Medina-Mora, Rojas y Villatoro (1998:221-233), en una investigación sobre abuso sexual y consumo de drogas en estudiantes hallaron que las mujeres víctimas de abuso sexual presentan proporciones más altas de uso continuo de sustancias que los varones y que otras mujeres. Por tanto, estos datos presentan la prevalencia de adolescentes víctimas de abuso sexual, que fue de 4.3%, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos. La prevalencia de agresores fue de 2.5%; los adolescentes varones habían cohesionado sexualmente a otra persona en proporción

significativamente mayor que las mujeres. Estas sufrieron el abuso a edades menores en un porcentaje significativamente más alto que los hombres. Asimismo, notificaron una proporción más elevada de abusos por parte de familiares, mientras que los hombres mencionaron principalmente a los amigos como los agresores más frecuentes. Tanto las víctimas como los agresores de ambos sexos, reportaron un consumo de drogas significativamente mayor que los estudiantes sin estos antecedentes.

La participación en un programa de recuperación demanda a la mujer quitarse de pena y culpa por consumir. La negación y la culpa juegan un papel clave en este proceso, culpa hacia la vida traumática que ha llevado, culpa hacia la familia que la ha trastornado, culpa por la cultura en la cual se ha desarrollado. La vergüenza y la culpa sentida por la dependencia y su “fracaso” en mostrarse a la altura de los papeles y expectativas sociales hace difícil a la mujer reconocer el problema y solicitar ayuda. Esos sentimientos pueden ser aún mayores cuando la mujer se dedica al trabajo sexual, o bien en los casos en que las madres no pueden atender adecuadamente a sus hijos y en aquellas que viven en sociedades cuyos tabúes culturales en contra del consumo de drogas y alcohol en la mujer están muy arraigados (ONU, 2005).

De tal manera, Romero (1995:3) señala que específicamente, para la mujer con problemas de adicciones temas fundamentales tales como la tensión doméstica, la violencia en la familia, el conflicto con el rol sexual, el uso de drogas recreacional, la heterogeneidad de la mujer como un grupo social, la necesidad de tener una perspectiva sensible al género y una discusión de todos sus problemas permanece oculta.

Por tanto, esto dificulta las posibilidades que acudan a tratamiento, en etapas iniciales de su consumo, se ven invisibilizadas hasta el momento en que su consumo es

perjudicial. La culpa y la vergüenza influyen en las expectativas de la familia con respecto al comportamiento de la mujer cuando esta se encuentra en tratamiento. Se espera un cambio y un mejoramiento en sus roles tradicionales. En este sentido Romero, Gómez y Medina Mora (1996:19) establecen “es importante que el profesional que esta 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 el confrontar sus sentimientos sobre la individualidad y la independencia y por lo tanto, se pierde la mejor oportunidad de estudiar cuales son las mejores decisiones y elecciones a tomar en su vida”. Por tanto, es importante la formación y capacitación a profesionales que atienden la salud de la mujer, en este caso, las adicciones. Stewart, Prestin y Gómez (2000:149) apuntan que los problemas de la mujer dependiente de sustancias incluyen el cuidado de niños, su vivienda, dificultades en las relaciones, asuntos interpersonales legales y trastornos emocionales. Las modalidades de abordaje en los centros de atención a drogas necesitan integrar sus servicios con una visión de género.

Osorio, Ruby, Salazar y Mc Cusker (2001:112) sugieren que los miembros del equipo de intervención deberían provenir de diferentes profesiones y que el equipo debería tener conocimientos sobre estrategias de intervención familiar, entrenamiento vocacional y social, conocimiento sobre el desarrollo normal del niño, sobre recursos comunitarios y sobre defensa de los derechos del paciente.

Este estudio muestra que el programa especializado para mujeres tenía muchas más posibilidades de captar a las que estaban con hijos a cargo, lesbianas, mujeres con historial de problemas de drogas o alcoholismo de la madre y mujeres que habían sufrido abuso sexual en la infancia. Estos resultados indican que los servicios de

tratamiento sensibles a las cuestiones de género, posiblemente capten a mujeres que de otro modo no hubieran buscado ayuda para sus problemas de uso indebido de sustancias (ONU, 2005).

Por tanto, el equipo interdisciplinario debe ser entrenado en la identificación y el abordaje de la problemática específica de la mujer en estos terrenos de la adicción. En este sentido valdría la pena profundizar acerca de si en realidad existen mecanismos de atención a las mujeres que se encuentran en proceso de recuperación.

Esto condiciona la confianza en el tratamiento es un elemento que no puede soslayarse, sin confianza difícilmente habrá éxito en un tratamiento. Si el terapeuta no está envuelto en el tratamiento ella lo percibirá. La mujer ha sido criada para complacer, obedecer, reservarse y estas pueden ser variables que determinen la relación con su terapeuta. Así, algunas mujeres durante el tratamiento mostraron que su vida cuenta ya con un grado medible de estabilidad, “producto del tratamiento”.

Bermúdez (1999:46) nos da algunos conceptos éticos dentro del proceso terapéutico de la mujer: si bien, el terapeuta o la terapeuta tiene una noción del papel de la mujer en nuestra sociedad a través de su historia y sus roles, es necesario que cuando se vayan a tratar aspectos de género dentro de la terapia tome en cuenta las construcciones de identidad que se tienen acerca de la mujer.

El apoyo social, producto de investigaciones sobre la mujer con problemas de abuso o adicción a las drogas comienza a extenderse. Natera, Mora y Tiburcio (1998:114-120) destacan la trascendencia de éste como un coadyuvante fundamental en el proceso de tratamiento y recuperación. La efectividad del apoyo social se evalúa a través de las

características de las redes de apoyo, es decir, su tamaño, su densidad, su reciprocidad y complejidad, además el (de) contar con apoyo social se relaciona con mayores niveles de bienestar.

La expresión de afectos de las mujeres en nuestro contexto es particular. Cuando la mujer es usuaria se cuestiona si sus roles sociales y familiares son adecuados o no. ¿Qué espera la usuaria de aquellos que están comprometidos con su recuperación?, entiéndase como aquellos a los terapeutas, familiares o amistades, ¿cuál es la actitud y/o evaluación que hacen estas personas con respecto al tratamiento? pues ello influye en el proceso de recuperación. Las pérdidas familiares debido al consumo son más frecuentes que en el caso de los hombres (González y Alcalá, 2007:15-18). Esto influye en la experiencia de acudir a buscar ayuda.

Los hombres acuden con mayor frecuencia acompañados o llevados por sus familiares, las mujeres, debido al estigma sociocultural impuesto por el hecho de ser alcohólicas y por problemas relacionados con la familia acuden solas (Gomberg, 1974:129). La familia puede ser un reforzador en el consumo y un impedimento en la recuperación.

Así, las mujeres cuando empiezan a ver mejorías con el tratamiento pueden tener razonamientos como: “mi vida esta cambiando”, “el abuso de drogas ya no será un problema”, “necesito retomar mi vida de inmediato”.

Sin embargo, Moreno (2004:127-128) nos advierte que la familia que no contribuye directa o indirectamente como núcleo de apoyo puede convertirse en una barrera amenazante para la recuperación. Rubenstein (1997:12) encontró que en el análisis de la

deserción de tratamientos en adicciones se correlacionan algunos elementos importantes con la incomprensión y sabotaje del tratamiento por parte de la familia y como esto inclusive influye en la calidad de la relación paciente-terapeuta.

Esto en parte, puede deberse a la percepción que algunas familias suelen percibir sobre la decisión de acudir a un centro de tratamiento, en el sentido de que al hacerlo se romperá la dinámica de relación y de vida que el usuario en su adicción mantiene con los miembros de la familia. Comúnmente los familiares y el usuario de sustancias tienen la creencia de que el problema de la adicción puede resolverse con los propios recursos. Ante una búsqueda de ayuda, la familia puede sentirse invadida, amenazada y es probable que se de el aislamiento o la deserción del usuario.

El apoyo afectivo de la familia es de suma importancia por su poder de contención sobre todo en estados de crisis lo cual facilita la recuperación pero, éste difícilmente se puede dar cuando los hijos o aquellos que dependen directamente de la mujer son los principales afectados por el consumo. Generalmente, las relaciones entre hijos de mujeres con problemas de adicción se caracterizan por el abandono y la frialdad es decir, el ambiente de interacción es en cierto sentido, hostil.

Las adicciones representan un problema de salud pública que requiere de abordajes claros y concretos en cada contexto social, pues afectan de manera significativa principalmente a la familia. La expansión del consumo de drogas durante las últimas décadas ha tenido un impacto negativo no sólo los propios afectados por este problema, sino también sobre la salud y el bienestar familiar y social, esto ha provocado que las

drogas se hayan convertido en uno de los temas que causa más preocupación entre los gobiernos e instituciones que atienden esta problemática social.

Las familias de los usuarios de drogas son el grupo más cercano que sufre los efectos negativos del consumo, desafortunadamente los recursos que se destinan para su atención son muy limitados en contraste con el gasto económico que se orienta a la rehabilitación del usuario. (Natarea, G. 1999:63). Colocar en la familia e interpretar esta autora plantea la elaboración de políticas públicas en salud que den una atención más integrada al grupo familiar de quienes sufren la enfermedad del consumo de drogas, ya que es el grupo primario que permite crear en el adicto lazos de contención y una red de apoyo favorable para su recuperación. Las familias constituyen ámbitos de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas de géneros y generaciones distintas, en su seno se entretajan relaciones de poder y autoridad. (Salles, V, Tuiran, 1998:20).

Finalmente transitar en el concepto de la familia es con la posibilidad de visualizar los aspectos que transforman concepciones de esta unidad social. Adquiere importancia la diversidad del concepto de familia de acuerdo a esa fluidez del mundo social. Por lo tanto, la conflictividad de la mujer drogodependiente emite una configuración de familia de donde emerge y otra concepción de familia en el proceso de reinserción familiar.

3.1. El papel de las instituciones en la atención de la drogodependencia femenina.

La transición demográfica, socioeconómica y cultural que se ha venido gestando en nuestro país desde los años cuarenta del Siglo XX, corresponde una transición epidemiológica sin referente en el caso del uso y abuso de drogas, sean éstas legales, como el alcohol y el tabaco, o ilegales como la mariguana, la cocaína, la heroína y las metanfetaminas, entre otras, o bien drogas médicas utilizadas sin prescripción. La adicción a estas sustancias se fue convirtiendo en un problema emergente de salud, pero no fue sino hasta 1997 que se les incluyó entre las prioridades de atención en la Secretaría del ramo, tanto por el daño directo que ocasionan en la salud individual, familiar y al tejido social, como por la carga económica que representan para su atención en los servicios de salud.

Desde finales de los años sesenta e inicios de los setenta de dicho siglo, surgieron instituciones y programas gubernamentales, así como algunos organismos privados que atendieron los problemas de adicciones. Fue relevante el surgimiento de los Centros de Integración Juvenil y del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, transformado luego en Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, y que después daría origen al Instituto Mexicano de Psiquiatría, convertido en el actual Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”. Importante fue también el Programa de Atención de la Fármacodependencia (ADEFAR) de la Procuraduría General de la República (PGR), así como distintos esfuerzos de la Secretaría de Educación Pública para incidir en la prevención. En 1984, en el marco de la Ley General de Salud, por primera vez se reconoció este problema como un asunto de Salubridad General y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se estructuró el

primer Programa contra las Adicciones, dando lugar a la creación del Consejo Nacional contra las Adicciones en 1986. También de los años ochenta data el establecimiento de los Programas Nacionales para el Control de Drogas, coordinados por la PGR y que agrupan a diversas instituciones que trabajan en dos vertientes: 1) la prevención del uso indebido de drogas y el tratamiento a las personas afectadas, y 2) el combate al narcotráfico.

No obstante, el interés manifiesto y los recursos asignados a las instituciones y programas preventivos y de tratamiento, éstos siempre fueron muy menores en comparación con el apoyo otorgado a las acciones vinculadas al control de la oferta (en una proporción estimada por la Organización de Estados Americanos del uno al dieciséis), por lo que el enorme costo sanitario y social ocasionado por el consumo de drogas de todo tipo y sus consecuencias, no se vio correspondido con una política social clara, consistente y permanente en materia de salud, pese a la infinidad de pronunciamientos y la abundancia de discursos sobre el tema.

A finales de la administración 1994-2000, el CONADIC fue dotado de mayor jerarquía al ubicar a su titular con la figura de Comisionado, con rango administrativo de Subsecretario. Sin embargo, a mediados de la administración 2000-2006 se redujo el nivel alcanzado en el organigrama de la Administración Pública Federal, para quedar nuevamente con una estructura similar a una Dirección General, lo que restringió su margen de acción.

A pesar de las limitaciones estructurales para consolidar los logros alcanzados, se logró dar continuidad a las tareas planteadas en los Programas Nacionales con el sentido

reclamo de contar con un mayor apoyo presupuestal e invertir en acciones para mejorar la atención de las adicciones. Desde los ámbitos de la prevención, el tratamiento, la reinserción social, la investigación y la formación de recursos humanos, ya que se mantuvo la coordinación intersectorial, se fortaleció la relación bilateral, se actualizaron los programas contra el tabaquismo, el abuso en el consumo de alcohol y alcoholismo, y contra la farmacodependencia con una participación siempre activa de las organizaciones de la sociedad civil, grupos de ayuda mutua, grupos sociales, empresariales, dependencias estatales y del gobierno federal.

El crecimiento de la inseguridad pública y la violencia asociadas al tráfico y consumo de drogas ilegales, ante el innegable avance del narcomenudeo, evidenciaron como nunca antes la necesidad de privilegiar la necesidad de contener la demanda, prevenir y ofrecer tratamiento a las adicciones en todos los puntos del país, especialmente, en aquellos con mayores riesgos de acuerdo con los estudios sobre prevalencia de consumo en ciudades fronterizas y puntos turísticos y estratégicos para el proceso de comercialización de drogas ilegales.

Desalentar el inicio en el consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas por parte de grupos de personas cada vez más jóvenes, así como ampliar la disponibilidad de servicios de salud en el tratamiento de la dependencias a estas sustancias, son acciones que forman parte de las posibilidades de las instituciones encargadas de operar los programas de prevención y promoción de la salud tanto a nivel federal, como estatal y municipal.

Para transitar de la aplicación de acciones de tratamiento tardío, cuando los daños a la salud muchas veces ya son irreversibles, al desarrollo de acciones organizadas de promoción de la salud, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, incorporando el abordaje de los determinantes de la salud vinculados con las adicciones a través de un modelo socio-ecológico, es necesaria la participación conjunta del individuo, la familia, la comunidad escolar y laboral, así como de los medios, los organismos de la sociedad civil, los sindicatos, el sector privado y los tres órdenes de gobierno.

Es muy importante reconocer que en el contexto internacional, la prevención y promoción de la salud se ubican como parte sustancial de una estrategia global encaminada a reducir la demanda de drogas en todo el orbe, por lo que en nuestro país es preciso alcanzar un equilibrio en la realización de las acciones orientadas a la reducción de la demanda y los esfuerzos que actualmente se destinan para controlar la disponibilidad de sustancias adictivas (tipo “tolerancia cero”), particularmente en materia de narcotráfico, tal como lo estipulan los diversos acuerdos internacionales suscritos por nuestra nación.

La tendencia al incremento en el consumo de las diversas drogas fue generando una demanda creciente de servicios especializados para su atención, ante la cual hasta ahora nuestro país no había contado con una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales.

Se estima que actualmente existen unas 20,000 camas para brindar tratamiento residencial, pero de ellas, sólo en cerca de 4,000 se observa la aplicación de la NOM-028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Por otra

parte, a las 101 unidades operativas de Centros de Integración Juvenil (CIJ) se añaden algunas unidades especializadas del Sector Salud y numerosas clínicas privadas, hasta totalizar alrededor de 1,730 centros de atención. No obstante, muchas de estas clínicas operan heterogéneamente y de manera desarticulada y en no pocos casos, sin suficiente calidad profesional.

Cabe destacar el importante papel y la numerosa cobertura de los cerca de 15 mil grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, los cuales cada vez más precisan de la ayuda de profesionales para brindar sus servicios a la población. Por lo tanto, el mayor avance alcanzado en la materia, promovido por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud, es la consolidación de una Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones. Con la cual se están impulsando políticas claras para brindar una atención oportuna y de alta calidad para todos los sectores de la población, a fin de privilegiar la prevención de las enfermedades y promover estilos de vida saludable. De acuerdo con el abordaje de los mayores determinantes de la salud. En ella se inscribe ahora la tarea sin precedente de poner en marcha una Red de trescientos diez UNEMES Centros “Nueva Vida”, que deberán operar en puntos estratégicos del país, para ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivo, de tratamiento y rehabilitación. Para asistir a las personas que más lo necesitan mejorando así las condiciones de salud, abatir el rezago que en materia de reducción de la demanda se venía arrastrando desde hace ya muchas décadas (con las correspondientes consecuencias para la salud individual y colectiva), brindar servicios seguros y de calidad evitando un mayor empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar con ello que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

México dispone de un amplio conjunto de leyes, reglamentos y normas que representan el marco jurídico de las acciones que sustentan el programa. Desde la Carta Magna, que consagra en el Art. 4º el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos, hasta la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, en los cuales se han establecido las acciones preventivas y de tratamiento como prioridades para la presente administración pública federal. Las Normas Oficiales Mexicanas constituyen una parte fundamental del marco jurídico mexicano que regula principalmente la operación de los servicios de prevención y tratamiento de consumidores y sus familias, aunque también se refieren a la exigencia de calidad en los procesos de elaboración de los productos del tabaco y del alcohol.

Asimismo, el Reglamento Interior del Consejo Nacional Contra las Adicciones establece que su objeto es promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia, así como proponer y evaluar los programas relativos a esas materias.

Actualmente, la legislación nacional en materia de adicciones está enfocada hacia: El fortalecimiento y consolidación de programas preventivos basados en las mejores prácticas, así como en la decidida ampliación de la oferta de servicios para el tratamiento del tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia, además de asegurar la asignación de recursos para tal efecto.

La disminución del uso inadecuado de medicamentos, y la reducción en el consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes. El fomento de la investigación y la formación de recursos humanos especializados, para garantizar el mejoramiento de políticas de rehabilitación y reinserción social asimismo, las disposiciones vigentes sobre la materia satisfacen los siguientes aspectos del problema:

- El derecho a la protección de la salud, el control sanitario de la producción y manufactura y etiquetado en productos de tabaco y en bebidas alcohólicas.
- La obligatoriedad de incluir leyendas precautorias en los empaques de productos del tabaco y alcohol.
- El control de la oferta y la reducción de la demanda de drogas ilegales, la clasificación, prescripción y venta de los medicamentos estupefacientes y de las sustancias psicotrópicas, la prohibición del uso de tabaco, alcohol en edificios públicos, medios de transporte público y colectivo, en centros escolares, etc.
- La prohibición del uso de tabaco, alcohol y drogas en el ámbito laboral, la regulación de la publicidad y venta de tabaco, bebidas alcohólicas y medicamentos de uso controlado, a través de los medios de comunicación.
- La protección de los menores en relación con la disponibilidad de productos del tabaco y del alcohol, pero especialmente de drogas ilegales.
- La protección específica de grupos de población ante la exposición de humo de tabaco ajeno, la obligatoriedad de realizar campañas y acciones universales, selectivas y específicas de prevención, por medio de la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludable, con base en el entrenamiento en habilidades para la vida dirigido a grupos de población con distintos niveles de riesgo, las sanciones y multas para quienes infrinjan las leyes y normas en la materia.

El 15 de septiembre de 2000 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-2009 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, cuyo principal objetivo es establecer los procedimientos y criterios para la prevención, el tratamiento y el control de las adicciones. Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones.

Existen a su vez diversas leyes y reglamentos estatales en casi la totalidad de las entidades federativas que complementan el marco jurídico federal, el cual requiere sin duda de la participación activa de las autoridades competentes en los tres órdenes de gobierno para vigilar y sancionar su estricto cumplimiento en beneficio de toda la población.

A nivel internacional, nuestro país ha suscrito importantes acuerdos, convenios y tratados para fortalecer la lucha contra las adicciones, colaborar con acciones para el control de la oferta y promover la aplicación y el intercambio de experiencias exitosas en materia de reducción de la demanda, enfocadas en modelos para la prevención y el tratamiento basados en evidencias científicas. Ordenamientos en materia de adicciones en el ámbito internacional, esta el Plan de Acción para la aplicación sobre los principios Rectores de la Demanda de Drogas, ONUDD, Convención de las Naciones Unidas Contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, 1988, Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes

(1972), Convenio Marco del Tabaco, 12 de mayo de 2003. La legislación en materia de adicciones en el ámbito nacional, se detallan desde la constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación 5 de febrero de 1917, última reforma 13 de noviembre de 2007. Además se tiene en esta legislación Ley General de Salud, además se tiene NOM-001-SSA1-1993, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar, NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, y en si las reformas de cada uno de ellos que proyectan una plataforma legal y de protección. La importancia de estas normas se concentra la cual desde el año 2000 tiende a especificar la normatividad de la atención de las adicciones, NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

En el estado de Sinaloa se cuenta con el Consejo Sinaloense de las Adicciones (COSICA). Es un órgano incorporado al sector salud con el objeto de promover y apoyar las acciones que realicen los sectores públicos, sociales y privados, éstos tienen la característica de poseer la tendiente a la prevención, tratamiento y control de las adicciones, así como proponer y ejecutar los programas estatales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, la fármacodependencia y salud mental.

Este consejo esta constituido por un Director, tres subdirecciones que son: operativas, de enlace y comunicación y administrativa, cada subdirección cuenta con departamentos para desarrollar y cumplir las funciones que son atribución del consejo. Esta normado por una junta del Gobierno del Estado y Recursos propios derivados de su gestión,

establece estrategias y coordina acciones que permitan la integración y la participación de todas las instituciones, organismos, asociaciones, y sociedad en general, para prevenir y reducir los índices actuales de alcoholismo, tabaquismo, salud mental y fármacodependencia.

Tiene como objetivos orientar, capacitar y supervisar los comités municipales contra las adicciones y demás organismos que lo soliciten: sobre las prevenciones de las mismas, fomentar y promover las acciones de educación recreativas y culturales que apoyen el combate a las adicciones, establecer y formalizar convenios y acuerdos de colaboración con instituciones públicas, privadas y sociales en lo relativo a la prevención de las adicciones, orientar en la aplicación de la norma NOM-028-SSA2-2009 referente a la prevención de adicciones, dar seguimiento a las adicciones, estrategias y participación de los organismos involucrados para la prevención y redacción de los índices de referencias contra las adicciones. Sus principales actividades derivan de la instalación de diecisiete comités Municipales Contra las Adicciones en el Estado, Reunión Estatal de los responsables de las clínicas de tabaquismo, participando los coordinadores de las cuatro clínicas existentes en el Estado ubicadas en Guasave, Culiacán, Mazatlán y Escuinapa, que manejan un 59% de efectividad, con el objeto de fortalecer la calidad de los servicios.

Se han diseñado proyectos específicos en prevención en el consumo de drogas para los campos pesqueros del Estado de Sinaloa, así mismo el proyecto de participación de los edificios libres de humo de tabaco y escuelas saludables. Además del proyecto de universidad saludable en coordinación con la universidad de occidente (U de O) y revisión del programa “Tu Puedes Vivir sin Drogas”. Esta Institución se encuentra

actualmente trabajando con el Programa de Tabaquismo, Programa de Alcoholismo, Programa de Fármacodependencia, Coordinación de los Centros Nueva Vida y la Coordinación de los Centros de Rehabilitación. Instituciones que colaboran con el COSICA, Centros de Integración Juvenil (CIJ), Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Alcohólicos Anónimos (AA).

Además, se cuenta con los Centro Nueva Vida, el objetivo de los Centros Nueva Vida es ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones. Aquí se contempla desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve; ambulatorio, accesible y de calidad. En Sinaloa se cuenta con la Ley para la igualdad entre hombres y mujeres, la cual establece eliminar cualquier práctica de discriminación y desigualdad en los ámbitos de salud, educación y trabajo para ambos sexos, así mismo promueve la equidad de género, la perspectiva de género y la transversalidad de género, el seguimiento esta ley esta a cargo del Instituto Sinaloense de la Mujer. Entonces surge la interrogante ¿si se busca la igualdad en la atención y acceso de la salud en el Estado solo existan ocho centros de rehabilitación que den atención a las mujeres drogodependientes? A continuación describiremos solo los que están en el municipio de Culiacán, como lo es la Comunidad terapéutica del DIF, la otorga a las mujeres drogodependientes rehabilitación y reinserción social a través de un tratamiento integral interdisciplinario en un proceso terapéutico, que incide en sus pensamientos, sentimientos y conducta hacia una vida sana. Se sustenta en la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia (NOM-025-SSA2-1994.), en esta comunidad terapéutica no se cuenta con el perfil de Trabajo Social. Casa Manantial, A.C., la cual tiene espacio para cuarenta internas, atendidas bajo la modalidad de comunidad terapéutica, se busca que

las mujeres internas logren una integración social, mediante el trabajo terapéutico, espiritual y terapia ocupacional. El ingreso puede ser voluntario o en contra de su voluntad, su estadía puede ser de tres a nueve meses, las edades son variadas en el caso de ser menor de edad interviene el DIF como estancia legal para el consentimiento del ingreso de la joven menor de edad. Además se busca el respeto a los derechos humanos dentro de su proceso, dependiendo su mejoría se les asignan tareas dentro de la misma comunidad, una vez por semana tienen revisión médica a cargo de un psiquiatra.

Otra institución que atiende a población femenil, son los Centros de Integración Juvenil, A.C., en su modalidad de consulta externa o centro de día, bajo la modalidad de terapia cognitivo-conductual, terapia ocupacional, terapia familiar, terapia grupal, actividades psicoeducativas. Es una atención profesional de los perfiles de Psicología, Trabajo Social y Medicina. En este mapa de atención a la adicción y especialmente a la mujer adicta se tiene puntos para analizar, como proyecto social no tiene los alcances pretendidos, no existe un proyecto que permita ver un proceso de atención y rehabilitación en espacios adecuados. No se tiene un resultado adecuado a las consideraciones prometidas de parte de los espacios de gobierno, salud y cultural.

3.2. Trabajo social: Intervención en el grupo familiar una experiencia de las acciones profesionales.

En este apartado se busca dar una respuesta desde la profesión de Trabajo Social, como disciplina de las ciencias sociales que interactúa con el grupo familiar ante cualquier problemática, en este caso el consumo de drogas.

De este modo, Gómez et al. (2005:361) consideran que el Trabajo Social es una de las disciplinas científicas que, por sus procesos metodológicos de intervención básicos, se vinculan de forma más directa con la sociedad y sus problemas, es decir, con la gente y sus vidas. En tanto, resulta importante contemplar el apoyo que brinda esta profesión al grupo familiar, como institución que fortalece y mejora las condiciones del sujeto consumidor de drogas.

De este modo, Donoso (1994:3) menciona que cuando el Trabajador Social se enfrenta a otras unidades de trabajo como es la familia, se encuentra con que su respaldo metodológico y teórico es insuficiente para reconocerse como un profesional calificado para esta intervención, ya que trabajar con la familia no es lo mismo que hacerlo con individuos, grupos o comunidades. Esto se transforma en un dilema, ya que el Trabajador Social se enfrenta diariamente a problemas familiares complejos, los cuales no siempre puede atender. Los conocimientos adquiridos con los métodos tradicionales son insuficientes y muchas veces opta por no intervenir. Así, termina derivando a la familia a otro servicio o profesional. Es por ello, la importancia de contar con instituciones educativas que brinden elementos teóricos y metodológicos, que posibiliten al profesional en intervenciones para el abordaje de la familia, en este caso con el problema de consumo de drogas.

Siguiendo con Donoso (1994:3-4), plantea un modelo que sustenta la intervención en el grupo familiar: reconocer a la familia como una unidad de estudio e intervención para el Trabajo Social, la cual no es equivalente al individuo, al grupo o a la comunidad, sino que posee una dinámica única y diferente; reconocer la necesidad que tiene el Trabajador Social de capacitarse en el área de familia; revalidar al Trabajador Social

como un profesional que, mejor capacitado, se encontraría en condiciones adecuadas y suficientes para realizar intervenciones a nivel familiar que no apunten tan solo a lo asistencial, sino que le permitan intervenir en las relaciones familiares.

Por consiguiente, Donoso (1994:3-5) considera que Trabajo Social requiere de un modelo de intervención basado en: diagnóstico familiar; acuerdo; intervención familiar; evaluación familiar y cierre. Los cuales define de la siguiente manera:

- **Diagnostico Familiar:** En Trabajo Social Familiar, al realizar un proceso de diagnóstico con una familia, éste no puede ser realizado desde una sola caracterización. Si se fragmenta a la familia y se analiza solamente algunas áreas, no se podrá comprender su efecto siempre dinámico. El desafío es una mirada holística de la familia, en donde se incluyan todas las dimensiones que la componen. El diagnóstico familiar es así, mucho más que la suma de los diagnósticos individuales de cada integrante de la familia.
- **Acuerdo:** Previo a desarrollar la intervención propiamente tal, el modelo propone la realización de un Acuerdo explícito, escrito u oral, entre el Trabajador Social y la familia. Se espera que se pueda manifestar a través de un ritual, las intenciones de cambio manifestadas por la familia al acudir a un proceso de intervención familiar.
- **Intervención Familiar:** Para el Trabajo Social Familiar el objetivo de esta etapa es: modificar en la familia pautas disfuncionales de relaciones, tanto en su dimensión interna como externa. El principal sustento de ésta intervención es la Relación de Ayuda que establece el Trabajador Social y la familia. Para el Trabajo Social Familiar que plantea este modelo, existirían como se ha

mencionado anteriormente dos dimensiones; una directa y una indirecta. Ambas intervenciones pueden ser simultáneas o en forma separada, pudiendo ser aplicadas tanto en la institución, en el hogar de la familia y/o en la localidad donde está.

- Evaluación Familiar y Cierre: conocer en qué medida la intervención realizada contribuyó a mejorar una situación problema. La evaluación debe realizarse igualmente cuando no se han producido cambios, o solamente la intervención ha sido para evitar un mayor deterioro. Es importante tratar de extraer conclusiones acerca del por qué no hubo cambio.

Es importante resaltar que bajo este modelo que se plantea de igual manera intervienen la habilidades y destrezas propias de cada profesional en Trabajo Social, así mismo esto ventila la necesidad de especializar a la disciplina en la atención a la familia y que no solo quede en una orientación o canalización del grupo familiar.

También se destaca lo mencionado por Guerrini (2009:5) que menciona que la intervención del trabajador social implica acceder a los espacios microsociales donde se construye la cotidianeidad de los sujetos sobre los cuales interviene, lo que presupone que lo social se organiza en términos de símbolos cargados de significados, que la identidad de los sujetos se construye en ámbitos de intercambio y reciprocidad y que lo social se explica desde lo singular. Por lo tanto, el análisis y la intervención social con familias se orientan hacia la búsqueda de significados lo cual permitirá intervenir buscando transformaciones, es decir, construyendo la visión particular del acontecimiento que convoca a la intervención posibilitando una visión y una

aproximación integrales del proceso familiar, tendiendo a realizar intervenciones que tengan efectos a mediano y largo plazo.

Por tanto, Ramírez (2008:25) señala que la intervención del trabajador social en el grupo familiar tiene como objetivo la mejora de alguna de las condiciones de sus miembros. Esta mejora implica, sin duda, la movilización de elementos personales y relacionales: Sentimientos, actitudes, comportamientos, y asimismo movilización y utilización de elementos externos: Recursos materiales, técnicos, servicios.

Siguiendo con Ramírez (2008:26), quien establece que el seguimiento de una situación familiar problemática requiere tener un conocimiento de la misma que permita:

- Establecer objetivos que previsiblemente se puedan lograr basados en la movilización de recursos de la propia situación, de recursos sociales y de los que el propio servicio puede ofrecer.
- Determinar de qué manera se llevará a cabo el tratamiento y qué medios y recursos técnicos probablemente se tendrán que emplear.
- Decidir cuáles son los aspectos prioritarios y cuáles los que se han de atender en segundo lugar, dada su menor urgencia, o porque se atenderán paralelamente a los prioritarios, o porque éstos últimos son condición para tratar los primeros.

Por tanto, es necesario que el profesional en trabajo social, establezca técnicas que le permitan organizar de manera experta y ordenada su intervención con la familia. De esta manera, Caballero y Guzmán (2003:198-199) señalan que:

“ El trabajo social con familias constituye uno de los niveles fundamentales de intervención social que coincide con la intervención grupal por el simple hecho de que la familia es un grupo social pero que se diferencia de la misma por el papel específico y relevante que ella juega en la sociedad, como institución prestadora de servicios sociales, en vista de que

responde a las necesidades sociales, al mismo tiempo que se establece como el puente natural de conexión del individuo con el entorno social”.

En tanto, la profesión de trabajo social con sus conocimientos, representa un punto de inserción ante el grupo familiar y el sujeto inmerso en el consumo de sustancias. Por consiguiente, Caballero y Guzmán (2003:200) consideran que al tratar de aplicar el trabajo social como una síntesis de conocimientos de las ciencias sociales en cuyo contrato la familia se analiza como una unidad psicosocial, biológica, histórica, jurídica, antropológica que moviliza elementos que implica lo interno y externo a la familia en el tiempo y en el espacio en cuanto a sentimientos, actitudes, comportamientos, génesis, costumbres, tradiciones, normas, valores, leyes jurídicas, recursos materiales y humanos, técnicos servicios sociales.

Es evidente que el grupo familiar ha recibido, desde los inicios de la disciplina de trabajo social primordial atención, de hecho, la práctica cotidiana de los/as trabajadores/as sociales se relaciona con aspectos de la ayuda y asesoramiento a diversas problemáticas de la familia. Además, los y las trabajadores/as sociales tienen amplia experiencia en el tratamiento y atención a familias desestructuradas, familias con carencias en el aspecto económico, déficit sociales y culturales, alteraciones en las relaciones dentro y fuera del grupo familiar, en definitiva, familias multiproblema o familias que por sus características intrafamiliares y/o por el entorno en que viven pueden calificarse de alto riesgo.

Esto no significa que todas las familias que acuden a pedir ayuda en el contexto asistencial sean “multiproblemáticas” en el sentido amplio que damos al término, en

ocasiones, simplemente presentan una situación de desventaja social. Por otra parte, familias multiproblemáticas que no tienen dificultades de tipo económico, pueden no llegar a pedir ayuda nunca, por supuesto no en el contexto asistencial, a lo sumo, en el contexto de consulta cuando el síntoma de su malestar se hace insoportable.

Entre estos conceptos que compactan el ser y hacer de trabajo social, los alcances más importantes es asistir a los puntos de encuentros y desencuentros. Reconocer el encuentro de trabajo social en cuanto a conocimiento y sentimientos de los grupos sociales; plantear el espacio que demanda el trabajo social en su intervención y en su composición de conocimiento de las ciencias sociales; y, los desencuentros de la profesión en su práctica laboral.

El diseño de metodología para el estudio de los factores que se desprenden del género y de las concepciones de salud de la mujeres drogodependientes exigen ser detalladas en un afluyente: El análisis de género y de la familia desde la mirada de trabajo social implica la consideración de entrelazar los factores que permitan englobar el sentido del enfoque, el carácter, metodología, técnicas y diseño de análisis. Esto significa, que dichos factores reúnen la orientación del trayecto de este estudio y las dimensiones del problema, las preguntas de investigación, los objetivos y el supuesto planteado. De esta manera, las pretensiones del diseño enmarcan un espacio del problema de las adicciones, las mujeres adictas y la familia en la perspectiva de género.

4.1. Los rasgos del carácter y el enfoque un trazo de características de la mirada metodológica.

La presente investigación se ubica en el carácter descriptivo – explicativo-analítico, lo que implica detallar los diversos elementos que están presentes en el campo del objeto problemático, tanto los factores conceptuales como los pasos que exige este procedimiento.

A lo que Ruiz (2001:34) menciona que:

“Un estudio descriptivo es siempre necesario, aunque no sea más que a título introductorio para ulteriores investigaciones. Este tipo de estudios es singularmente interesante y apropiado cuando el investigador aborda un tema poco conocido y estudiado. En tal situación el investigador se encuentra en un contexto de descubrimiento, cuya primera tarea es la de orientarse y descubrir. Para ello nada mejor que

una descripción general o pormenorizada del fenómeno a estudiar”.

Lo anterior significa, que lo descriptivo permite extender los elementos que se encuentran en el escenario para darlos a conocer con singularidad. Esto brinda al investigador los detalles importantes considerados como únicos para dar a conocer el descubrimiento.

En el caso de lo descriptivo se demanda especificar que son rasgos que el investigador debe proporcionar para dar a conocer el ambiente, a su vez la relación de este ambiente con la persona para detallar el espacio. En si la descripción lleva a proyectar de acuerdo a Ruiz (2002: 35), “Que estos estudios son de carácter social, más bien que sociológico, por cuanto describen mas que explican, describen mas que analizan”, esto significa que en el primer plano de esta investigación se describe y, con ella proporciona conocimientos del fenómeno que generan descubrimientos, o bien, una mirada generalizada. Este primer momento compromete a localizar los rasgos esenciales del encuentro con el objeto problemático.

A su vez, lo descriptivo permite detallar y ofrece el camino para encontrar formas de explicar y relacionar los factores que se transforman en datos. El tipo de estudio descriptivo aumenta la comprensión sobre el fenómeno ilustrado y compone de alguna forma la realización de investigaciones futuras, además de que se integran con el tipo de estudio explicativo. Lo que significa la importancia de la descripción no únicamente para dar a conocer detalles, sino para ofrecer cualidades de mayor preponderancia en el escenario del problema.

En referencia a lo explicativo, la situación conduce a los afluentes del fenómeno estudiado, implica detallar los factores que intervienen. Por otra parte, Tejada (2010:14) señala que lo explicativo consiste en identificar las causas de los fenómenos naturales y sociales, responder a los porqués de los problemas. Es decir, la investigación está relacionada con el conocimiento de las causas de los fenómenos. Este carácter explicativo lleva el logro de un proceso que permite profundizar, para encontrar las causas de un fenómeno social, se tiene que conocer la esencia y las códigos que lo manejan para obtener la explicación, se tiene que pasar de las apariencias externas y penetrar en su interior. En este caso, se busca explicar las razones por las cuales las mujeres adictas, poseen condiciones que las hacen invisibilizadas en los programas dirigidos a la atención de las adicciones. Esto se puede situar en la perspectiva de género y dar cuenta de la importancia de la figura de la mujer desde el ámbito social hasta la red familiar en su proceso terapéutico, como la importancia de la profesionalización de la disciplina de trabajo social en el grupo familiar.

Por lo tanto, lo descriptivo permite buscar propiedad de nuestro objeto de estudio y así medir y evaluar los distintos aspectos y componentes del mismo, a su vez el explicativo nos llevo a dar un sentido de entendimiento a nuestro fenómeno investigado.

En referencia a lo analítico se tiende a ubicar con Ruiz (2002:40), la consideración explicativa que conduce a una idea “El estudio analítico busca comprender, aclarar, explicar, en definitiva, analizar un problema, sin buscar ulteriores consecuencias a su descubrimiento (lo cual no significa que pueda ser utilizado en el futuro)”. Por consiguiente, el horizonte es explicar, la situación del consumo de sustancias en

población femenina y su relación que por cuestiones de género se ve limitada su atención.

El segundo punto refiere el enfoque, en este caso la tendencia es cualitativa, previamente es importante conceptualizarlo desde las posturas de diferentes teóricos que sustentan esta metodología. Otro punto a considerar es la relación que se tiene con el problema a investigar y las razones por las cuales se orienta en un enfoque. Además, se necesita especificar los vínculos entre el enfoque y el método, ya que es vital reconocer que el primero orienta a la mirada del investigador y le permite situar sus horizontes del cómo interpreta los elementos constituyentes del problema. Por lo tanto Ruiz (1989:19) menciona hablar de métodos cualitativos, en definitiva, es hablar de un estilo o modo de investigar los fenómenos sociales en el que se persiguen determinados objetivos para dar respuesta adecuada a unos problemas concretos a los que se enfrenta esta misma investigación. Continuando con Ruiz (1989:21) la situación de lo cualitativo tiene detalles que es necesario subrayar en varios aspectos:

- La tecnología cualitativa implica, en primer lugar, un estilo de investigación social en el que se da una insistencia especial en la recogida esmerada de datos y observaciones lentas, prolongadas y sistemáticas.
- Una actividad unidimensional y lineal, el análisis cualitativo opera en dos dimensiones y de forma circular.
- No sólo se observan y graban los datos, sino que se entabla un diálogo permanente entre el observador y lo observado, entre inducción (datos) y deducción (hipótesis).

- Acompañar a una reflexión analítica permanente entre lo que se capta del exterior y lo que se busca cuando se vuelve, después de cierta reflexión de nuevo al campo de trabajo.

Sintetizando a Ruiz (1989:85), los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolo, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados. En el sentido de Sandoval (2002:34) que plantea, el conocimiento, en lugar de ser un cuadro inerte, constituye una aprehensión dinámica del sentido de ese cuadro. Por lo que, la distinción entre el mundo objetivo y el mundo de las apariencias subjetivas ya no es la diferenciación entre dos clases de seres, sino, más bien, entre dos significaciones que tienen una misma referencia empírica.

A su vez, la investigación cualitativa, proporciona un sustento científico, al considerar los sentimientos, emociones de quienes consumen sustancias, en este caso mujeres que por su condición de género sufren diferentes situaciones que obstaculiza el buscar apoyo especializado para la atención a su enfermedad. Pero, resulta importante rescatar sus propias vivencias desde su entorno familiar y social donde ellas se desenvuelven, al igual que la familia es quien convive más de cerca con ellas.

A su vez, Denzin y Lincoln (2005:3) sugieren que la investigación cualitativa es una actividad que localiza al observador en el mundo. Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas le dan.

Por lo tanto, las aportaciones teóricas epistemológicas de la investigación cualitativa, proporcionan elementos sustantivos para interpretar nuestro objeto de estudio desde, su realidad en el contexto, que reúnen aspectos familiares, culturales y sociales derivados del espacio de la convivencia femenina y lo social. Así, como sus vivencias personales e individuales como ellas definen su problema de adicción y el trato de la red familiar ante su consumo, razonar que piensa y siente la familia cuando dentro de su estructura el problema de la adicción es en la mujer. El género juega un papel preponderante para los tipos de apoyo que se brindan dentro de los programas e instituciones que atienden este problema de salud pública, por tanto es necesario que los profesionales en salud que atienden las adicciones, en su intervención desde la prevención y tratamiento, conjunten sus métodos y técnicas con una preparación especializada con perspectiva de género para el abordaje de esta enfermedad.

4.2. Metodología conjunción del modelo etnografía.

El método al cual se aplica esta investigación es la etnografía, que proporciona un acercamiento al objeto de estudio desde su entorno sociocultural, donde se suscita el problema en un proximidad entre el investigador y el investigado. Según Sandoval (2002:78) el trabajo etnográfico contemporáneo para cumplir el propósito antes enunciado, se rige por un conjunto de principios que abarcan dos ideas principales. La primera es que el estudio de la conducta humana ha de realizarse en los escenarios naturales donde ella ocurre; la segunda es que un conocimiento adecuado de la conducta social solo puede lograrse en la medida que el investigador entienda el “mundo simbólico” en el cual las personas viven. Se entiende por “mundo simbólico”, en este

contexto, el tejido de significados que las personas aplican a sus propias experiencias, significados que se desarrollan a través de patrones definidos de comportamiento.

Desde el campo de conocimiento y del actuar del investigador proveniente de Trabajo Social, constituyen un vínculo para fundamentar esta metodología, dado que se dirige a comprender la complejidad de los fenómenos que viven y sienten las personas, involucradas en los ejes problemáticos de las adicciones desde el parámetro de la cotidianidad, que dibuja el entorno de su realidad y caracteriza el contexto. En este sentido, es importante que la metodología empleada desde el Trabajo Social, intente buscar instrumentos que permita el estudio de la de los grupos sociales en la organización, movilización y desarrollo, que proyecte desde sus recursos y potencialidades. Es decir, que en el marco de esta metodología, encuentre las herramientas para la explicación de diversos fenómenos sociales, en el caso particular de este estudio, el consumo de drogas en población femenina y los impactos, que subrayan algunos rasgos fundamentales: la respuesta que ofrece las redes familiares y sociales en las cuales ellas interactúan y que por cuestión de género enfrentan mayores barreras limitan su atención dentro de las políticas públicas de salud.

Además, el uso de una metodología como el estudio etnográfico y las historias de vida, entre otras, de carácter cualitativo, permitirá que los problemas se aborden desde otro aspecto, amparando, una reflexión distinta que genere reconocer no sólo la realidad observable, sino también la realidad “sentida” por el propio sujeto.

Siguiendo con Sandoval (2002:80) es importante destacar que su propuesta metodológica gira alrededor de lo que se ha denominado “trabajo de campo”.

Explicando lo anterior, es preciso decir que a través del desarrollo de éste y con la lógica aplicando la de la observación participante, se accede al contacto vivencial con la realidad o fenómeno de las mujeres drogodependientes, añadido a esto su relación con su familia y los programas dirigidos a su atención; así, el trabajo de campo, es el recurso mediante el cual el investigador puede hacerse a la perspectiva de quienes experimentan dicha problemática. Resulta importante señalar, que a través del método etnográfico es posible abordar la problemática del consumo de drogas como un problema social. Lo que constituye estudiar un grupo para colocar las caracterizaciones culturales de como interpretan el vivir, desde el actuar y el decir, desde un lenguaje que les permite un trayecto de identificaciones, de experiencias y capacidades para expresar de forma sustantiva la situación de ser drogodependiente. Por otra parte, la pretensión desde la etnografía, es el estudio de género, en el sentido de precisar las percepciones de la femineidad y sus rasgos en el trayecto de este problema y las distinciones con la masculinidad. Por lo tanto, es necesario acceder al espacio sociocultural donde interactúan las mujeres drogodependientes, principalmente en la familia y a los programas a los cuales acuden a recibir atención a su problema de adicción.

De tal manera que para este trabajo en particular, Se procedió a buscar mediante aplicación de técnicas cualitativas la recogida de datos que permitiera hacer un análisis desde las propias vivencias, la familia y la institución que las atiende, para ello, se eligieron ocho informantes claves por conveniencia, bajo las siguientes categorías: madre soltera, casada, soltera, puesto que es diferente su experiencia de acuerdo a su rol o estatus dentro de la familia, quienes mediante la historia de vida o biografía exponen sus experiencia, desde sus apreciaciones.

Este método permite estudiar el contexto natural de las mujeres drogodependientes, es así que a la par se entrevistó a informantes claves que interactúan como núcleo central donde cohabitan las mujeres drogodependientes.

La investigación etnográfica sugiere que el investigador plante claramente sus límites al tener el acercamiento al objeto de estudio, ya que es útil tener claro el límite de dicha participación tanto por consideraciones éticas como por razones de tipo práctico. Se retoma ya que el problema de las adicciones, se relaciona con un sinnúmero de problemáticas que la acompañan como lo es la violencia, actos delictivos, prostitución, modos de actuar y hablar, es aquí donde resalta la habilidad del investigador en mantener su nivel mediante la empatía y encuadre que dé al tener su acercamiento al objeto de estudio.

La etnografía se centra en aportar una comprensión detallada de las distintas perspectivas de otras personas o grupos. De la misma forma Arnal (2000: 69), encuentra que los principales rasgos de la investigación etnográfica son:

- El carácter holístico: describe los fenómenos de una manera global en sus contextos naturales.
- La condición naturalista: el etnógrafo estudia las personas en su hábitat natural. Observa, escucha, habla, anota las historias de vida y evita las fórmulas controladas.
- Utiliza la vía inductiva: se basa en las evidencias para formular sus concepciones y teorías, y en la empatía y en la habilidad general del investigador para estudiar otras culturas.
- El carácter fenomenológico o émico: los significados se estudian desde el punto de vista de los agentes sociales.

- Los datos aparecen contextualizados: las observaciones dentro de una perspectiva más amplia.

- Libre de juicios de valor: el etnógrafo evita emitir juicios sobre las observaciones.

Resulta importante, resaltar que los rasgos planteados anteriormente, proporcionan componentes que generen un acercamiento empático y asertivo al objeto de estudio respetando su forma de ver su situación de consumo desde su propia experiencia sociocultural, además la cuestión de género, la posición y rol de la mujer en la familia a la cual pertenece.

Aunado a las consideraciones anteriores respecto al método etnográfico, Rodríguez (2006:54) sugiere seis fases de la investigación etnográfica que buscan una mayor claridad para su aplicación:

- 1) Fase exploratoria y de reflexión
- 2) Fase de planificación
- 3) Fase de entrada en el escenario (inicio del estudio)
- 4) Fase de recogida y análisis de la información
- 5) Fase de retirada del escenario
- 6) Fase de elaboración del informe de investigación

Estas fases, además de proporcionar un orden, brindan utilidad como camino para realizar investigaciones que maticen. Lo que se busca estudiar en el grupo de mujeres drogodependientes, su grupo familiar y lo que se atiende desde las políticas de salud.

Por ello, Gómez, Rodríguez y Alarcón (2005:361) mencionan que “El Trabajo Social, es una de las disciplinas científicas que, por sus procesos metodológicos de intervención

básicos, se vinculan de forma más directa con la sociedad y sus problemas es decir, con la gente y sus vidas”. De tal forma, que esta disciplina se apega, a los procesos que sigue el método etnográfico, para la realización de una investigación social, desde las propias apreciaciones, del sujeto con el cual interviene el Trabajador Social.

Continuando con Gómez, Rodríguez, Alarcón (2005:362), ellos sugieren que el “Método etnográfico de investigaciones etnográficas, es compatible con algunos roles del trabajador social, como lo son su capacidad procedimental (buen manejo de procedimientos, herramientas y metodologías de trabajo) y su rol interaccional (sentidos de implicación personal con los grupos estudiados) y su rol animador (capacidad de crear un clima vivificante y de confianza con el grupo estudiado)”. Es por ello, que el método etnográfico representa una perspectiva que da orden y sustento científico, a la intervención de trabajo social con los grupos sociales.

En conclusión, Gómez, Rodríguez y Alarcón (2005:364) señalan, que “Con la metodología etnográfica, la investigación que se hace en Trabajo Social, se enfocaría en una perspectiva más holística al momento de estudiar las disfunciones sociales, tomando en cuenta las condiciones naturales propias del lugar donde se investiga”.

4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.

Debido a que el enfoque es cualitativo y el modelo etnográfico, las técnicas brindan la posibilidad de la recogida de datos cualitativos. Desde el contexto sociocultural de las mujeres adictas, dar sustento entre la praxis y los modelos teóricos que realcen y den lógica a la investigación.

4.3.1. Observación Participante

La primera técnica que se abordó fue la observación participante que según Heinemann (2003:144), “Es una forma de observación en la que el observador se introduce en el suceso), la observación se realiza (mediante la recopilación de datos) en el campo no falseado del suceso, b) el observador participa en el suceso y c) es considerado por los demás parte del campo de actuación”...”durante la observación pueden realizarse entrevistas cualitativas o conversaciones informales que propician una mejor interpretación y plasmación del sucesos”.

Resulta importante, la observación participante puesto que si no llevas acabo estos tres puntos que bosqueja la técnica, no resuelve lo que el investigador intenta rescatar en la interpretación de los sujetos involucrados en el consumo de sustancias en población femenina. Cabe señalar que esta técnica enriquece el hecho de como la familia y quienes las atienden tienen percepciones en ocasiones erróneas o certeras que facilitan o dificultan la atención en los tratamientos de mujeres consumidoras de drogas.

Así mismo, Bustamante (2005:35) añade, la observación participante a la interacción social entre el investigador y los informantes en el ambiente propio de los últimos, y durante el cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo”. Esto significa que la demanda de provocar interacción a través de esta técnica, respetando el espacio y no provocando cambios, es deber del investigador de tener cuidado en unirse al campo, con el objetivo de estar en lo dinámico del transcurso y no como un intruso.

Sobre esta técnica, señala Wolcott (2006:103) que, “la observación participante, es el corazón, el meollo de toda indagación cualitativa, su núcleo substancial”. Por lo cual

resultan unas de las técnicas principales para la interpretación del fenómeno del consumo de drogas en mujeres.

4.3.2. Entrevista semiestructurada

En segundo término se consideró aplicar la entrevista semiestructurada con el fin de obtener datos mediante conversaciones con los individuos relacionados con el objeto de estudio como lo es expertos, familia y profesional en trabajo social, a lo que, con esta entrevista se permitió formular preguntas que llevaron a la libre decisión y valoración del entrevistado.

Por lo que amplía Menéndez (2009:500), “este tipo de entrevista suele ser la más recomendada en general, debido a su menor rigidez, en esta modalidad se trata de que el entrevistador lleve preparada más bien por grandes temas (guía de la entrevista)”. Por consiguiente, dado la dificultad para poder llegar a las familias de las mujeres drogodependientes se optó por esta técnica, que representó una mayor flexibilidad para la elaboración de la guía de entrevista y permitió una mayor empatía y menor rigidez al momento de abordar al entrevistado.

Según DalPoz, (2009:154) señala que:

“este término abarca una amplia gama de casos, pero se refiere generalmente a entrevistas en las que, a diferencia de las estructuradas, el entrevistador puede cambiar el orden de las preguntas, también goza de libertad para formular nuevas preguntas al hilo de lo que se considere respuestas significativas. Las respuestas son abiertas y se hace más hincapié en que el entrevistado se extienda en sus argumentos”.

Esto proporciona estrategias al momento de realizar la entrevista; como el que se tenga mayor libertad de que en el mismo instante se formulen otras preguntas que enriquezcan en análisis de resultados, a su vez generan en el entrevistado la posibilidad de extenderse en sus repuestas y vivencias.

4.3.3. La historia de vida

Como tercera técnica y de la que Sandoval (2002:91) establece como ideal para conjuntar con otras técnicas de corte cualitativo, mencionando que:

“en contraste con la etnografía, en las historias sociales y las historias de vida, su preocupación principal ya no gira exactamente alrededor del problema de la cultura como núcleo aglutinador del análisis, sino que es sustituido por la reflexión de la estructura, dinámica y evolución de las relaciones sociales que subyacen a la constitución como sujetos individuales o colectivos, de los miembros de los grupos en cuestión”.

El uso de esta técnica apoyó para comprender desde la vivencia personal de las mujeres adictas que elemento o factores de riesgo identifican ellas para su consumo o que situación familiar, social o personal las llevó a involucrarse en el consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo desde su propia experiencia, de qué manera lo han afrontado y a que situaciones por cuestión de género las ha llevado a no acceder a servicios. Como ha sido el trato en esos servicios, con que redes de apoyo cuentan para mantenerse en el proceso de tratamiento y cuáles son sus proyectos de vida a partir de su recuperación.

Siguiendo con Sandoval (2002:92) también ilustra las historias de vida y los análisis biográficos, ya que cada vez se vuelven más un recurso de propuestas metodológicas de tipo mayor como la sistematización de experiencias, e incluso como medios indirectos. Este recurso permite dar a la investigación, la sistematización de las vivencias personales de las mujeres drogodependientes, y la identificación de la red familiar como parte fundamental en su tratamiento.

Ruiz Olabuénaga (1999:280) hace referencia, de forma muy precisa, a aspectos muy importantes pues considera que a la historia de vida la conforman cuatro objetivos fundamentales:

1. Captar la totalidad de una experiencia biográfica, totalidad en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente, desde él yo íntimo a todos cuanto entran en relación significativa con la vida de una persona que incluye las necesidades fisiológicas, la red familiar y las relaciones de amistad, la definición personal, el cambio personal y el cambio de la sociedad ambiental, los momentos críticos y fases tranquilas, la inclusión y la marginación de un individuo en su mundo social circundante.

2. Captar la ambigüedad y cambio, lejos de una visión estática e inmóvil de las personas y de un proceso vital lógico y racional, la historia de vida intenta descubrir todos y cada uno de los cambios por lo que a lo largo de su vida va pasando una persona y las ambigüedades, las faltas de lógica, las dudas, las contradicciones, la vuelta atrás que a lo largo de ella se experimentan.

3. Captar la visión subjetiva con la que uno mismo se ve así mismo y al mundo, como interpreta su conducta y la de los demás, cómo atribuye méritos e impugna

responsabilidades a sí mismo y a los otros. Esta visión subjetiva revela la negociación de que toda vida requiere entre las tendencias expresivas de la persona y las exigencias de racionalidad para acomodarse al mundo exterior.

4. Descubrir las claves de la interpretación de no pocos fenómenos sociales de ámbito general e histórico que solo encuentra explicación adecuada a través de la experiencia personal de los individuos concretos.

Es así, como por medio de esta técnica, se dio voz y palabras aquellas mujeres que por circunstancias propias de sus vivencias personales y familiares las llevaron al mundo social del consumo de drogas.

4.4. Análisis de Resultado

El razonamiento de los ejes temáticos, dan cuenta del fenómeno abordado, por lo cual retomamos el análisis de contenido, con el fin de examinar y deducir los datos obtenidos con las técnicas. Por tanto, según Bernard (citado por Morse 2005:208) establece que los análisis de contenidos es un término genérico que cubre una variedad de técnicas para hacer inferencias a partir de los datos del texto. Es decir, que a partir de deducir las vivencias de las mujeres drogodependientes, con los datos obtenidos se puede detectar, los campos semánticos desde dimensiones culturales simbólicas y materiales de la realidad humana sometida a investigación.

Siguiendo a Wilson (citado por Morse 2003:208) identifica tres elementos básicos en cualquier análisis de contenido:

- Decir cuál será la unidad de análisis.
- Presentar o desarrollar el conjunto de categorías.

- Desarrollar la lógica y las ilustraciones que guían la codificación de los datos en categorías.

Resulta importante, considerar estos tres elementos, para llevar a cabo el análisis de contenido, puesto que permiten un mayor orden para lograr la interpretación de las categorías señaladas en esta investigación, y así, llevar una lógica en la codificación de los datos.

De esta propuesta que se reafirma con Rodríguez (2005:72) quien señala que “El análisis de datos en investigación cualitativa es un proceso que consiste en dar un sentido a la numerosa información recogida en el escenario, lo que requiere que el investigador organice los datos de manera que la información resulte manejable, y eso, a su vez, se consigue buscando aquellas unidades de análisis que nos parecen relevantes”.

De este modo, damos cuenta de la importancia de organizar los datos, que nos brindaron las técnicas aplicadas, al objeto de estudio, así también para la depuración de resultados y posteriormente basar el análisis en cuestiones relevantes.

Según Taylor y Bogdad (2002: 160-167) algunos de los pasos que hay que seguir son:

- 1) Leer los datos repetidamente
- 2) Seguir las pistas de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas
- 3) Buscar temas emergentes
- 4) Elaborar tipologías
- 5) Desarrollar conceptos y proposiciones teóricas
- 6) Leer material bibliográfico
- 7) Desarrollar una guía de la historia

Estos pasos, proporcionan bases para la clasificación de los datos, en razón de un orden para construir tipologías, para el entendimiento del objeto de estudio desde la percepción del entorno natural y sociocultural del mismo. Además es preciso desarrollar concepciones, bajo partes teóricas, llevando una relación entre el material bibliográfico y las vivencias del sujeto.

De esta forma Piñuel (2002:6) admite, que “El análisis de contenido, se ha remitido a técnicas para elaborar, registrar y tratar datos más allá del ámbito social y cognitivo concreto en que se recurre a la comunicación, y dentro de ella, a la producción de textos. Es como si fuese justificable elaborar, registrar y tratar datos de un texto asirio porque creemos conocer su gramática, sin tomar en cuenta cuál podría ser su interpretación por parte de quienes generaron y usaron comunicativamente aquel texto”. Por otra parte, el análisis de contenido, propone formular, a partir de ciertos datos, conclusiones, reproducibles y permitidas que puedan emplearse en cualquier entorno social, del sujeto a estudiar.

Además Piñuel (2002:7) propone, que se puede entender que un análisis de contenido incluiría necesariamente los siguientes pasos:

- a) selección de la comunicación que será estudiada;
- b) selección de las categorías que se utilizarán;
- c) selección de las unidades de análisis, y
- d) selección del sistema de recuento o de medida.

Asimismo, siguiendo estos pasos, se reflexiona que el análisis de contenido, se caracteriza por investigar símbolos de los mensajes de la comunicación los que no tienen un único significado, puesto que los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan, en general, de fenómenos distintos de aquellos que son directamente observados.

Así, para dar cuenta de algunos conceptos que permitan la categorización de las unidades de análisis. A partir de lo anterior se seleccionaron proporciones más pequeñas de la naturaleza para su estudio. Siguiendo a Piñuel (2002:8) los objetivos de la investigación, aplicada a esos formatos y situaciones de comunicación, pueden también diferenciarse en análisis de contenido de carácter exploratorio, descriptivo y verificativo y/o explicativo. Por consiguiente, la clasificación de categorías, establecen el tipo de análisis de contenido que se va utilizar.

Para tal efecto, se llevó a cabo el análisis de las fases

Para la realización de la primera fase del análisis de contenido, se formuló un proceso de selección que proporcionara una categorización respecto al sujeto de estudio y tomando en cuenta los mensajes con mayor incidencia en la recogida de datos.

En cuanto a ello, Bardin (2002:90) señala que la categorización es una clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por género (analogía), a partir de criterios previamente definidos. Es decir que esta clasificación parte de la comparación o relación de las categorías con el objeto de estudio dentro del análisis de contenido, con el fin de seleccionar aquellas cuestiones que se relaciona con las vivencias en el problema de adicción por parte de las mujeres drogodependientes dentro de sus contextos sociales.

Siguiendo con Bardin (2002:90) propone que a partir del momento que el analista de contenido decide codificar su material, debe poner a punto un sistema de categorías. La categorización tiene como objetivo (lo mismo que el análisis documental) suministrar por condensación una representación simplificada de datos brutos. Asimismo, vemos el valor que tiene la categorización de los datos brutos proyectados, en las entrevistas dirigidas a la mujer drogodependiente, familias y expertos que atienden el problema, con el propósito de generar análisis a partir de sus experiencias personales y documentos teóricos que tocan esta problemática social. Por tanto este ordenamiento de las categorías se va a analizar desde lo cualitativo y el índice en lo cuantitativo.

En la, segunda fase se buscó la codificación de las categorías de análisis, con el fin de saber porqué situaciones y procesos se da el consumo de sustancias en población femenina, como afecta la cuestión de género en las redes de apoyo inmediata, la visión que ellas mismas formulan de su persona por el hecho de ser mujeres, que posturas asumen las instituciones que les brindan atención, como se contempla la salud entre hombres y mujeres, las diferencias de ambos dentro del contexto social y para saber cómo analizar estas categorías que surgen a partir de la recogida de datos brutos en los contextos donde interactúan esta mujeres.

A lo que Holsti (citado por Bardin 2002:78) agrega: “La codificación es el proceso por el que los datos brutos son transformados sistemáticamente y agregados en unidades que permiten una descripción precisa de las características pertinentes del contenido”. Esto es buscar la transformación de las aportaciones de los sujetos, con el fin de dar

una debida interpretación a estos datos bajo un orden lógico y preciso de los hallazgos que se buscan del problema y el objeto de estudio.

La tercera fase busca señalar los análisis a los que se apega esta categorización y codificación de los datos, del análisis de discurso y análisis de la enumeración primeramente el análisis de discurso parte de buscar las redes entre las condiciones en que se encuentra la mujer drogodependiente, en lo individual, familia y como son atendidas desde las instituciones con una perspectiva de género.

Añade Bardin (2002:169 que el discurso está situado, determinado, no sólo por el referente, sino por la posición del emisor, en las relaciones de fuerza y por sus lazos con el receptor. El emisor y el receptor del discurso corresponden a lugares determinados en la estructura de una formación social.

Esto quiere decir que a partir de las aportaciones de las mujeres drogodependientes, se dará una explicación lógica desde el contexto del investigador situando esto en las propias características del sujeto.

Otra estrategia que apoyó la tercera fase de análisis, es la enunciación, ésta permite retomar la comunicación como un proceso, evade las disposiciones y los elementos formales. A lo que Bardin (2002:131) aborda que el análisis de la enunciación considera que en la producción de locución se hace un trabajo, se elabora un sentido, se operan transformaciones. Con este análisis, permite interpretar el lenguaje propio del sujeto y dar una interpretación lógica que de lugar a transformaciones del problema que se está abordando.

La enunciación es el mejor camino para alcanzar lo que se busca a lo que Bardin (2002:132) marca como:

- a) Las condiciones de producción de la locución
- b) El recurso a la enunciación:
 - El análisis sintáctico y paralingüístico
 - El análisis lógico
 - El análisis de los elementos formales atípico.
- c) Una convergencia de influencias teóricas y metodológicas
- d) La aplicación del análisis de la enunciación a la entrevista no directiva

Todo esto se relaciona con un análisis dinámico y no estático, que se presenta como un ritmo de alternativas, de la reflexión, de los datos surgidos en cada categoría proporcionados por parte de la mujer drogodependiente.

Los factores que se reúnen en la configuración de la mujer adicta contraen los elementos equívocos del proyecto social, en ese encuentro su resultado es delinear la conflictividad de un sujeto social contenedor de aquellas deficiencias que en el plano del mundo social no tiene los alcances de responder de manera positiva. De esta manera, el encuentro con la mujer adicta compromete a una lectura de las vertientes conflictivas que se proyectan en este sujeto y que involucra las esferas de las instituciones y la ausencia de percepciones sobre los sujetos que portan respuestas distintivas al trayecto de inserción al mundo social. En este sentido, se transita en el encuentro con la mujer adicta y trazar las líneas de sus experiencias para asistir al encuentro de su conflicto en las vivencias sociales: primeramente a la respuesta de la interiorización de la mujer adicta objetiva en el sentir la soledad en un estar viviendo en lo social; las perspectivas culturales y género, la familia como institución de albergue y conflictividad de lo educativo en el mundo social, lo institucional y sus vertientes de atención profesional subrayando el sentido de trabajo social.

5.1 La mujer adicta como sujeto social y la problemática de la reinserción: la soledad un factor de análisis entre lo social y lo familiar.

El primer hallazgo en relación a la adicción es el factor de la soledad. En el caso de la mujer adicta adquiere la proyección de ser colocada en la frontera de esa soledad esto es de le añade el aislamiento, en ello va contenido la indiferencia o el rechazo. Esto se percibe, en la figura femenina, configurada como sujeto social, el cual marca su presencia en trazos dispersos que no tienen sitio en el mundo, sus vivencias refieren a la

soledad que se proyecta desde lo interno, mostrando la inestabilidad ante el entorno, su mirada no llega al afluyente del mundo donde físicamente se encuentra. En otras palabras, la mujer adicta no tiene correspondencia como madre, hija, esposa, compañera de vida en sí no encaja en el mundo objetivo de los estereotipos femeninos. Por lo tanto estar sola tiene un significado, en este caso se delata que, el sujeto precisa la primera característica descrita en los rasgos de la soledad, lo cual implica trazar una figura donde la afluyente tiene esta partida: estar y sentirse solo. La magnitud de esto ubica un preludio, que se puede entender como el primer aviso, o señal que el sujeto social envía hacia el espacio: en sí, busca su acomodo, para el olvido, la frustración, o bien, para encontrar el trasmisor que lo hará estar en el mundo.

Este es el diseño que posee el sujeto a estudiar, en su preludio proyecta el llamado de no entender su presencia en el mundo social, sin embargo evoluciona a un estado de clímax donde sus mensajes se diluyen en el marasmo del problema de adicción, hasta alcanzar el desenlace final, necesita sus manos que se entrelacen con el factor humano de su entorno, su sombra demanda saberse acompañada por ese mundo que se dibuja en cada manecilla del día y la noche. Esto es la mujer adicta no tiene un proceso de uso de drogas de menor a mayor, ella ingresa con las drogas de mayor índice de efectos físicos y psicológicos.

Según Luborsky (1995:152), describe este acontecimiento en referencia al estar solo en un mundo donde se habita en lo social y, se construye en su primer eslabón de vida en la institución familiar, por lo tanto plantea que “Esta soledad o malestar, producido por el entorno familiar debido a la ausencia o deficiencia de apoyo. Una estructura familiar carente de cohesión va a producir un deficiente apoyo familiar”. Esto conduce analizar,

la cohesión en lo familiar, en esta etapa de resquebrajamientos de los factores que le daban sentido a la familia y su relación con las demás instituciones. Se visiona una tendencia a las fracturas de los valores de solidaridad, responsabilidad y afecto, situación que se manifiesta como una impronta de generar otras rutas, en el sentido del proyecto de diseñar al ser humano, que vive en sociedad y que se alberga en la familia.

En sí, es un sujeto solo por que es distinto, en su accionar y comportamiento dentro de su contexto, es decir en su convivencia no cuentan con espacios de expresión, la toma de decisiones se muestra diluida, ya que no se tiene respuesta para lograr resolver su individualidad indistinta. El resultado es colocarlo en la periferia del mundo homogéneo, a este sujeto se le añaden caracterizaciones que remiten a situarlo en un espacio de control clínico que detallan la responsabilidad del mismo para lograr estar en un mundo social, que lo ha creado en sus efectos equívocos. Esto es un sujeto que ha pasado por situaciones traumáticas que reúnen una diversidad de abusos, como a su vez, dificultades para integrarse al escenario social, lo cual genera la respuesta del sentimiento de soledad y depresión que las lleva a un aislamiento familiar y social.

Este sentimiento de soledad, proviene de relaciones familiares de ruptura, lo que implica centrar la atención de estos sujetos en las instituciones estableciendo vínculos, que permita en ellos reconocer el transitar de su vivencia en la familia. Sin embargo, esta manifestación de soledad que es visible como primera expresión, es diseñada desde la respuesta institucional, de la misma manera para todos los sujetos, así mismo en el sentido de ser hombres y mujeres, sin tener en cuenta esa individualidad que remite a una afluyente de vivencias distintivas. Por tanto, el síntoma de soledad que puede considerarse una respuesta del sujeto a su entorno, se acrecienta al no poseer una ruta de

entendimiento con su grupo y la estructura familiar, en este se emite un rechazo que va acompañado del aislamiento y, la recurrencia a buscar estrategias evasivas. En sí, el sujeto tiende a no visualizarse fuera del entorno, lo importante en este caso, es la voz de este sujeto en una constante búsqueda de solución a su estado de soledad en la inmediatez del grupo familiar como el factor que lo conduce a su inserción social. A pesar de esta conflictividad el sujeto no se desprende del núcleo familiar intenta adherirse y, en eso se expresa a la institución familiar como el espacio social que retoma la conflictividad en un primer nivel.

Lo anterior remite en primera instancia a la estructura familiar, considerada como la unidad social que adquiere significados de enseñanza del sujeto social y, por otra parte, la interiorización de cada sujeto miembro de la familia y, la expresión del diseño del sujeto social que demanda el entorno, llevan a una ruta: las formas de responder a determinadas situaciones tanto asertivas como conflictivas, hacen emerger las estructuras familiares.

Precisando esta conflictividad encontrada en las estructuras familiares permite localizar a través de la mujer adicta como sujeto social su caracterización de pertenencia a una familia. Es meritorio reafirmar que este tipo de dato proyecta una situación que se dibuja en el resultado de la adicción. Se remarca constantemente las siguientes cualidades de la familia:

- *M1 “Pues tengo una familia grande que es mi mama diez hermanos yo me críe sin padre mi mama fue padre y madre para nosotros, fue violentada”.*
- *M2 “Yo desde mi niñez viví alado de mi madre que se llama teresa plata, madre soltera ella. O sea soltera porque, por que mi papa decidió irse, cuando ella tenía seis meses de embarazo de mi yo a mi papa no lo conozco*

yo que sé viví con mi madre y mis hermanos. Mayores que yo tengo, tuve cinco hermanos conmigo son seis ya falleció uno me quedan cuatro”.

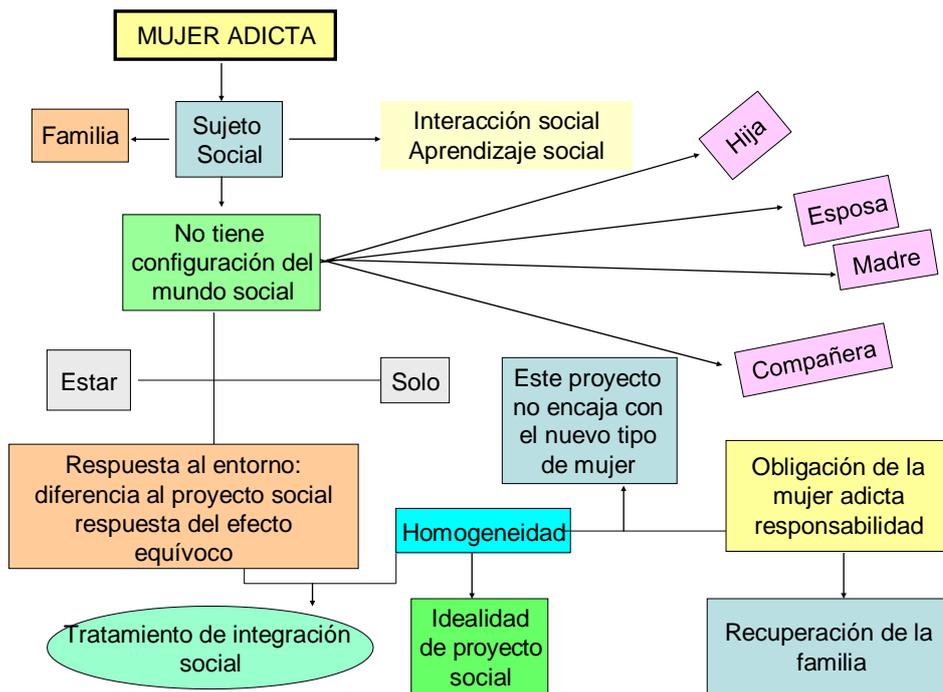
- *M3 “Vivía aquí en Sinaloa en Culiacán tuve novio salí embarazada me fui a estados unidos estuve halla por tres meses vivía con mi hermana pero por circunstancias él tuvo que ir a trabajar me dejo con mi hermano yo tenia aproximadamente cinco meses de embarazo cuando el papa de mi niño me hablo y me dijo que no podía estar conmigo, que no podía estar con mi hermano que ya terminamos la relación y pues en ese momento yo me sentí morir me sentí cortarme las venas quería talar la tierra”.*
- *M4 “Vengo de una familia de padres divorciados de un padre y una madre abnegada sumisa un padre trabajador responsable pero, y pues de alguna manera muy celoso en mi casa pues de alguna manera eran pleitos familiares por parte de mi mama y mi papa”.*
- *M5 “Soy adicta a la mariguana y vengo de una familia que esta compuesta por mi hermano básicamente porque, porque perdí a mi madre cuando tenia tres año además tengo una hermana que acaba de fallecer hace poquito y eso fue lo que me llevo ala drogadicción, estar como quien dice al mando de mi vida, mi papa hizo su vida de nuevo ya no nos busco se deslindo totalmente de nosotros”.*
- *M6 “Bueno, yo soy una adicta en recuperación, vengo de una, familia desintegrada disfuncional desde que era pequeña había maltrato en mi casa mi papa era alcohólico y es adicto, el ejercía golpes violencia familiar violencia mental violencia física así fui creciendo hasta cumplir seis años se separó de mi papa por pimera vez y nos dejaba en la casa de mi tía para ella trabajar en la MZ de cajera y tuve un abuso sexual por parte de mi primo el mayor”.*

De estos trazos de conflictividades familiares, la individualidad transita a la composición del sujeto social y, en ello la relación con el entorno y la vertiente de la

política social. Es posible subrayar esa línea de la formación al interior de la familia a un sujeto social que lleva en si la interacción con el mundo que pertenece la familia.

Por otra parte, el aprendizaje social, esto es el mundo con el que se relacionan los miembros de la familia, llevan consigo elementos que se dimensionan al interior de las vivencias familiares. Considerando lo anterior la manifestación de la soledad de estos sujetos sociales, se enmarca en la fractura de los vínculos que compactan la interacción entre el proyecto social y sus deficiencias para generar repuestas de fortalecimientos familiares. En este caso, la mujer adicta como sujeto social se encuentra configurada en un entorno que la coloca en los ambientes adversos a la idealización del modelo de ser humano y de mujer. Se puede afirmar, que estas desviaciones sociales se remiten a la configuración de la familia y las nuevas formas que emergen en la conflictividad del entorno, esto es el entorno social se impregna de vivencias negativas y afectan a esas rutas de familias con conflictos económicos, de aprendizajes educativos y de aislamientos de las políticas sociales. Sin embargo los proyectos de reinserción de la mujer adicta a un entorno familiar no consideran a las transformaciones y solamente se ubica en la intención de configurar de nuevo en las idealidades de la mujer desde el referente cultural estereotipado. (ver figura 1)

Figura 1: La ruta de la soledad en la mujer adicta como sujeto social.



Fuente: Propia resultado de las entrevistas.

Así, es posible la lectura de la conflictividad familiar en la manifestación de las rupturas que aíslan al sujeto y la búsqueda de estrategias para resolver la sobrevivencia afectiva.

Por otra parte, en repercusión en el diseño se agregan los sentimientos de culpa, entendidos en las imposibilidades para responder a las exigencias familiares que se emiten, como eslabones que provocan la imposibilidad de generar una respuesta positiva, presentando las tendencias que dirigen e incrementan la adicción.

En este sentido, en referencia a la manifestación de la soledad, se coloca un primer eslabón, siendo esto el de identidad, y, en esto en el plano general, esta cuestión crea en el sujeto dificultades para aceptarse. Según Kosko (1993: 20) señala que “La identidad no es un hecho en sí, algo que pudiera confrontarse con otros aspectos que le

dieran validez de existencia”. Por tanto, la identidad no es motivo para que el sujeto, de un menor valor a su existencia, lo que lo lleva a la adquisición de conductas compulsivas como lo es el consumo de sustancias. Asimismo, los profesionales de la disciplina de trabajo social, los cuales son los capacitados para brindar a los grupos sociales estrategias desde la prevención para la identificación de cada sujeto, con diferencias, y logre una identidad propia de acuerdo al género y al contexto sociocultural, factores que no se encuentran inmersos en el proceso de configurar a la mujer adicta desde tratamientos que pretenden olvidar las transformaciones que le acontecen durante el proceso de adicción. Es decir, el sujeto al no encontrar su propia identidad, busca espacios para ser aceptado, en muchas de las ocasiones esto lo encuentra fuera de la familia, llevándolo a buscar grupos en su colectivo social.

La soledad constituye una manifestación que proyecta la naturaleza de la adicción, en la mujer drogodependiente se tiende a visualizar consecuencias que se pueden situar en una especificidad que la relacionan en el sentido de género. Esto es, que proyecta algunos factores como falta de personalidad, pérdida de confianza o agobio o tensión, sumado a esto considerarse minimizada le contrae debilidades en el sentido emocional, en este caso en sus relaciones que establece de índole amorosa. Es decir estar en soledad es no poseer un rumbo a seguir, o bien, respuestas a la adversidad. Así es posible encontrar en estas relaciones amorosas situaciones conflictivas, que provienen de estar en abandono, no poseer protección y desarraigo familiar así sus voces lo dicen:

- *MI “A los trece años me case me robo mi esposo a mi verdad, este dure pues dure casi siete años con el, me separe de él por que me golpeaba mucho el era un hombre alcohólico y adicto. A los veintiún años empecé a prostituirme por la*

necesidad mas que nada empezar esa vida después una muchacha se me acerco y me ofreció trabajo, en el trabajo ese de la prostitución”.

- *M2 “Tenía veintiséis años cuando me entro la curiosidad de que se sentía consumir esa droga pues veía a mi hermano bien prendido, esto paso cuando mi esposo trabajaba vendiendo la droga con mi hermano y como a mí no me gustaba quedarme sola, me iba a dormir a casa de mi mamá, empecé a sentirme mal por que mi esposo trabajaba vendiendo y yo dormida y el pasando frío o calor, para esto yo tenia veintiséis años. me gusto por que me ponía muy activa en el quehacer de la casa, me despertaba el deseo sexual”.*
- *M5 “Empecé a la edad de catorce años, con amigos, como una forma de revelarme a lo que me pasaba, perdí a dos personas muy importantes en mi vida mi madre y mi hermana mayor”.*
- *M6 “ A los diez años fue cuando yo empecé a tomar porque yo me sentía bien sola porque mi mama se iba a trabajar y mi hermana la mayor se iba con su novio y yo me quedaba sola en mi casa no sabia que hacer sentía mucha depresión”.*

Lo anterior, provoca un escenario que se construye en el significado de la dependencia hacia la adicción, pero por otra parte una dependencia al sujeto hombre, esto es la bidependencia, de esta manera manifiesta una necesidad de confianza, o bien de ser aprobadas en una relación y en una constante de conciliación. Estos síntomas de dependencia y de conciliación expresan una faltante de la autonomía, en si significa una tendencia de situaciones donde se impera una idea de falta de capacidad y, de aislamiento que conduce a establecer relaciones que no tienden a resolver la problemática de adicción, sino que expresan un apego mayor a la búsqueda de hombres con determinadas características que le respondan a lo afectivo, teniendo así un espiral

donde no hay exigencias, donde no se percibe indicios de autonomía e independencia pero si el índice de mayor pasividad. En tal razón, la mujer adicta en su vínculo más íntimo tiende a establecer de manera pasiva un escenario donde se doblega a la dependencia afectiva del varón sin tener, la percepción que conduce a desconectarse totalmente del significado afectivo y la conduce a un abanico de abusos.(ver gráfica 9).

Grafica 9. Manifestación del factor de soledad.



Fuente: propia, resultado de entrevistas.

Siguiendo el asunto de la dependencia, es posible encontrar una doble dependencia en la mujer adicta, existe una línea donde además de la adicción como se planteo anteriormente presenta la dependencia a los sujetos, esto es tiende a considerar un refugio de afectos y perpetuar situaciones que la condicionan en su vivir. Esto lleva consigo, que al momento de su tratamiento la tendencia es de una constante recaída, este es el caso de:

- M3. *“Tengo una relación, codependiente me ha llevado a las peores humillaciones, mis hijos no me ven como madre, él ha dañado a mis padres y hermanos, no me deja me persigue y yo no puedo alejarme de él”.*

- *M4. “Viví con una persona adicta igual que yo conviví a diario con una persona adicta con lo cual pues en su momento pudo a verme golpeado, pudo haberme hecho hasta matarme verdad por la droga sufrí mucho con mi suegra por tenerlo a él como adicto y como esposo y aparte yo tener la dicción se sufre mucho”.*
- *M6. “Conocí a un hombre mayor que yo veinte años, me relacione con él por que tenía droga él se dedicaba a tirar la droga, me dejaba que usara lo que yo quisiera, al principio me trataba bien, no me golpeaba pero si gritaba y me insultaba, yo no lo podía dejar “.*

A su vez, la doble dependencia tiene que ver con la mujer que no es adicta, pero se apega a su función paternal, que la hace proyectar como el sujeto de protección. En esta mujer la dependencia al hombre adicto lleva consigo una situación de transferencia de responsabilidades. Es ella quien sostiene la respuesta para sostener el mundo familiar, a su vez, es ella quien lleva en sus manos el destino del hombre adicto. Sin embargo, en esta investigación no se logra profundizar en este caso, pero si se percibe como forma de acompañamiento.

Regresando a la mujer adicta y su doble dependencia se tiene una característica que hacen posible analizarlas: no posee la figura paterna en el núcleo familiar. Por lo tanto, demanda ese encuentro de afectividad, su acercamiento lleva consigo también la abnegación, la obediencia y reafirmando sus acciones revierten los ideales de valores que posee como persona. Los alcances que tiene en su relación con el hombre las llevan a realizar el ejercicio de la prostitución como forma de adquirir recursos económicos, el alejamiento de la familia, desorden de su proyecto de vida y depende de las necesidades de su pareja.

Reafirmando la situación anterior y el proceso de aislamiento, la mujer adicta al interior de la familia, en este caso, tiende a no establecer contacto con la madre. Existe una ruptura que se proyecta en esa actitud no comparte con ella su vivir, y más todavía no es capaz de establecer contacto para compartir el problema de la adicción. Se puede decir, que no existe una identidad de familia, de mujer que comparte el escenario cultural y, con ello los mismos significados.

Desde esta perspectiva, la mujer adicta en su expresión de soledad lleva las tendencias de dependencia, codependencia y bidependencia que remite a una conflictividad de género configurando un tipo de mujer que dibuja conflictos de los límites y normas, de reto al estereotipo social de la mujer, por lo contrario de su misión en sus relaciones de afecto.

Otro aspecto a considerar y llamado en este caso un segundo eslabón que enfrenta el sujeto, es el rechazo familiar, esto representa para el sujeto adicto el estar fuera de su entorno inmediato, fracturando sus relaciones como miembro de la familia, esto mantiene su conducta de consumo. Según Morales (2010: 51) existen familias con enfrentamiento evitativos que mantienen una actitud de distancia física y emocional con el adicto, lo aíslan de las relaciones y roles familiares. Esta actitud suele esconder marcados sentimientos de dolor, amargura y rencor en los familiares. Por lo tanto, esta falta de integración familiar, obstaculiza para que el consumidor de sustancias, no busque apoyo para atender problema de consumo. En tal razón, se puede presenciar estas acciones:

M1: “Con mi familias me lanzaron mucho desprecio halla en mi casa con mi mama cuando yo ya era una adicta como mis hermanos me rechazaban mucho”

M2: “Todo esto de drogarme lo hacia a escondidas sin que me vieran, pero un día mi hermano se dio cuenta y no dije nada solo dijo te dije y siempre lo hiciste bueno ya ni modo, cuando mi esposo supo me cacheteo delante de mi hermano se fue y luego regreso y me obligo a consumir con él”.

M5: “Si me da vergüenza ahora si tengo una imagen que cuidar antes no me importaba que dijeran que yo era marihuana incluso hasta llegaba a decir que éramos putas y cosas así no pero pues yo se que no lo era yo se que no lo era y pues era mas que nada no me afectaba el que me etiquetaran ahora si tengo una imagen que limpiar que cuidar me doy cuenta que me afecta que dijeran eso de mi”.

En este sentido se observa ese rechazo de la familia, pero por otra parte un proceso que interesa y requiere detallarlo desde el sentido de género, la esposa idealizada se transforma en mujer adicta y acorta la distancia para ser tratada en ese abanico de abusos. Por otra parte, el factor de una mujer adicta que percibe las dimensiones de los efectos equívocos del mundo social e inicia con el concepto de una nueva imagen y el verbo *limpiar*. Es en esta mujer, donde el sentido de sujeto social y el estar en el mundo se orientan, como un aprendizaje que la lleva a percibirse en su búsqueda de identidades nuevamente.

En el tercer eslabón, es la falta de capacidad de decisión del adicto, la toma de decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática, en la que, además, hay una serie de sucesos inciertos, para el sujeto consumidor de sustancias le es difícil llegar a esta reflexión. A lo que Hastie (citado por

Peñañiel, 2010:159) plantea una serie de definiciones que sirven perfectamente para aclarar el proceso de toma de decisiones, que es una parte de la resolución de problemas:

1. **Decisiones.** Son combinaciones de situaciones y conductas que pueden ser descritas en términos de tres componentes esenciales: acciones alternativas, consecuencias y sucesos inciertos.
2. **Resultado.** Son situaciones describibles públicamente que ocurrirían cuando se llevan a cabo las conductas alternativas que se han generado. Como todas las situaciones son dinámicas y suponen que si se continúa la toma la acción el resultado puede variar.
3. **Consecuencias.** Son las reacciones evaluativas subjetivas, medidas en términos de bueno o malo, ganancias o pérdidas, asociadas con cada resultado.
4. **Incertidumbre.** Se refiere a los juicios de quien toma la decisión de la propensión de cada suceso de ocurrir. Se describe con medidas que incluyen probabilidad, confianza, y posibilidad? (likelihood)
5. **Preferencias.** Son conductas expresivas de elegir, o intenciones de elegir, un curso de acción sobre otros.
6. **Tomar una decisión** se refiere al proceso entero de elegir un curso de acción.
7. **Juicio.** Son los componentes del proceso de decisión que se refieren a valorar, estimar, inferir que sucesos ocurrirán y cuales serán las reacciones evaluativas del que toma la decisión en los resultados que obtenga.

Generalmente, el sujeto no desarrolla una capacidad para la toma de decisiones, dentro de su misma enfermedad, el temor a la toma de decisiones, lo llevan a que otras personas decidan por ellos. Así pues, desde la atención profesional, es importante

fortalecer estas habilidades sociales que permitan al sujeto una reeducación, dentro de su propio tratamiento, puesto que estas habilidades se van desarrollando a lo largo de la vida. Las experiencias de estas decisiones muestran a un sujeto con determinado síntomas de proyecto al futuro:

M1: *“Por que de hecho gracias a Dios ya no estoy igual que antes en el vicio pero de todos modos verdad he tropezado pero gracias a dios me he levantado por que ya se que debo y voy a poder.”*

M2: *“Quiero yo se que lo voy a lograr ahorita que estoy encerrada lo voy a lograr por mi por mi bien por que soy ser humano porque dios me esta dando la oportunidad otra vez de nuevo por que a veces y yo lo voy a provechar al máximo. Quiero agarrar lo mejor de este lugar porque si funciona solamente que yo en todos los tratamientos no he sabido aprovecharlo no he sabido manejarlo”.*

El Cuarto eslabón es el problema de socialización, que presentan estos sujetos, a lo que sugiere Trigueros (1995:5) que “La socialización es el sentido de aprender pautas para el comportamiento y es la asimilación del individuo al grupo o grupos a los que va perteneciendo”, es decir que dependiendo el grupo donde interactúa el sujeto, es como va adquiriendo pautas de comportamiento dentro del mismo, si en estos grupos la socialización es negativa su proceder tiende a sugerir situaciones negativas para el sujeto.

Por tanto, Lapote (2006:84) menciona que las relaciones sociales permiten aprender, que algunos comportamientos resultan, gratos y mientras que otros no lo son. Es decir, cuando el sujeto interactúa con los grupos donde busca una socialización, en ocasiones estos, representan una amenaza para la manera de actuar socialmente, en el caso de las adicciones esto representa entrar a las actividades delictivas, conductas antisociales

como, daños en la vía pública. Esta socialización no distingue si es hombre o mujer ambos buscan esta integración desde sus propios roles, para su interacción social.

Otro aspecto visible en este sentido de socialización, que proyecta la figura del drogodependiente, es la idea de buscar los iguales a él, como formas de defensa, en sí, se compacta el grupo de los distintivos, y con esto se conduce la situación a un escenario repetitivo de la problemática. La situación anterior, es posible describirla en dependencia a las formas en que ese sujeto diverso en el plano familiar asiste al encuentro de sujetos iguales, por lo tanto la atención que se le brinda en el seno familiar tiene alcances que permite describirlo.

Lo anterior tiene significados desde el núcleo del mundo social, el cual se sitúa al interior de la familia, esto es, qué modelo de familia demanda el mundo social y, como se caracteriza por las manifestaciones de sus miembros y su cohesión cultural y educativa. Estos diversos poseen un horizonte para transitar en el mundo social y es posible situarlo en la manifestación de encuentros, dónde se establecen encuentros, vínculos de protección, entendimiento, de discusión y contención (para que las soluciones se construyan entre y con los integrantes de un grupo). Sin embargo, se manifiesta, como un arma de doble filo: por una parte se configura los lazos humanos de un grupo que le permite crear vivencias, aunque no integrales al mundo social, si es posible que encuentren los lazos de contacto de estimación, o bien de afectos con sus iguales.

Por otra parte, puede resultar poco favorable pues las vivencias en la adicción varían de persona a persona, lo cual genera alianzas negativas para la abstinencia o control del uso o abuso de sustancias. Desde lo anterior, la formación de estos grupos genera un sentido

de pertenencia que repercute en su aislamiento del entorno social, esto es sus identidades se marcan en sentido inverso a la cohesión social. A lo que la Comisión Económica para América Latina CEPAL (2007:22), menciona que “El sentido de pertenencia en la sociedad constituye un eje central de las distintas definiciones de cohesión social. Es, en última instancia, un componente subjetivo compuesto por percepciones, valoraciones y disposiciones de quienes integran la sociedad”. Para ellos el sentido de pertenencia representa ser aceptado dentro de sus entornos inmediatos, desde su lenguaje, ropa, hasta la adicción, esto los hace sentirse parte de ese mundo.

En esta orientación de identidades y pertenencias se manifiestan las fracturas con el entorno, en esta visión el adicto conforma en su recuperación un afluente que lo conduzca a formular un lenguaje que le permite la inserción social. En sí, como plantea Reguillo (2000:4) “Las impugnaciones que los jóvenes le plantean a la sociedad están ahí, con sus fortalezas y debilidades, con sus contradicciones y sus desarticulaciones. Las culturas juveniles actúan como expresión que codifica, a través de símbolos y lenguajes diversos, la esperanza y el miedo. En su configuración, en sus estrategias en sus formas de interacción comunicativa, en sus percepciones del mundo hay un texto social que espera ser descifrado: el de una política con minúsculas que haga del mundo, de la localidad, del futuro y del día un mejor lugar para vivir”. La demanda esencial es asistir con el adicto al proceso de un aprendizaje del lenguaje social que le permita una reinserción desde su caracterización de adicto, pero con perspectivas de alcances para la vida, además de ser un conjunto de experiencias que permiten descifrar las razones del ingreso y formación de las adicciones.

La relaciones afectivas que el sujeto forma, en el contacto con grupos que lo identifican con determinados rasgos de identidad y con similitud en el comportamiento, lo cual trae rasgos distintivos que permiten considerar que el adicto adquiere de forma paralela significados culturales distintivos de los que están dentro del contexto social, por lo que Rengifo (2009:35) señala que:

“Los procesos afectivos involucran que la dinámicas de desarrollo y aprendizaje deban ser analizadas desde los significados expresados por los demás, con las cuales se intenta dirigir la acción futura del sujeto. De esta forma, las relaciones afectivas, sociales y las condiciones específicas del nacimiento, implicarán relaciones fundamentales para pensar que el sujeto no nace en contextos ideales, sino en relaciones que están matizadas por emociones y sentimientos que van, desde el temor a la nueva vida, hasta el anhelo de no existencia de la misma y por tanto la búsqueda de su eliminación”.

En tanto, las relaciones afectivas que establece el sujeto, se convierten en acompañantes del accionar social y, en algunos casos se convierten en promotores de la resistencia a un cambio en la propia vida. Esto se proyecta en el escenario, al no poseer con afectos bien canalizados se tiende a establecer relaciones de codependencia tanto en la familia como en el contexto social.

Dentro de esta identificación en los grupos, el sujeto ingresa en una constante búsqueda de identidad que lo lleva a establecer convivencias en grupos que se caracterizan en su comportamiento social adverso al contexto social. A lo que Hernández (2004:91) precisa que “La identidad del sujeto puede ser étnica, de clase, de género, de pertenencia política o social, pero en un sentido mas amplio la identidad cultural puede englobar las diversas identidades que un sujeto puede

asumir en la vida social”. Es, así como el sujeto define su identidad, desde su propio contexto social. Existen varios trayectos que se construyen para la identidad en el mundo social, en este caso al visualizar al adicto, emerge el factor de la familia como un afluente de encuentros y desencuentros en su formación, es en ella donde la conflictividad hacia las adicciones se remarca y se anuncia. Por lo tanto el comportamiento del sujeto adicto da como resultado un primer eslabón las formaciones familiares y el aprendizaje de la vida familiar.

Asimismo, es posible considerar que esas significaciones de las vivencias institucionales de la familia es una respuesta que engloba a todo el proceso social, y en ella se puede visualizar la cultura. Siguiendo con Hernández (2004:91) ilustra que la identidad cultural no se conserva estática o imperturbable en el tiempo; a través de ella el sujeto rechaza o recupera las influencias que provienen de los proyectos culturales que reproducen otros sujetos de la sociedad a la que están integrados. Por lo que esta identidad, lleva al sujeto a buscar dentro de su contexto social, el grupo que representa para él una identificación que lo lleva a ser aceptado y, a su vez adquirir el comportamiento de este grupo construyendo con esto formas de responder al entorno social. En relación a la mujer adicta esta se identifica y forma parte de componentes en una diversidad de espacios, los cuales determinan esa experiencia de inicio en la adicción y de un sentido de identidad con los sujetos que la inmiscuyeron: M1 en el trabajo, M2 en el hogar, M3 y M4 con amigos, M5 y M6 pareja.

De otro modo, la aceptación en el grupo de pares representa para el sujeto, ser respetado sin distinción de género, ideología, creencias, formas de vestir y actuar.

Por consiguiente Reguillo (2000:18) señala que:

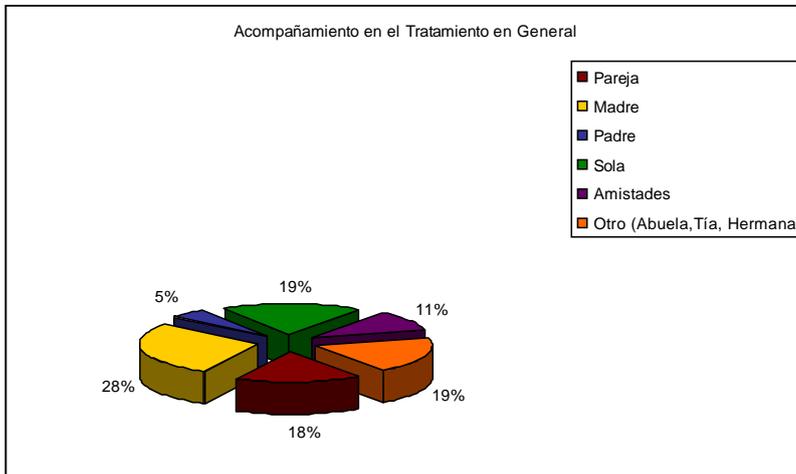
“Es decir, mientras las instituciones sociales y los discursos que de ellas emanan (la escuela, el gobierno en sus diferentes niveles, los partidos políticos, etc.), tienden a "cerrar" el espectro de posibilidades de la categoría joven y a fijar en una rígida normatividad los límites de la acción de este sujeto social, las industrias culturales han abierto y desregularizado el espacio para la inclusión de la diversidad estética y ética juvenil.

Es en este sentido, dónde el sujeto busca sus formas de expresarse, mediante la identificación en su contexto cultural, buscando grupos que le permitan, compartir ideas, creencias, que los visualiza como sujetos sociales.

De la misma forma Miller (citado por Rice, 1997:435) aborda que “La aceptación del grupo consiste en desarrollar y exhibir cualidades personales que otros admiran y aprenden las habilidades sociales que les aseguran la aceptación”. En ocasiones estos grupos no son favorables para el sujeto puesto que al ser aceptado, sugiere que tienes que comportarte y hacer lo que el grupo demanda. Si consideramos que la familia es la educadora o la que reafirma las conductas, filtra en ella aceptaciones o rechazo, sin embargo cuando un miembro de ella se adhiere al consumo de drogas su primera reacción es el rechazo y la retirada de este miembro del seno familiar. Esto deja ver un conflicto, la familia no es capaz de responder a la problemática, sino genera la expulsión primaria del mundo social que lo lleva a la búsqueda de solución. Es visible esto del comportamiento familiar durante el proceso de la adicción, pero al momento de ingreso al proyecto

de rehabilitación la tendencia es ver la madre como la figura principal (Ver gráfica 10).

Gráfica 10: Acompañamiento del Tratamiento de manera general.

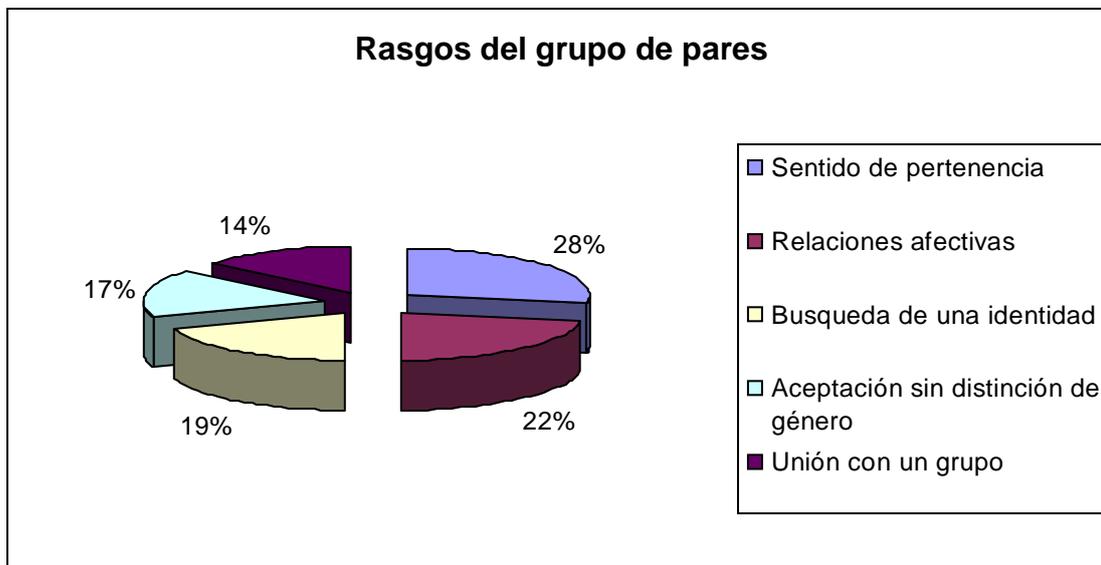


Fuente: propia a partir de los resultados de entrevista

Por otra parte y, siguiendo la tendencia del sujeto adicto y el como su aprendizaje en los grupos que configuran el consumo de droga asiste a una perspectiva de respuestas contrarias al mundo social. En estos grupos primeramente encuentra aspectos que le permiten sobrevivencia, a su vez la unión y sus estrategias para una practican de adversión al mundo social. Dentro de su composición, esto simboliza, una asociación de protección y aceptación del consumo de sustancias conductas permitidas, así como buscar la droga para compartirla, esto también

lleva a tener un significado, ya que al no cumplir con los lineamientos del grupo el sujeto es expulsado (ver gráfica 11).

Gráfica 11: Rasgos del grupo de pares



Fuente: propia, resultado de entrevistas.

Por tanto dentro de estos grupos de iguales, el sujeto se siente aceptado y a su vez encuentra un espacio donde se escuchan sus opiniones y comparte experiencias similares a el, con propósitos de justificar su conducta ante alguien que no juzgue, señale, aminorando así estos aspectos evita dar cuenta de los daños a su salud, tanto física, emocional y espiritual. Pero cuando se crean lazos de cohesión y codependencia, lo que remite a considerar, que lleva a despertar lazos afectivos que generan compromisos y lealtades, una de ellas es ser adictos, como forma de identidad. En algunos casos que se manifiestan en esta investigación, es la ruptura a este lazo de identidad lo que provoca la expulsión del grupo y, con ello el adicto inicia la búsqueda de nuevas estrategias de recuperación.

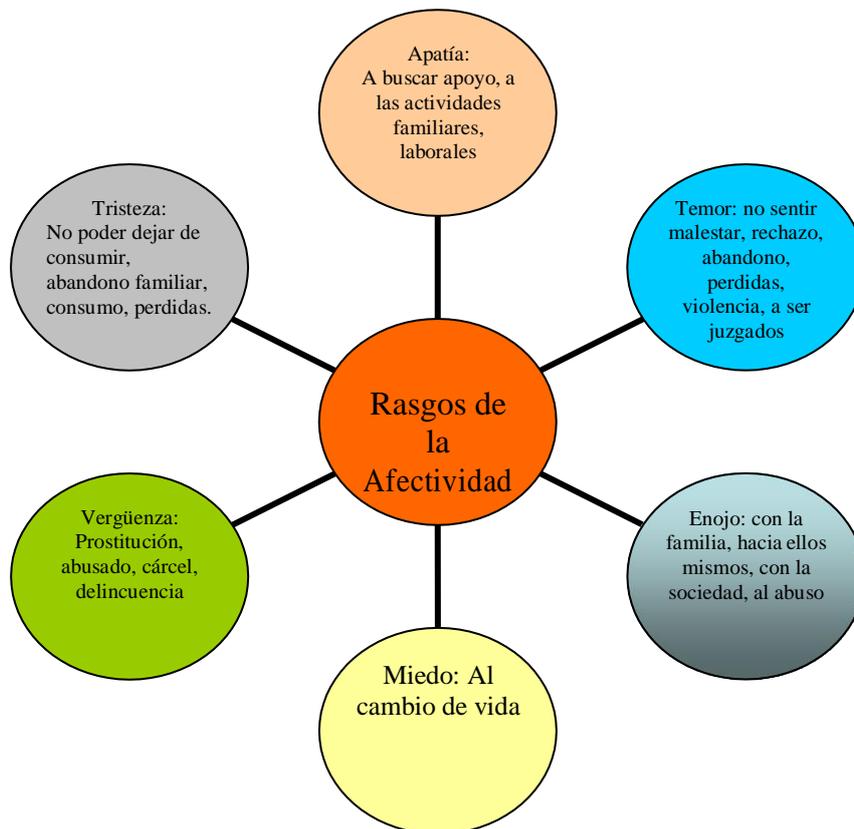
El describir a estos sujetos es hacer un viaje al interior y, asistir al encuentro de cuales son las líneas que más los dibujan, que más dan el sentido humano y, en ello se encuentra un detalle: la falta de afectividad manifiesta en el tratado con el mundo una apatía, seriedad, temor, elementos que responde al descontrol de emociones y la falta de manejo de las mismas. Es decir, que un sujeto con problemas de adicción se le dificulta la identificación de emociones por tanto si no cuenta con una inteligencia emocional esta situación lo lleva a seguir consumiendo si estoy triste consumo, si estoy enojado, feliz, celoso, por vergüenza, miedo y otros, por tanto, es necesario tener la inteligencia emocional para el manejo de emociones para estos sujetos.

Por tanto, ellos definen las afectividades, como un algo que no esta dentro de su vida y de su cuerpo físicamente, en sí las ocultan o reprimen mostrando otras acciones destructivas a su persona. Según Sau (2000:20) la afectividad es el conjunto de los fenómenos afectivos lo afectivo incluye la capacidad de sentir placer y dolor, emociones, pasiones e inclinaciones. El resultado, se puede presenciar en los sujetos inmersos en las adicciones que vuelcan estas afectividades en relación a las sustancias que consume. Esta capacidad de sentir la adicción va provocando cerrar esa capacidad de expresar y sentir emociones llevándolas al plano negativo de su vida.

Estas emociones no las identifican como tal, más bien son encaminadas a no manejarlas de manera adecuada. De igual importancia, Smith (2004:4) define a “Las emociones como parte de los mecanismos que los seres humanos usan para sobrevivir, además nos hacen reaccionar ante las cosas que pasan a nuestro alrededor”. Por lo cual las emociones tienen una importancia de dimensión social para el sujeto, si no se manejan de manera adecuada generan una mala comunicación en las convivencias de los

mismos. Esto afectando las relaciones individuales hacia los contextos sociales donde interactúan los sujetos (ver figura 2)

Figura 2. Rasgos de la Afectividad



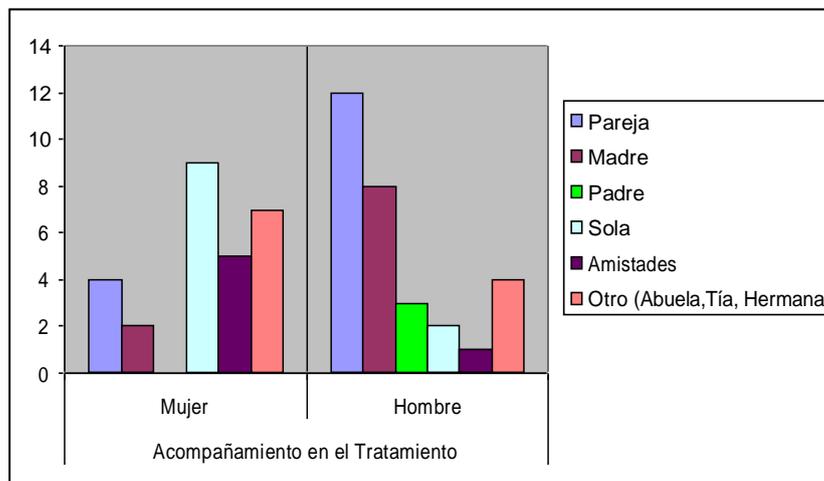
Fuente: propia resultado de entrevistas.

5.2 La mujer adicta y sus caracterizaciones desde la perspectiva de género

En el sentido de afectividad, es notorio el hallazgo de la diferenciación entre hombre y mujeres en la adicción, importante decir que esto conlleva a situaciones que dibujan la problemática de la diferenciación de acuerdo al género. Se comenta por parte del CONACE, (2004:9) que “El proceso de socialización reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres”. Es en esta parte

cuando surge una desigualdad de visión de hombre y mujer, ya que socialmente a la mujer se le brinda el rol de ser afectiva, amorosa, alegre, tiene que dar cuidado a los demás, cuando se da esta ruptura resulta mayormente señalada la mujer a diferencia del hombre, que al igual le afecta esta cuestión puesto que a él se le impone la fuerza, no mostrarse débil ante los demás. Es importante considerar que al momento de que el sujeto acude, a buscar servicios de atención a su problema de adicción, se manifiesta un apoyo más cercano de la familia si el sujeto es hombre, por tanto en el caso de la mujer el involucramiento de la familia es mínimo, esto varía de acuerdo al grado de consumo, por lo regular ellas acuden solas, con amistades o la pareja. En algunos casos la acompañan en la primera consulta, dejándola sola en el proceso, por lo cual la adherencia al tratamiento es baja (ver grafica 12).

Grafica 12. Acompañamiento en el tratamiento.

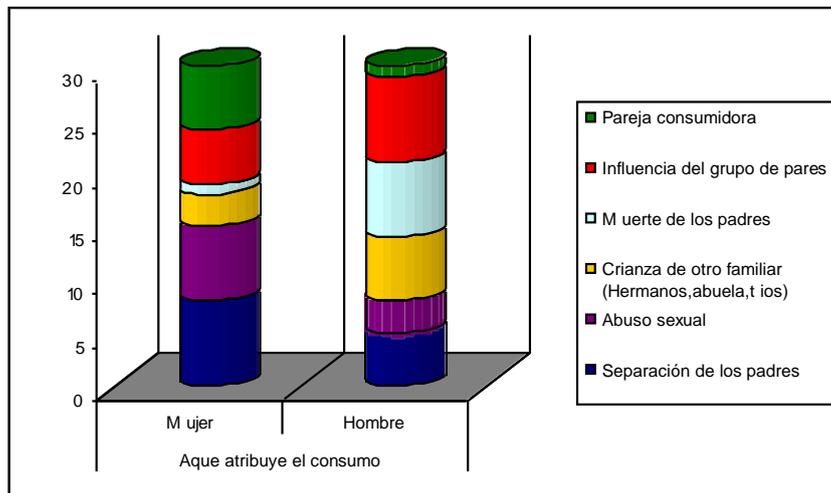


Fuente: Propia resultado de las entrevistas

Además, la situación a las cuales se atribuye el consumo, varía de acuerdo al género, las cuestiones que más sobresalen, es tener pareja consumidora, influencia del grupo de pares, muerte de los padres, abuso sexual y separación de los padres. Por tanto, es

importante considerar estas situaciones, para la elaboración del plan terapéutico y psicosocial, con el cual se va intervenir, pues la cuestión de género representa una limitante para su permanencia al tratamiento (ver gráfica 13).

Gráfica 13: A que atribuye el consumo



Fuente: propia resultado de las entrevistas

En esta tendencia, la mujer, al momento de buscar apoyo para la atención de su adicción, presenta factores de riesgo al consumo de mayor a menor incidencia se enumeran de la siguiente forma en primer término en el caso de la mujer, abuso sexual, separación de los padre, pareja consumidora, influencia del grupo de pares, crianza de otro familiar y muerte de los padres. Por lo tanto, en el hombre resulta más evidente en primer lugar, la influencia del grupo de pares, crianza de otro familiar, muerte de los padres, separación de los padres. Esta cuestión muestra que aun cuando los factores de riesgo, son similares varía el orden de incidencia.

En la atención profesional de las adicciones es necesario considerar las diferencias afectivas tanto de hombre y mujer: mientras que para la mujer es dañada la parte

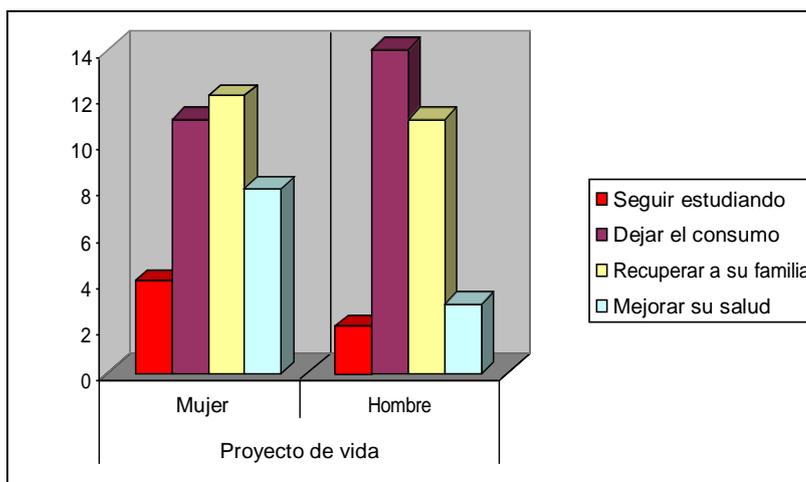
afectiva, a través de su consumo, perdiendo la capacidad o su esencia, dañando sus relaciones interpersonales, generando relaciones poco sanas para su recuperación; en tanto al hombre lo afectivo no le resulta relevante ya que dentro de su rol tradicional está normalizado el consumo de sustancias.

Un segundo hallazgo interesante es la forma de medir su tiempo y su proyecto de vida para esto se mide de acuerdo al adicto, considera el futuro medido en un día el mañana, (esto es lo temporal), generalmente estos sujetos viven en el hoy diario, sin tener una visión clara de lo que quieren en su futuro. En este sentido y con referencia al género, el trato a las mujeres y los hombres son distintivos dentro de la familia, esto es que se le asigna a cada figura determinadas respuestas al proceso generado en el uso de la droga.

Con ello, el proyecto de vida se trunca, mientras en la mujer, la perspectiva es la negación, esto es se diluye el futuro (abandono), se puede decir que es un fatalismo; en cambio a los hombres, si bien existe la negación al problema a este se le brinda una oportunidad a la reinserción a un mundo social y familiar, en si consideran este asunto como un proyecto.

En referencia a la lucha que se establece para lograr la rehabilitación, cabe destacar que la mujer muestra una mayor disposición en su tratamiento, en mejorar sus condiciones personales y familiares, en cuestiones como el seguir estudiando, recuperar a la familia, mejorar su salud y dejar el consumo. En cambio el hombre centra su cambio en dejar su consumo, sin considerar sus perspectivas de transformación y una reinserción social adecuada (ver gráfica 14).

Gráfica 14. Proyecto de vida de la mujer adicta.



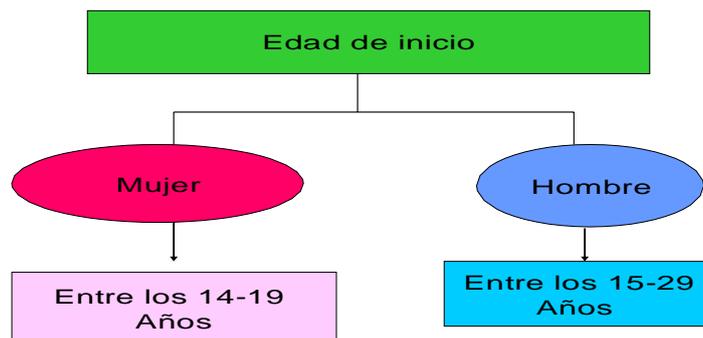
Fuente: propia resultado de las entrevistas

Además, de acuerdo a la apreciación, del inicio en el consumo de la adicción, es necesario precisar los hallazgos entre los hombres y las mujeres. En la entrevista inicial de los sujetos, se establece un diagnóstico inicial partiendo de los datos proporcionados de acuerdo a la edad de inicio, tipo de droga del usuario y el apoyo que brinda la familia. Resulta relevante, en el caso de las mujeres el inicio de consumo se ubica entre los 14 a 19 años, esto caracteriza la etapa de la vida, en la que el sujeto busca su propia identidad y aceptación dentro de su contexto social. Esta situación emerge desde la estructura familiar, son varios los factores que intervienen, uno de ellos es la contradicción entre el rol tradicional y las nuevas consideraciones de la mujer como sujeto social, esto trae consigo imposiciones, aislamiento en la participación y toma de decisiones dentro de la familia. Por tanto, buscan en esta etapa grupos teniendo como resultado asistir al consumo de drogas como una puerta para ser escuchadas, tratadas con igualdad y sentir que son parte de una comunidad. En el caso de los hombres el periodo es de los 15 a los 29 años, esto representa una actitud ante el consumo como una forma de demostrar su

masculinidad, poder, mostrarse mayor y decidido ante cualquier situación. Además buscan emociones fuertes, como respuesta a la falta de manejo del estrés.

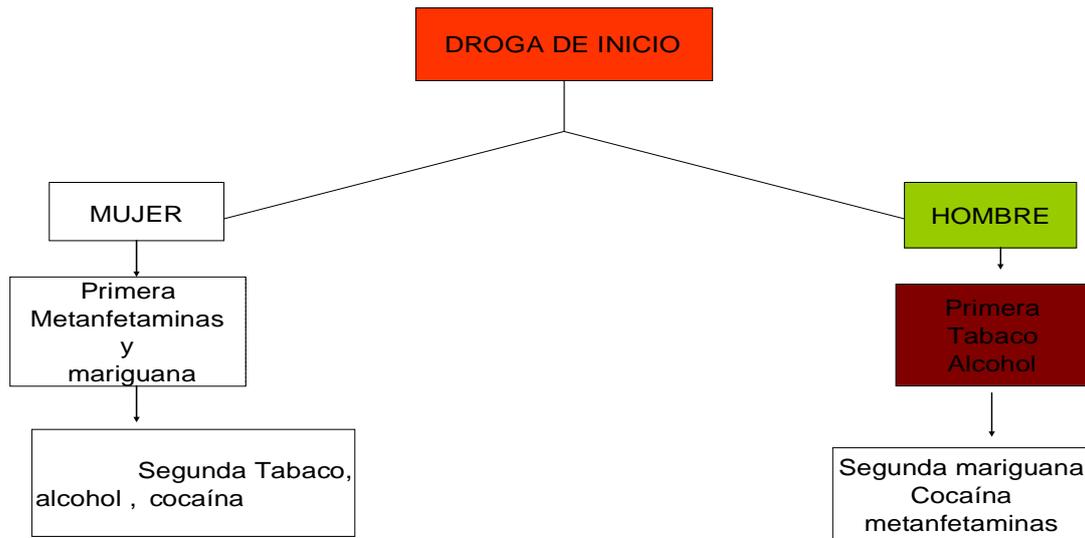
Con respecto a la droga de inicio, también esto varía en el hombre y la mujer, es importante resaltar como a diferencia del hombre, ellas experimentan con drogas de mayor impacto en la salud como son, las metanfetaminas y en segundo término el alcohol, tabaco y cocaína. Esto adquiere un significado; son conducidas a grupos ya formados con evolución y la adicción, por lo tanto su ingreso de consumo es igual o a la par con adictos de mayor experiencia. Por otra parte los s hombre inician con el alcohol y tabaco en primera instancia y mariguana, metanfetaminas, cocaína y otras en segunda instancia. En ellos se ve un proceso de evolución y de ingreso de lo más simple a lo más complejo (ver figura 3 y 4).

Figura 3. Edad de Inicio al consumo



Fuente. Propia resultado de entrevistas.

Figura 4. Drogas de inicio



Fuente: Propia resultado de la entrevista.

Un hallazgo en relación al proyecto institucional se puede tipificar como una discontinuidad, entendida en la carencia de un seguimiento cuando sale, ya que el proyecto tiene un objetivo central: que se limpien del efecto de la droga de manera clínica. Considerando lo anterior no es posible decir que sea un proyecto a largo plazo y considerar la reinserción social. Aquí cobra relevancia el abordaje profesional, en la elaboración del proyecto de vida, bajo el reconocimiento de los recursos de cada sujeto, en función de sus habilidades y destrezas, para el desarrollo y cumplimiento de su horizonte para vivir, sin que este genere una frustración que lo lleve a la recaída.

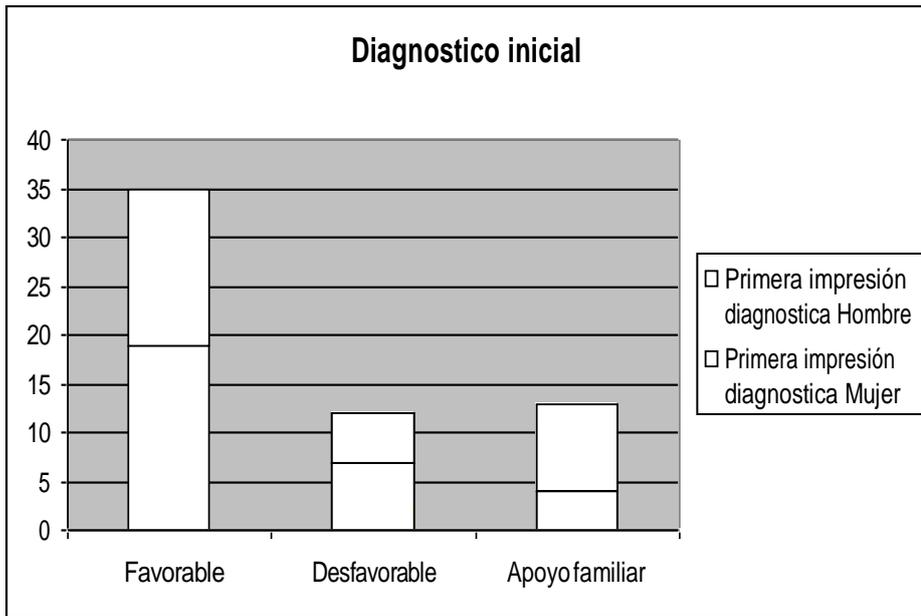
Siguiendo en el plano de las instituciones que atienden las adicciones, en ellas se, explican o clasifican a los pacientes, como funcionales aquellos que aun con su consumo siguen realizando sus tareas cumpliendo en lo laboral, si son estudiantes, los disfuncionales son aquellos que no realizan ninguna actividad todo su mundo gira alrededor del cómo conseguir la droga y seguir en su consumo. La impresión

diagnostica se establece en base a los criterios propuestos en el CIE- 10 (Clasificación internacional de enfermedades) cabe señalar que son enfermedades asociadas al consumo de sustancias de acuerdo a los datos que proporciona el sujeto en relación a su consumo se determina si es favorable o desfavorable su proceso de tratamiento.

Sin embargo es importante mencionar que al momento que el sujeto busca el apoyo a su consumo, se observa una falta de motivación por parte del profesional que brinda el primer contacto con el sujeto. Esto se relaciona con el nivel de involucramiento del profesional, en este caso la participación del psicólogo, del trabajador social y del médico en la atención de las adicciones, ya que se participa a nivel de la fase diagnóstica y, sólo con uno o dos servicios de este proceso que consta de la entrevista inicial, estudio social, entrevista psicológica, historia clínica y diagnóstico familiar.

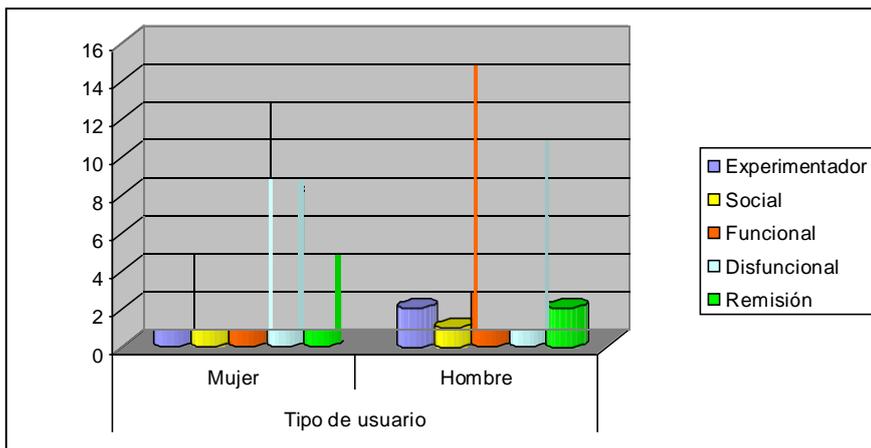
En esta revisión documental es preciso detallar, un factor que debe de ser subrayado: durante el inicio del proceso de tratamiento, en la entrevista inicial se plantea la adherencia al tratamiento como favorable o desfavorable. De esto resulta relevante como en la mayoría de las veces, la mujer se ve en desventaja en cuanto al apoyo familiar, como estrategia recomendable a su adherencia terapéutica. En tanto que, como tipo de usuario, queda claro que la mujer pasa de ser experimentadora a una fase experimental y a su vez disfuncional, en el caso del hombre, éste se encuentra con mayor preponderancia en lo funcional y disfuncional (ver gráficas 15 y 16).

Gráfica 15. Diagnóstico Inicial



Fuente: Propia resultado de entrevistas

Gráfica 16: Tipo de usuario



Fuente: propia resultado de entrevistas

Estas apreciaciones dan cuenta de que la cuestión de género cobra un papel preponderante, ya que existe una aspiración de futuro reconstruir su proyecto, sin

embargo los limitantes para organizar su contexto son adversos. El profesional no va más allá, no buscan alcanzar e involucrarse en el impulso al desarrollo humano de la persona, sólo centran la atención en la suspensión del consumo de sustancias. Por lo tanto, se cree necesario trabajar en el diseño de un manual de seguimiento para quienes concluyen su proceso de tratamiento.

En este resultado del ingreso, es relevante considerar que, el primer recibimiento en las y los sujetos que acuden a solicitar servicios de atención a su problema de consumo, ya que esto determina la adherencia al tratamiento solicitado. De acuerdo a lo que menciona la Institución Defensora del pueblo de Andaluz (2002:186) “Uno de los momentos más importantes en el tratamiento de las drogodependencias es el de la acogida del paciente, cuando llega por primera vez al recurso. La forma como se realiza está puede facilitar la adherencia o el rechazo de los mismos”. Puesto que esta parte de los servicios de tratamiento proporciona la oportunidad al profesional para que establezca mecanismos de empatía y de confianza para la aceptación de su problema y por ende, de la afirmación para seguir su tratamiento, ya que ellos presentan la enfermedad sin ser aceptada o vista como tal, por tanto se diferencian de otros sujetos que padecen otras enfermedades, es aquí donde entra la motivación y empatía que genere el profesional con el sujeto y su familia. Esta condición debe estar presente en todo momento del proceso y considerarlo al establecer el programa de intervención terapéutica, ya que los adictos/adictas no responden igual en todos los casos.

Cuando el aprendizaje, es dirigido a través del consumo de drogas, surgen comportamientos inadecuados pero, que a su vez se van internalizado en el sujeto como parte de su accionar diario y, representan una batalla, ya que dichos comportamientos

son los detonadores del problema, y constituyen el punto crucial, al ser ellos los escenarios que requieren transformarse para lograr en esa parte de su vida integrarse en su contexto y ser aceptados.

Resulta además de suma importancia encontrar que es difícil para los adictos (as) asumir su rol, en el caso de la mujer se considera que es incapaz de cumplir con las tareas asignadas. Esto las lleva a deslindarse de sus responsabilidades como madre, esposa e hija, asumiendo el rol de mala mujer, violentada, estar al servicio de su pareja adicta, y va formando lazos de codependencia a la pareja. En el caso del hombre este aprendizaje lo lleva a desarrollar conductas de apatía, culpar a los demás de lo que le pasa, no asumir su rol de proveedor en la familia, castiga a la familia por su adicción, es chantajista, usa la violencia hacia dentro y fuera, estos aprendizajes lo llevan a tener relaciones interpersonales poco favorables a su convivencia en cualquier entorno. Generalmente buscan actividades que requieran un menor grado de responsabilidad, su rol es asumido desde la falta de responsabilidad, como proveedor en la familia, es menos señalado por la familia ante su consumo.

En el género se visualiza una clara diferencia por parte de la familia, de acuerdo al sujeto mujer la respuesta es posible detectarla en dos vertientes: la indiferencia o bien el rechazo total; en el hombre, la situación distintiva la recibe de la madre y esposa. Esto contrae a visualizarse en el tiempo en la respuesta de la familia, si bien la atención para estos miembros puede considerarse con un efecto pausado en el tiempo, al no reconocerse, o bien no entender el proceso de la adicción, es importante decir que emergen horizontes de aprendizaje desconocido, que establece el sujeto, que se ve inmerso en el consumo de sustancias, es desconocido para él o ella, situación que lo

lleva a involucrarse cada vez más al consumo, experimentando con mas de dos sustancias a la vez, disminuyendo su percepción de riesgo, esto obstaculiza la búsqueda de atención a su consumo.

En cuestión de género, el consumo de sustancias es visto de manera diferenciada socialmente si el sujeto es hombre o mujer. Por tanto quien se ve más impedido en la búsqueda de servicios de atención es la mujer, pues el salir de su rol tradicional rompe con los esquemas familiares y sociales establecidos para ella.

Asimismo las Naciones Unidas, Oficina Contra la Droga y el Delito (2005:19) señalan que “Actualmente se tiene conocimiento y una conciencia más clara de que las diferencias de género en cuanto al consumo de sustancias y los problemas conexos, requieren de enfoques de tratamiento diferentes”. Por tanto cobra relevancia la perspectiva de género como mecanismo que acorta brechas para la atención de la salud tanto de hombres y mujeres.

En la siguiente figura se resume los hallazgos, identificados en relación al género y adicción, como las mujeres adictas, padecen la falta de igualdad y oportunidades de recuperación dentro de los programas de tratamiento y de sus familias (ver figura 5).

Figura 5: Explicación del concepto de género

<p>CONFLICTO CULTURAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Representación de la mujer culturalmente: Esto las lleva a deslindarse de sus responsabilidades como madre, esposa e hija, asumiendo el rol de mala mujer, violentada, estar al servicio de su pareja adicta, y va formando lazos de co-dependencia a la pareja. - Representación del hombre culturalmente: lo lleva a desarrollar conductas de apatía, culpar a los demás de lo que le pasa, no asumir su rol de proveedor en la familia, castiga a la familia por su adicción, es chantajista, usa la violencia hacia dentro y fuera, estos aprendizajes lo llevan a tener relaciones interpersonales poco favorables a su convivencia en cualquier entorno.
<p>FAMILIA/TIEMPO Y ESPACIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Temporal: Mayor tiempo de recuperación, sin el apoyo de la familia. - Experiencia: Obstáculos en el tratamiento, adquirir conocimientos de la enfermedad
<p>GÉNERO DIFERENCIACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamientos dirigidos a las condiciones específicas de cada sujeto considerando su condición individual, ser hombre/mujer. - Considerar, las vivencias personales, de cada sujeto, espacios de discusión respetando la condición de género
<p>ESTRATEGIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva de género para acortar brechas en la atención hombre/mujer. - Fortalecimiento de la red familiar desde la orientación hacia una cultura educadora

Fuente: propia resultado de las entrevistas.

El género agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y la masculinidad. Esto va dando pauta para los comportamientos sociales de cada uno en

su contexto, en el consumo de sustancias, la cuestión de género representa una desventaja para lo femenino puesto que su enfrentan a un doble estigma por el hecho de ser mujer y adicta. Es importante reflexionar esto ya que estos aspectos, van marcando la evolución de la enfermedad en cuanto a los aspectos sociales, como es el caso de la familia, como en ella el rol tradicional de la mujer es cuidar a los demás, ser responsable de la comida, el quehacer, cuidado de los hijos y al salir de este esquema rompe con los estereotipos asignados a ella. Por tanto, la mujer que se separa de la pareja regresa a su familia de origen se ve expuesta a buscar actividades laborales en ambientes a veces favorables para el consumo, como lo es la prostitución. Se puede apreciar esto en lo expuesto por M6:

a) *“Yo me acuerdo que decía que mi mama siempre bien necesitada muchos hermanos y bien desobligados aparte mis hijos y como pues se me hizo fácil como esa amiga que me junté me llego a proponer eso, y ahí cedí, más que nada más que nada cedí por que dije no pues aquí esta fácil el dinero y empecé a ver videos”.*

b) *“También sufrí mucho por ese lado, de con mi familia de por que pues me lanzaron mucho desprecio ahí en mi casa con mi mama cuando yo ya era una adicta como mis hermanos me rechazaban mucho me golpeaban por que yo llegaba y defendían a mis hijos”.*

c) *“Mi madre fue creyendo en mí porque yo empecé en la prostitución no tenia adicción en las drogas yo les ayudaba muchísimo a todos desde el mas grande hasta el mas chico de hermanos”.*

d) *“A mí me toco darles todo para los estudios, vestirlos, los mantenía yo desde Tijuana yo les mandaba dinero y a mi la gente cuando vieron cuando yo me eche a perder al vicio todos los vecinos siempre me lo han dicho y me lo siguen diciendo. Pues me hacen sentirme sola, vacía”.*

A su vez dentro del hogar se generan luchas de poder entre los mismos miembros, por tanto la mujer busca ser respetada, aceptada, a reconocida como parte importante para el funcionamiento de la familia. Al encontrarse en desventaja con el hombre busca la igualdad que resulta confundida, puesto que se relaciona en repetir comportamientos destructivos como lo es el consumo de drogas, la violencia como una forma de sentirse parte de ese entorno que les demanda comportamientos de cuidado y atención hacia los demás, olvidando que la mujer es una persona que piensa y siente como cualquier sujeto. Esta desobediencia de salir de su rol tradicional, las envuelve en una serie de acciones que las margina quitándole valor. Ante esto define M2:

a. *“Decidí, ya no estar con mi esposo por que en una ocasión lo golpearon y detuvieron y nos tuvimos que ir con su hermana a México y ella me culpó del consumo de su hermano y él no me defendió y me regresé a mi casa y le conté a mi hermano y me dijo ya no regreses con él yo te voy ayudar”.*

b. *“Seguí vendiendo y consumiendo todo a escondidas, mis hijos Siempre conmigo yo bien drogada pero siempre bien responsable con mis hijos responsable de la manera de cuidarlos a mi no me ha llamada la atención la calle, lo mío era la droga “.*

c. *“Yo me vuelvo a juntar con él, se vuelve a drogar por que me siguió el rollo a mi y pues mas mal me sentí yo y pues se vuelve a drogar y empezamos a tener problemas”.*

El no querer repetir comportamientos relacionados con el género femenino de la familia, encuentran en el consumo, el sentir que son diferentes, audaces y capaz de salir en el momento que decidan de la adicción. Esto las lleva a olvidarse de sus responsabilidades como madres ocasionando esto a la vez sentimientos de poca valía y desprecio a sus propias acciones.

Se detalla en lo mencionado por M5:

a. *“Además yo nunca he estado con mis hijos lo que a mí me dieron no se lo puedo dar a mis hijos o sea atención es que y todo lo material y yo todo eso se los ha negado a mis hijos a causa de la adicción”.*

b. *“No viví un matrimonio como yo quisiera vivir, un matrimonio feliz, al contrario viví con una persona adicta igual que yo, conviví a diario con una persona adicta con lo cual pues en su momento pudo haberme golpeado, pudo haberme hecho hasta matarme”.*

c. *“Yo misma en mi consumo no he medido las consecuencias por haber hecho mal uso de las adicciones, a la heroína, me fallé a mí misma, principalmente a mi familia”.*

Es importante considerar las condiciones específicas de cada género, representan diferencias marcadas mientras que los hombres se muestran fuertes, exitosos, atrevidos. La mujer presenta una característica más frecuente, la desolación o depresión que las pone en total vulnerabilidad al consumo. Esto la lleva a no poder manejar sus desamores y desilusiones que enfrentan durante su desarrollo personal y social, esto muestra lo difícil que es manejar emociones y sentimientos, con el fin de no afectar su integridad física. Asimismo establecen relaciones de pareja dañina que provocan un incremento y mantenimiento del consumo.

Esto se puntualiza con lo narrado de M3:

a) *“En Estados Unidos yo viví por 12 años, salí embarazada por segunda vez tuve una niña de 4 años, y un amigo que era el que me vendía droga me decía güera no consumas te van a quitar a la niña y ya cuando fui a parir al hospital iba bien drogada*

ya que tuve a mi niña, me dijeron amamante, entonces fue cuando se dieron cuenta que era adicta”.

b) *“él se quedo con mis hijos pero yo no me podía acercar a ellos por lo que mi hermano me llevo a un hotel y me dejó dinero “y yo toda parida ensangrentada” le hable a mi amigo que me vende y fue y me la regalo pero tuvimos relaciones y me dijo te dije güera no consumas, luego me dieron la oportunidad de entrar a un programa de seis meses y regrese a mi casa pero no duré mucho seguí consumiendo lo preferí que estar con mis hijos”.*

c) *“Ya de entonces estoy con él, es mi pareja y tenemos una relación de codependencia, Yo no podía vivir sin él, él me usaba, me prostituía, me obliga a hacer cosas que yo no quiero, pero no puedo separarme de él, tuve una niña con él, que la tienen sus padres no la conozco, no sé de ella, el tiene dinero sus papás le administran sus gastos”.*

También se menciona por M3:

“Mi relación codependiente me ha llevado a las peores humillaciones, mis hijos no me ven como madre, el ha dañado a mis padres y hermanos, no me deja me persigue y yo no puedo alejarme de él”.

Generalmente, la desolación es una de las situaciones que ocasiona que el consumo de sustancias sea una opción para no sentir ese sentimiento que impide relacionarse y convivir con los demás, ven en este consumo una forma de integrarse a un grupo determinado. Se narra por M5:

“Pues no sé porque a mi desde chiquita siempre me ha gustado estar sola disfrutando mi soledad, así estar encerrada en mi cuarto viendo la tele o si no acostada en el sillón de la sala viendo el cielo desde un principio he sido así que me gusta estar conmigo y mas que nada desde chiquita yo tenia la loquera esa de probar las drogas”

En esta cuestión de la desolación M6 agrego lo siguiente:

“Yo me cortaba yo me automutilaba mi cuerpo por quererme sentir viva bien me cortaba por que la miraba que yo me alejaba de la sociedad solamente”.

M3 narra:

“Recuerdo cuando yo fui a mi casa en vacaciones quiero ver a los niños no me dejó mi hermana y me metí ala cochera y mire unas fotos y las miro las rompió y las tiró por que dijo que yo no podía hacer madre y me dolió pero como andaba anestesiada de mi cuerpo no sentía nada, viví y me refugie en las drogas no tuve valor para enfrentarlas y se me hizo mas fácil”.

Además, dentro de la cuestión de género se visualiza como la etapa de la adolescencia representa para la mujer, una realidad que le impide integrarse en su entorno social como un sujeto importante dentro de su entorno familiar, esta falta de igualdad y reconocimiento, en esta etapa genera en ellas sentimientos de impotencia e injusticia que mal canalizada las lleva a entrar a problemáticas sociales, como lo es el consumo de sustancias. La familia representa en espacio de protección, para los sujetos, por tanto esta etapa es trascendental para que los hijos se sientan escuchados y aceptados.

Alo que remite M6:

a) *“Me fui de mi casa, mi mamá me dijo que si que iba a ser que si me iba a quedar o si me iba ir porque yo no llegaba en dos o tres días y volvía a la casa me bañaba me cambiaba y me iba otra vez”.*

b) *“Mi mamá no sabía que usaba drogas, mi mamá ni si quiera se imaginaba que yo usaba drogas, ella se dio cuenta hasta que a mí me encerraron, yo confesé que yo usaba drogas, yo solamente usaba pastillas y marihuana y mi mamá me encerró”.*

La historia de vida es un texto que necesita vitarse en una relación significativa que permita localizar las áreas problemáticas que le dan sentido al relato, esto es la historia de vida es adentrarse en la narración del sujeto donde las contradicciones y los condicionamientos marcan también estrategias que lo liberan, o bien le marcan los espacios y formas del vivir. Estas áreas problemáticas conforman esas categorías otorgándoles sentido a la problemática y su orientación para visualizarla, no de forma pasiva, si no reactiva esos momentos que puntualiza la realidad vivida y relatada.

La historia de vida adquiere una vinculación de experiencia que se proyecta y ubica el ambiente contextual. Se debe tener claridad, ya que es el investigador el que observa ese mundo de la historia de vida con los recuerdos las impresiones y realiza lecturas que hacen transitar los acontecimientos vividos y formular unidades de experiencia que permite establecer vínculos que conducen, al analizar. En esta situación el contexto donde se define la acción remite a un significado que permite reconstruir los fragmentos significativos de la cultura y en ella lo individual construye esos puntos sociales que conllevan a presenciar lo vivido en la cotidianidad donde se dibujan las estructuras sociales y donde convive el sentido de lo humano.

5.3. La familia, el conflicto y su evolución: Las vivencias de la familia como una nueva apertura para analizar sus transformaciones.

Se proyecta un tipo de familia, donde el factor del abandono y junto a este, la falta de apoyo son líneas que hacen el paisaje del sujeto adicto. Se presenta el abandono al tener una pertenencia a una familia extensa y por lo tanto la extensión de apoyo es limitada, como lo plantea M1 (ver anexo 5). Si bien la carencia del padre es notoria, la experiencia para configurar una nueva familia genera conflictos y regresa a ese espacio completo, donde el apoyo se torna fragmentario. Esta situación se puede decir que se extiende en un horizonte conflictivo como es el caso de M2 (ver anexo 6). En estos dos momentos se tiene un parecido la extensión de la familia, con esto lleva a otro punto; provenir de madres solteras y sin referencia de un proyecto de vida. También se visualiza el establecer relaciones de pareja bidependientes puesto que establece relación con la droga y el encuentro amoroso esto lo refiere M3 (ver anexo 7).

Un tercer caso de referencia familiar es de M4 (ver anexo 8), si bien a qui se acentúa el horizonte de conflictos que genera el desprendimiento y las decisiones del retiro familiar. La pérdida de las figuras principales llevan a encontrar en las sustancias una idea falsa en llenar esos espacios de dolor y pérdida como lo experimenta M5 (ver anexo 9). Esta exposición de los miembros mas jóvenes al mundo social es una ruleta de la vida, en el caso de M6 (ver anexo 10) encontró a la persona en una ruta equivocada. La cúspide del horizonte de la desintegración familiar, la composición familiar y la educación al interior de la misma, demanda precisar en su historia aquellos acontecimientos que provocan fracturas, sin embargo cuando los silencios la plagan y se resguardan los conflictos la exposición de los miembros más jóvenes quedan a la deriva

al interior del mismo mundo familiar. Por lo tanto, la atracción al otro extremo, esto es la adicción se convierte en un imán, en ello se encuentra a la familia como una vertiente donde los relatos hacen emerger un sentido pleno del problema, pero además se dibuja el abandono social para educar a la propia familia.

Se puede decir que los rasgos de la evolución de la familia se encuentra en una contradicción constante, por una parte no se tienen los elementos configurantes de que sea la familia, el espacio capaz de educar sujetos y por otra parte la evolución del contexto donde se acentúa la individualidad, el hedonismo como la magnificación del placer, las ausencias de apoyo en una educación sexual y de formación familiar, marcan la paradoja: la familia es responsable, mientras el estado genera proyectos de rehabilitación que no responden a formular proyectos vida y es la sociedad que muestra abandono ante el acontecimiento de la adicción.

Describir el factor familiar en los conflictos de abandono indiferencia y abusos es delatar la crisis de lo institucional y, en ella la necesidad de nuevas estrategias. En este sentido la formación de lo humano y la formación de ciudadanía permiten establecer rutas que lleven a un proyecto de vida y no a un proyecto de adicción, tal es el caso de M1: *“Mi esposo me golpeaba constantemente por eso lo deje y me fui a vivir a mi casa con mi mamá”*.

Dentro de esta categoría se visualizan, distintas características que representa para el sujeto daños a nivel físico y emocional. Es importante especificar que en la expulsión del miembro de la familia arriba a un contexto donde se puede otorgar cualidades a las formas de crear adicción. En cuanto a la adicción en el contexto laboral, en este caso la

prostitución, remite a configurar a un sujeto que responde a dicho contexto en una evolución que lo lleva a configurarse desde la curiosidad, experimentar a responder a solicitudes del contexto laboral, esto se reafirma en lo expresado por M1:

- a) *“A los 21 años empecé a prostituirme, por la necesidad más que nada empezar esa vida, después una muchacha se me acercó y me ofreció trabajo, en el trabajo ese de la prostitución”.*
- b) *“Esa muchacha consumía mariguana una vez me tocó salir con ella a un compromiso, entonces fue cuando ella me dijo pues que fumara y pues si consumí nunca me había dado curiosidad ni mucho menos deseo, después de hacerlo y se me hizo fácil, se me hizo fácil como la vida y la probé me acuerdo que la probé esa vez y no la probé dentro de unos días pero ya después empezó a como agradarme empecé a ponerle más seguido”.*
- c) *“Mi total derrota fue el cristal”.*

En este proceso los compromisos del contexto configuran ese momento de la figura del adicto, esto caracteriza una tipología del empleo de drogas, por una parte es la demanda para estar en ese contexto y por otra parte genera momentos de olvidos y lograr terminar la jornada. Pero lo que si es importante remarcar es que no existe una respuesta que llegue a una profundidad de atracción para transitar como propuestas de una política pública, en cuanto a la salud mental de este tipo de mujeres. Este tipo de adicto se caracteriza por su decisión de llegar solitaria a las adicciones de acuerdo a la siguiente historia:

“Soy castigada por ser adicta no por ser prostituta”.

El segundo tipo de adicción es el hogareño, ya que se configura en la cotidianidad del hogar, es colocada en la naturalidad del vivir para todo los miembros, sus grados de impacto tienen un horizonte de mayor profundidad, debido a naturalizar su empleo y no ingresar a su problematización. Lo cual se aborda con M2:

a) *“Tenía 26 años cuando me entro la curiosidad de que se sentía consumir esa droga pues veía a mi hermano bien prendido, esto pasó cuando mi esposo trabajaba vendiendo la droga con mi hermano y como a mí no me gustaba quedarme sola, me iba a dormir a casa de mi mamá, empecé a sentirme mal por que mi esposo trabajaba vendiendo y yo dormida y el pasando frío o calor, para esto yo tenía 26 años. Me gustó por qué me ponía muy activa en el quehacer de la casa, me despertaba el deseo sexual.”*

b) *“Entonces me empecé a quedar despierta con él, pero me preguntaba por que aguantan tanto, ya me entro la curiosidad, un día mi hermano dejó un pedazo de aluminio en el sillón y yo lo agarré y dije pues que sienten consumiendo esto y así lo empecé a usar y ya me gustó, me sentía muy activa, no dormía, aguantaba toda la noche, todo esto de drogarme lo hacía a escondidas sin que me vieran.”*

c) *“Pero un día mi hermano se dio cuenta y no dije nada solo dijo te dije y siempre lo hiciste, bueno ya ni modo”.*

d) *“Cuando mi esposo supo me cacheteó delante de mi hermano se fue y luego regreso y me obligó a consumir con él”.*

En este tipo de adicción los lazos consanguíneos remiten a entrelazarlos al acceder a compartir una determinada droga. Los alcances de este suceso o este acontecimiento implican considerar los efectos que transforman a la familia, los cuales le generan caracterizaciones que no encuentran sentido en el proyecto social. Si esta adicción es hogareña, se está planteando las distinciones entre la familia, las prácticas y formas de compartir adicciones, a su vez esto demanda acercar la dimensión profesional que remita al interior desde la psicología, la extensión en la sociología, esto es al mundo social y político y, el trabajo social y sus vínculos de estudio e investigación de las configuraciones humanas al interior de la familia.

Reafirmado esto M4:

- a) *“Pues igual me salí de la casa por que pues no quería estar viviendo eso en mi casa pleitos y pues de alguna manera yo quise hacer mi vida ya me salí un poquito grande”.*

- b) *“Soy la hija menor de 4 hermanos yo nunca pues en mi casa lo tenía todo pero pues me faltó lo más importante, pues de alguna manera la atención, tuve todo lo material pero quizá la atención de mis padres”.*

- c) *“Me trajo consecuencias graves, mis suegros nos alcaheteaban nuestro consumo de alguna manera, ellos nos apoyaban por que yo entretenía a su hijo, incluso nos internaban a los dos, mi esposo falleció a consecuencia del consumo y me dejaron a mis hijos pero yo seguía drogándome”.*

El tercer tipo de adicción es para combatir la desolación, significando no encontrar el espacio que permita un desarrollo como persona en el mundo social. Refiere a un estado

completo en la desilusión, de un proyecto de vida limitado y contundencias a resolverlo de una manera donde la curiosidad se entrelaza con la causalidad que la va llevar a eso. Se puede detallar esta evolución en lo narrado por M3:

- a) *“Yo era una mujer bonita que sabia cocinar, que era limpia, mi vida empezó a ponerse obscura desde el momento desde que yo dije que ningún hombre me va a agarrar con un hijo y estoy fracasada en mi mente, mi mente estaba limpia y pura no había maldad no había adicciones no había odio, rencor, coraje, yo era feliz en el momento que él terminó la relación”*
- b) *“Que yo consumo es una droga muy fuerte muy agresiva se llama cristal”.*
- c) *“Trabajar llegué de trabajar y sentí la necesidad de ingerir mas droga porque de alguna manera mi cuerpo pues en el momento ya aceptó y me hice adicta al instante 2,3 veces y a veces me vuelvo adicta”.*
- d) *“Inicie con cristal esa fue mi primer droga cristal me gustó y seguí consumiendo mi niño pues nació, mi hermano de una manera me lo cuidaba yo me iba ya no me preocupaba por mi hijo a mi ya no me interesó mi hijo a mi me interesaba mas una dosis una droga, tener amigos en mi celular”.*
- e) *“Yo no tenia amigos que no consumieran, si un muchacho que se miraba bien de clase o de familia bien educado no me interesaba a mi me gustaban puros cholos fracasados, adictos malandros porque era mi vida verdad, de alguna manera a los adictos nos gusta todo siempre fácil verdad una persona que viste bien y que*

tienen buen trabajo y que tiene una carrera, para que verdad amargados decimos nosotros niños fresa o apretado o aburrido”.

- f) *“Droga, conocí a una persona, esta persona tuvo una niña, esa persona era cocinero, cocinaba cristal me gustó la idea de que cocinara cristal, yo correteaba la dosis, yo no correteaba a un hombre, estuve con él y me llevaba mucho material me tenía bien contenta, bien contenta, pero salí embarazada de él, fue mi niña pues ya a él lo metieran a la cárcel me fui a mi casa todo feliz”.*

Reafirmado por M5:

- a) *“Empecé a la edad de catorce años, con amigos, como una forma de revelarme a lo que me pasaba, perdí a dos personas muy importantes en mi vida, mi madre y mi hermana mayor”.*
- b) *“Todo empezó por que mi hermana la que me queda ahorita tenía amigos y amigas que consumían marihuana y pues yo me daba cuenta yo estaba pequeña y yo me daba cuenta”.*
- c) *“Yo soy las que busqué yo quería saber que era eso”.*

El Cuarto tipo de adicción es el que se da en la adolescencia, en esta etapa del sujeto, donde busca una identidad dentro de su familia y grupo de pares, representa un riesgo que implica buscar esa identidad inmersa en el consumo de sustancias, a consecuencia de la falta de cohesión familiar, que no les proporciona una comunicación, expresión de sentimientos, supervisión, cercanía, normas y reglas que les proporciona establecer relaciones interpersonales sanas dentro del grupo de amigos. Siendo este un entorno de seguridad y bienestar, en ocasiones resulta lo

contrario, se muestra como un entorno desfavorable desde la propia formación de la familia donde se gestan relaciones de abuso, violencia y maltrato a las diferencias de los miembros de la misma, por tanto la salida más próxima para estos adolescentes es el consumo de sustancias. Se puntualiza esto por lo relatado por la M6:

- a) *"A los 10 años fue cuando yo empecé a tomar porque yo me sentía bien sola porque mi mamá se iba a trabajar y mi hermana la mayor se iba con su novio y yo me quedaba sola en mi casa no sabía que hacer sentía mucha depresión a mis 10 años iba en 5to grado y me sentía muy mal".*

- b) *"Y, entonces empecé salir a la calle me ponía ropa de grande como si tuviera 20 o veinte tantos años usaba shorts demasiados cortos, faldas muy cortas, ropa muy extravagante pues para mi vida no era correcto empecé a juntarme con personas mucho más grandes que yo personas que ya tenían 18 o 20 años que tomaban, que andaba de carro en carro, muchachas adictas, muchachas que se prostituían y ellas me invitaron a probar el alcohol".*

- c) *"Y ya me hablaban de tachas, me hablaban de muchos tipos de drogas, yo si quería probarlas, pero no me animaba me daba mucho miedo".*

- d) *"Cuando probé la marihuana una compañera de secundaria, ella la usaba y pues yo quería saber que se sentía por curiosidad porque yo miraba que los de la bolita lo usaban y yo me sentía aceptada y yo miraba que todos lo usaban y quieres y no pues no quiero ay me vas a dejar abajo me decían entonces yo la consumí a esa misma edad yo llegaba bien tarde a las doce o una de la mañana".*

- e) *"Y pues mi mamá loca no sabía dónde buscarme, hay veces que me esperaba allá fuera, ahí estaba fume y fume esperándome y eran pleitos y pleitos y ella me pegaba porque ella se desesperaba me pegaba una cachetada y yo le pegaba dos".*

f) *“Empecé a juntarme con gente mas grande que yo tenia mucha mas vivencia a los doce años conocí a un muchacho, Alexis pues se hizo mi novio y anduvimos con él fue mi primera vez, fue muy difícil la primera vez a causa de mi violación, no sabía porqué pero algo me decía, no se sentía muy feo pero no se me olvida Yo andaba mariguana andaba bien borracha, esa noche fuimos a su casa tuvimos relaciones, pues yo no lo mire una semana para mi fue algo muy fuerte y me dio mucho coraje que el hiciera eso, yo me puse con su mejor amigo y con su mejor amigo fue cuando yo fui probando la éxtasis a mis doce años”.*

5.4 Las instituciones y el proyecto de rehabilitación, un lenguaje de encuentros o desencuentros.

Las instituciones que atienden el consumo de sustancias, se ven limitadas en la atención del sujeto por género, ya que las condiciones hombre / mujer se presentan diferenciada, puesto que el consumo varia por sexo. Por tanto, la atención se ve limitada a solo suprimir los daños a nivel físico dejando de lado la parte psicosocial. El sujeto generalmente tiene la postura de acudir al tratamiento buscando como prioridad la atención médica, considerando que mediante un medicamento va ha dejar de sentir malestares físicos. En si las instituciones son insuficientes y limitadas al otorgar atención especializada, ya que en las estrategias de las políticas publicas aplicadas a estos programas le son destinadas un monto inferior, esto da como resultado no tener alcances satisfactorios por ser costoso dar atención al adicto en recuperación, por los diversos factores que intervienen.

A su vez, los programas, en la atención de las adicciones, se han canalizado específicamente al género masculino, a raíz de los cambios sociales que se presentan en

el contexto social, generalmente se diseña para atender al hombre, esto representa una deficiencia de las rutas para resolver el problema. Si se considera que la mujer está acrecentando su incursión en el uso y abuso de sustancias psicoactivas, las respuestas institucionales no están preparadas para atender este grupo. Así mismo el consumo de drogas representa un sinnúmero de situaciones tanto físicas como emocionales que requieren de un abordaje multidisciplinar, situación estratégica que pudiera hacer posible una reinserción social adecuada y favorable a sus condiciones sociales y familiares.

Ante esta situación, las mujeres, regularmente acuden a servicios poco favorables a su recuperación y para atender su adicción es necesario mantener relaciones familiares y personales favorables a su vida, aprovechar su recuperación, principalmente mantenerse sin consumo. A lo que relata M1:

- a) *“Por que de hecho gracias a dios ya no estoy igual que antes en el vicio pero de todos modos verdad he tropezado pero gracias a dios me he levantado”.*

- b) *“A cada paso voy dando cada proceso que he llevado, he esperado mucho cosas aunque a veces recuerdo y digo hay como me pesa estar aquí”.*

- c) *“Pues quiero salir con un trabajo bien decentemente y ya no andar en la calle es ahora sin prostituirme, pues si siento un vacío un rechazo de las personas, de unas a otras pero pues yo pienso que se tiene que sentir la persona seguro de uno misma, verdad, debe valer y demostrar lo que uno vale mas que nada y sabe enseñarle a los demás”.*

Generalmente al buscar atención, la mujer adicta se mantiene ocultando su consumo, por el temor a ser señalada. Regularmente al acudir a los servicios de tratamiento se debe a una dependencia grave en el consumo de sustancias y al no contar con espacios acordes a sus necesidades. A su vez están sujetas a las demandas del familiar y

condicionadas a que si sigue igual le quitarán a los hijos o se le retira el apoyo brindado.

A lo que relata M2:

a) *“Mi ama me encerró por primera vez aquí, fue el dieciocho de agosto del dos mil ocho Yo estoy aquí cada seis meses salgo y el mismo día vuelvo a consumir, mis hijos me los cuida mi madre en esta ocasión, él me los quiere quitar por eso estoy otra vez aquí (SIC)”*.

b) *“Y me volvía encerrar mi mama las tres veces pero la tercera vez duré otros tres meses y salgo.....y me vuelvo a drogar el mismo día que yo salgo de un anexo me vuelvo a drogar (SIC)”*.

En tanto que M3 menciona que:

“Mi hermano me interno en una clínica en Tijuana donde yo lloraba por que quería estar con el güero, ahí descubrí del abuso que recibí a los cuatro años por un tío, ay lo perdone, incluso enfermó y yo lo cuidé”.

Si bien el proyecto contra la adicción es posible calificarlo en términos de logros temporales sin embargo la esencia fundamenta es el proyecto posterior. A su vez muchas de las situaciones que las limitan, muchas de las situaciones que limitan, a la búsqueda de tratamiento es el alejamiento con la familia, mientras estas en el consumo activa, no ven esa necesidad, cuando ya están en problemas graves por su consumo la familia sale a brindarles ayuda y buscan espacios de tratamiento de una forma desesperada sin tomar en cuenta las condiciones del lugar y los tratamientos que ofrece.

A lo que narra M4:

“Pienso que mis hijos no los voy a recuperar, están mejor lejos de mí, ellos los tratan bien, además volví a caer igual yo sola conseguía la droga, hasta que un día mi mamá me encontró en la calle y me llevó a un centro donde me han ayudado, todos los días quiero echarle ganas a mi adicción no quiero volver a caer, no tengo motivaciones solo a mí misma”.

Al buscar una atención a su problema de adicción, se plantean un proyecto de vida que les fortalezca su reinserción social, buscando estrategias que incrementen sus posibilidades de una reinserción social, con el fin de lograr una aceptación en su entorno familiar y social donde el sujeto interactúa.

A lo que describe M3:

“Primeramente recuperar a mis hijos, ellos ya tienen el mayor once años y mi hija tiene ocho años y la otra va para cuatro pero a ella no me la van a regresar, yo se ellos me piden que no regrese con ese hombre, yo quiero a mis hijos, los quiero recuperar”.

Siguiendo esta línea M2 agrega:

“Que yo si puedo hacer diferente que si puedo tener una madre diferente que se sienta querida por ellos que me abracen y que se sientan dichosos de mí de que vean que llega su madre del trabajo.... Cansada y que no me vean drogada que me vean llena de amor para darles a ellos y cuidarlos como deben de ser. Como mujer me siento fuerte me siento segura de mí misma, me siento valiosa, me siento que yo puedo salir adelante....y una mujer adicta es que le enseñan a como vivir la vida sana que le ayuden a uno haz de cuenta un niño cuando empieza a caminar, yo me imagino así.... Poco a poco tiene que ir aprendiendo uno”.

Asimismo, plantean sus objetivos con el fin de estar bien, para que los que están a su alrededor también lo estén, anteponiendo sus propias necesidades y recursos que les brinden una adecuada recuperación. Construyen la idea de un volver a nacer y en esto demandan un aprendizaje, que exige un compromiso de respuesta de parte del mundo social. Ante esto M4 señala:

“Todos los días trabajo, para estar bien yo se que salir de la heroína es difícil, pero todo depende de mí ya llevo cuatro anexos y no más no ya tengo que quererme, verme como ser humano, alejarme de los amigos que consumen todos los días pienso que es una nueva oportunidad para mí, se que no voy a recuperar a mis hijos ellos están mejor sin mi, mi hermano los cuida muy bien, está con ellos, contrató una señora que le ayuda con ellos. Aprenderé a trabajar y estudiar lo que no he hecho en la vida”.

Sus proyectos de recuperación también los basan en seguirse preparando educativamente, esto lo ven como una opción para salir de su consumo perjudicial. En tanto que M5 agrega que:

“Pues primero que nada empezar la prepa seguir estudiando inglés”.

A su vez, se tropiezan con obstáculos que les impide lograr esos objetivos en su tratamiento, además, se requiere formar en el sujeto formas de resolución de conflictos que la lleve a encontrar solución a su limitaciones personales, económicas y familiares.

A lo que narra M6:

- a. *“Yo la verdad mi mamá no tiene la manera de darme estudio, le está yendo muy mal en el trabajo Yo estoy haciendo participe de un programa que se llama nueva vida en el cual yo saliendo de este lugar si dios me lo permite voy a integrarme a ese grupo que me va a dar un apoyo económico para la escuela, me van a dar una beca y a un programa que se llama prevención para recaídas”.*
- b. *“Yo estoy segura que si me apego a esto no voy a caer porque tengo muchos programas pues, y tengo las herramientas para salir adelante, yo quiero terminar mi secundaria, no terminé primero de secundaria, mi preparatoria y quiero hacer una carrera de licenciada en psicología”.*
- c. *“Pues no, fue una esperanza de vida lo que puedo decir nada mas es que como puedo salir de las drogas fue aceptando la ayuda y estoy muy dispuesta al cambio, dando buena voluntad gracias a dios”.*

Para dar una atención adecuada al consumo de drogas, es necesaria la formación de profesionales de la salud, con opciones de capacitación y especialización para la atención de esta problemática, así mismo Trabajo Social representa una figura de integración, orientación, canalización y reinserción del sujeto social a su medio social y familiar, por lo que la preparación y capacitación constante y el trato humano hacia sus usuarios es algo que no puede faltar en su proceso de formación y habilitación.

Por ello, entre otras cosas, es importante reconocer la forma en que la profesión del Trabajo Social es vista desde la perspectiva los jefes inmediatos en cuanto a sus aportaciones en la atención de las adicciones a lo que menciona J1:

“la integración de la profesión de trabajo social juega un papel muy importante por que es un trabajo este interdisciplinario, entonces trabajo social se considera en una medida muy importante, depende del trabajador social, el impacto o la importancia que le puede dar tenemos en la institución trabajadores sociales que han elaborado libros, sus investigaciones sobre aspectos que se desarrollan en el ámbito de trabajo social”.

Es así como la profesión representa un enlace entre familia-adicto-institución, para establecer el diagnóstico hacia el paciente para el abordaje terapéutico que se va a brindar al sujeto y la familia a lo que J1 refiere:

“Trabajo social, entonces juega un papel muy importante yo creo que depende de la penetración de cada uno de los trabajadores sociales, si bien es cierto las profesiones de psicología y medicina, en muchas ocasiones no alcanzan a vincular la función del trabajador social puesto que ellos recaban su información clínica, tanto medica como psicológica, y el ámbito de trabajo social, mi percepción es que no integran del todo la información se limitan solo a descubrir, cuanto es el costo que va pagar la familia y creo que eso es muy limitativo por que el estudio social, pues te da muchos más recursos para que puedas desarrollar programas específicos sobre eh algún tema de las adicciones con los usuarios”.

Es aquí, donde se visualiza la importancia, que tiene la especialización y capacitación del profesional en trabajo social, que le permita adquirir una seguridad en la atención de las adicciones a nivel familiar, individual y grupal, puesto que la profesión es identificada con métodos y técnicas que apoyan en la aplicación de programas dirigidos a la prevención y tratamiento de las adicciones, a lo que J1 menciona:

“Pero el marco de referencia viéndolo desde el punto de vista de trabajo social se ven las tres metodologías principales trabajo social de grupo caso y comunidad se pueden aplicar perfectamente dentro del desempeño del trabajador social dentro de la institución en los aspectos tanto de prevención como de tratamiento”.

Es aquí donde cobra importancia, las actitudes, habilidades y destrezas de cada profesional en trabajo social, en la aplicación de las metodologías de su formación profesional.

También resulta importante, para estos hallazgos la impresión o visualización de su desempeño laboral en la atención de las adicciones a lo que TS 1 menciona en cuanto a su experiencia en la atención de las adicciones con mujer:

TS 1: “En este caso pues aquí en nuestra institución atendemos diferentes población entre ellas pues mujeres, vemos que si la asistencia es menor que la población de hombres, más sin embargo pues traen diferentes expectativas, estas persona algunas pues si muestran disposición eh por que por la misma problemática que esto conlleva a problemas mas fuertes en el ámbito familiar, mucho mas cuando son pacientes mujeres son madres de familia, amas de casa pues es una problemática difícil a la cual ellas eh pues están vivenciando, un aspecto es que se sienten muy señaladas y ven doble culpa por tener la problemática ser mujer y por muchas situaciones, entonces es parte de las experiencias que he tenido en mujeres y en adolescentes, la actitud es mas que nada pues negadora poco participativa si varía un poco”.

De tal manera se identifica como, la mujer adicta tiene un menor apoyo de la familia a diferencia del hombre TS 2 menciona:

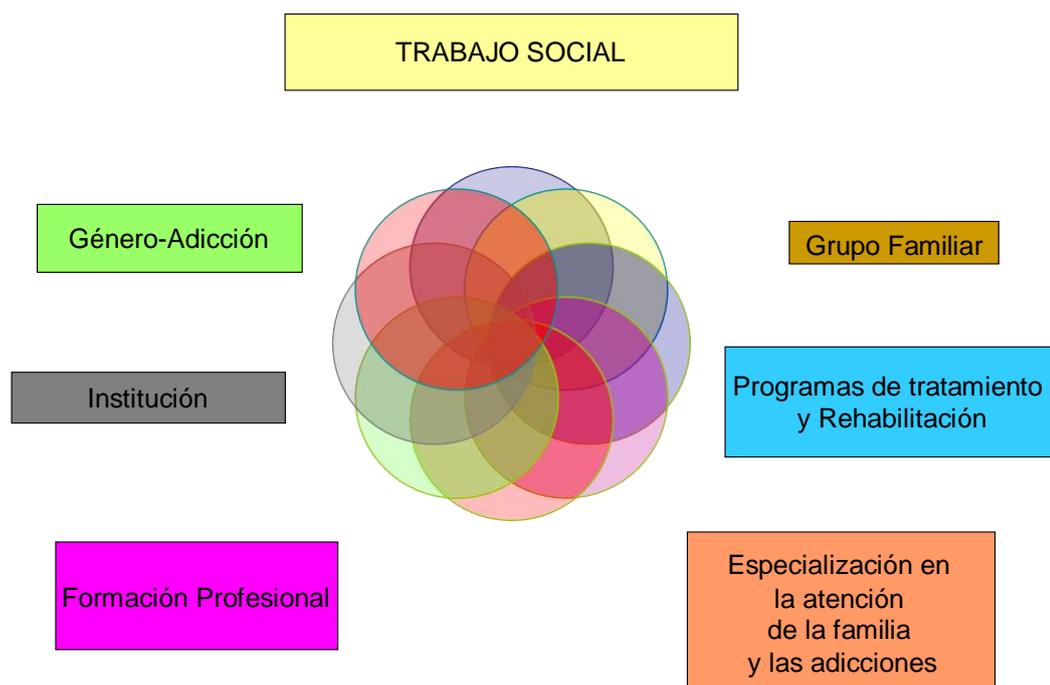
“Considero que hoy en día el consumo de drogas va en aumento en población femenina, por ese motivo es importante contar con espacios de capacitación respecto al género, de hecho en la institución nos capacitan en relación al género pero creo que

falta, además es difícil atender a la mujer si ellas no acuden a tratamiento, la familia ni las acompaña, eso dificulta su adherencia al tratamiento, si no cuenta con lazos de apoyo, como se recupera”.

Por tanto, es importante la incorporación del género en la atención de las adicciones, y como el fortalecer el apoyo familiar permite una mayor adherencia al tratamiento. Así como la capacitación del profesional para el abordaje en este grupo social.

De esta forma la intervención de trabajo social, es limitada en el abordaje familias, ya que su intervención se carga hacia la prevención. Así, mismo el contar con espacios educativos de especialización en la atención del grupo familiar, permite la intervención desde un enfoque metodológico, en la atención de los sujetos sociales. (ver figura 6).

Figura 6. Aspectos relevantes en la profesión de trabajo social en su intervención en el tratamiento de las adicciones.



Fuente: propia resultado de los hallazgos.

Por tanto, se concluye que el contar con una mayor apertura en la atención de las adicciones como profesionales, con estrategias favorables a la atención de los sujetos sociales inmersos en la adicción. Así, como el contar con espacios de especialización y aprendizaje constante.

CONCLUSIONES

Situarse en el espacio focal de la mujer adicta implica detallar las líneas que la configuran como un sujeto social que posee caracterizaciones de las acciones que realiza y se realizan en ella. Es visualizar en ese cuerpo femenino las problemáticas de un vivir social, se reúnen vivencias y se proyectan en ella las experiencias del mundo social, esto es como parte de la vida, de la organización, de las perspectivas de entender el entorno, de las vertientes que desvían el concepto de vida. En sí, es ver en ella un transitar de luchas donde los factores negados por la sociedad se depositan en su proyecto de vida, así hace posible analizarla como sujeto social inmerso en la familia, las instituciones de apoyo y las tendencias de su estudio en las tendencias del espacio de Trabajo Social.

Desde lo teórico, el concepto de familia debe de proyectarse en un escenario de aciertos y conflictos: La familia debe de visualizarse en sus encuentros consanguíneos y sus desencuentros sociales como un lenguaje de proyecto de vida. Además generar en este concepto las respuestas de conflictividades de la adicción para precisar en ella las estrategias positivas y negativas como defensa de su unidad y proyección de la vida social.

Un segundo punto ubica los vínculos familiares y el sentido de configuración de redes donde la unidad familiar desprende lazos que se configuran en el tejido de concepciones del mundo, de formas de actuar, de respuestas a los conflictos desde un parámetro educativo, de emitir en ella todo el cúmulo de experiencias que desde su núcleo considera pertinentes que son los hilos que entretejen su expansión por el mundo social

y su fortaleza como unidad. De esta manera, la impronta es el analizar esos hilos que se tienden como expectativas de redes familiares hacia el conflicto de la adicción, reconocer aquellas estrategias favorables y diversificar en ellas una educación familiar, pero subrayar aquellas estrategias no adecuadas de acuerdo a esa diversidad de la familia y sus redes.

Para finalizar la concepción de género para visualizar a la mujer adicta conduce a presenciar la diferenciación sexual de un problema social y con ello se reafirma la cultura sexista y patriarcal que le determina formas de actuar desde un estereotipo y su vulnerabilidad al trastocar este estereotipo a través de las adicciones.

Las categorizaciones del consumo de sustancias en población femenina, parte de situaciones que se dan en el contexto familiar, la cuestión de género, la atención que se brinda desde las instituciones y los profesionales que atienden la salud de los sujetos inmersos en la adicción, esto nos lleva a concluir que:

- La familia representa un grupo, en el cual los sujetos adquieren, valores, habilidades que lo lleve a, establecer relaciones personales adecuadas que les admita mantener una vida sana, por tanto al momento de tener contacto con el consumo de sustancias si estos valores y habilidades no están bien reforzados, esto provoca fracturas y convivencias poco sanas que afectan las relaciones del grupo familiar.
- Las conductas permisivas al consumo de sustancias en la familia, es un factor de riesgo que lleva a los sujetos a considerar estas conductas como normalizadas y aceptadas socialmente, minimizando los daños a corto, mediano y largo plazo a la salud física, emocional y espiritual de estas conductas.

- El establecer relaciones interpersonales, es parte de las vivencias diarias del sujeto, esto se va adquiriendo a lo largo del desarrollo individual de cada uno, por tanto en la familia se fortalece y fomenta la capacidad para que estas relaciones sean favorables.
- Es importante el sujeto establezca grupos de pares, que lo apoyen dentro de su proceso de tratamiento, es la importancia de las profesiones que atienden la salud de generar habilidades sociales que ayuden al adicto a establecer relaciones sanas, que lo lleven a una mejora en su salud, buscando un reinserción social del individuo bajo estrategias favorables a la formación de grupos de contención y razonamiento de sus vivencias personales a lo largo de su consumo. Es mostrar que si puede lograr una reinserción social, estableciendo vínculos de afectividad en grupos iguales con metas y propósitos claros para el mantenimiento de la abstinencia ante el consumo de drogas.
- El núcleo familiar, lejos de ser un espacio de protección y acompañamiento, en ocasiones representa un parte de riesgo para el sujeto puesto que las conductas de los demás integrantes atentan hacia la seguridad y bienestar del mismo. Por tanto se demanda una reeducación en el entorno familiar.
- El consumo de drogas en el género femenino esta íntimamente relacionado con la desolación, que ellas experimentas al momento de no ser aceptadas y tomadas en cuenta en los espacios donde interactúa, llevándola a sentimiento de desesperanza hacia su papel familiar.

- Esta realidad representa una de sus limitantes para acudir a servicio de atención a su enfermedad, esto provoca la invisibilización del consumo de sustancias en población femenina.
- Además las encuestas en adicciones en algunos rubros no toman las condiciones diferenciadas del consumo de drogas en hombres y mujeres, esto obstaculiza elaborar políticas y programas dirigidos a las condiciones específicas de la mujer drogodependiente.
- Las instituciones que brindan atención a sujetos inmersos en las adicciones requieren de estrategias que les permita dar atención con perspectiva de género, en sus programas y proyectos.
- Preparación oportuna y adecuada a profesionales de salud que atienden las adicciones, que los lleve a diferenciar la atención de hombres y mujeres que consumen sustancias psicoactivas, esto retomando las diferencias físicas y sociales de ambos géneros.

Hagamos hablar ese silencio que transita en el sueño de la droga para hacerlo una realidad:

“Una mujer adicta es que le enseñan a como vivir la vida sana que le ayuden a uno adécuenta un niño cuando empieza a caminar yo me imagino así. Poco a poco tiene que ir aprendiendo uno”.

”Aquí estoy aprendiendo eso a dejarme guiar por que yo quiero cambiar hacerlo juntas y yo estoy aprendiendo a participar me gusta mucho participar me ayuda a moverme y a pues a motivarme a mi misma me están ayudando a peinar viene una maestra a darnos cultura de belleza, se puede lograr, para cuando salga fuera de aquí no se cuanto tiempo es lo de menos yo vengo por cambios de mi juicio y actitudes que tenia afuera vengo a cambiar mis adicciones”.

” Si me da miedo salir de aquí, porque yo sé que él me va a buscar, porque yo sé que él no va a quitar el dedo del renglón y me va a querer convertir en su presa verdad, pero yo no voy hacer presa de esa cárcel de él yo ya no voy a estar atada a un hombre que no me da amor ni cariño, yo no lo necesito yo sé que me puedo encontrar a un hombre mucho mejor en la vida porque yo sé que va apoyar y que quiera a mis hijos”.

PROPUESTA EDUCATIVA EN LA FORMACION PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL.

La profesión de Trabajo Social conlleva un dinamismo que debe responder al mundo social, sus unidades de aprendizaje, son unidades que refieren a nuevas configuraciones sociales que se nutren de lo humano. En tal razón, El actuar pedagógico de la formación demanda establecer líneas que permitan fluir a esas transformaciones que ocurren en el entorno y que son las expresiones que llevarán al egresado a una plataforma de acciones donde el vivir de experiencias permitirá el aprendizaje de una manera reflexiva y vinculada a la esfera teórica, la esfera profesional y la esfera de la experiencia laboral.

Esta propuesta pretende solamente colocar los puntos que permiten visualizar alcances en referencia a las adicciones y la familia en la proyección del sujeto social y la problemática de su inserción en el dinamismo del contexto.

Los alcances que desde esta investigación permiten decir esos elementos constituyentes de la propuesta de estrategias del aula preventiva para la atención de las adicciones y que expresa la formación de una de las profesiones que orienta el vivir humano en un mundo social:

- Configurar de manera paralela a la formación de licenciatura un área de especialización con temáticas sobre adicción que involucre sentido multidisciplinarlo y que entrelace con la psicología, medicina y sociología experiencias que permita a trabajo social posicionarse desde su contenido conceptual y metodológico en su tarea profesional.
- Constituir en la temática sobre adicciones una variante de factores a estudiar vía cursos con especialistas que profundicen y vinculen cada nivel de la

identidad de la profesión en las nuevas teoría, experiencias que fortalezcan la mirada de futuro egresado.

- Establecer la dimensión de la práctica profesional en este campo de la adicción desde la configuración de rutas, metodologías que permitan una serie de investigaciones que compartan la experiencia en la formación teórica de trabajo social.
- Por ultimo establecer compromisos con las instituciones que permita desde la formación inicial de trabajo social asistir a encuentros y establecer contactos con esa problemática. Fortificar la propuesta ya establecida de relacionar el campo de trabajo social y familia de acuerdo a la primera fase de lineamientos de intervención.

La siguiente propuesta marca una primera fase y una segunda, es formular estrategias de evaluación y la prevención de las adicciones desde el grupo familiar, mediante la formación de aulas educativas para la prevención de las adicciones.

Fase I

Primera estrategia: Reconocimiento del campo

Selección de familias que tengan tendencias a conflictos como:

- Falta de cohesión familiar.
- Presencia de padre y madre tiempo familiar.

Diversidad familiar (composición familiar):

- Madre soltera.

- Madre y abuelos (crianza de los abuelos).
- Madre y padre.
- Padres separados

Segunda estrategia: Valorar por parte de trabajo social.

Cuales son los factores de mayor tendencia a probables situaciones de adicción.

A cargo de trabajador social docente, trabajador social en prácticas y servicio social, psicólogo, médico, configuración de un equipo.

Tercera estrategia: Establecer los principios profesionales y la interacción profesional.

Evaluación acerca de la familia seleccionada.

Cuarta estrategia: Intervención con un proyecto.

a) Diagnostico familiar:

- Roles y posibles fracturas
- Recursos ventajas y desventajas
- Esquema de cada uno de los integrantes y su relación interpersonal

b) Proceso educativo.

- Compromiso para aceptar la intervención
- Aula de prevención (en la misma comunidad donde vive la familia).
- Detectar la fricción y las fisuras de la familia
- Dependiendo el diagnostico familiar
- Establecer un dialogo comunicativo.

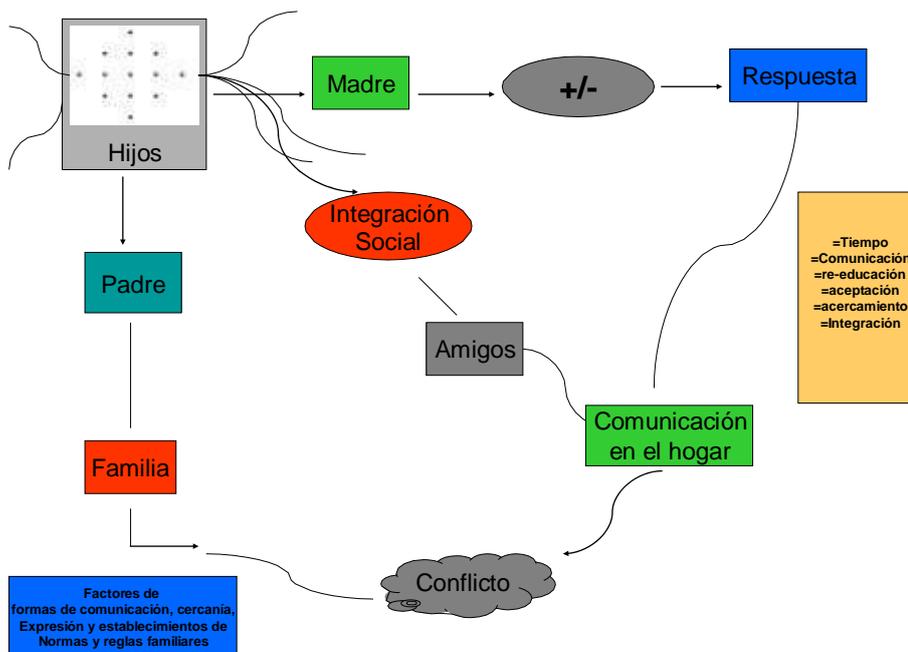
Fase II

Segunda fase busca la intervención de la familia mediante la elaboración de un mapa conductor de la familia y la evaluación y cierre.

Quinta estrategia: Identificar aquellas situaciones que llevan a la familia al conflicto mediante un mapa conductual de los miembros de la familia.

Sexta estrategia: Desde donde se va intervenir en el grupo familiar. (ver figura 7).

Figura 7: Intervención en el grupo familiar.



Fuente: propia

Séptima y última estrategia: Evaluación y cierre, con el fin de brindar los elementos para la resolución de conflictos.

- Canalización (Institución correspondiente)

- Identificación de conductas específicas de los miembros de la familia para la búsqueda de recursos individuales y grupales.

Además el evaluar si se tuvo cambios en la familia tanto favorable como desfavorables, considerando las limitaciones y obstáculos que se presentaron. Para el logro de esta evaluación es necesario contar con un portafolio de evidencias analíticas, que permitan al equipo multidisciplinar detectar los logros y desventajas en la aplicación de dicha propuesta.