



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

**DESIGUALDADES EN LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA PARA LA
ATENCIÓN DE MUJERES CON DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE
ALCOHOL**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA

PRESENTA

MTRA. NANCY ARACELI MÉNDEZ ROMERO

DIRECTORA

DRA. ADDIS ABEBA SALINAS URBINA

COMITÉ DE TESIS

DRA. MARTHA PATRICIA ROMERO MENDOZA

DRA. GUILLERMINA NATERA REY

Ciudad de México, marzo 2022.

Resumen

Las mujeres han incrementado el consumo de alcohol, lo cual repercute en su salud. La presente investigación fue anclada en la perspectiva de la Salud Colectiva, donde se reconocen las políticas, los conocimientos científicos técnicos, los saberes, las prácticas y sus actores como una Respuesta Social Organizada (RSO). Desde esta RSO analicé las acciones colectivas que se llevan a cabo para atender los daños asociados al alcohol, también, con el fin de denotar la condición sociocultural de las mujeres en la determinación social de su atención, integré la perspectiva de género.

Objetivo de investigación: conocer la experiencia de las mujeres madres en casa en torno a la atención que reciben debido a los daños vinculados al alcohol.

Método: se trató de un estudio de caso cualitativo, participaron diez mujeres que reunieron determinados criterios de selección, entre ellos asistir a grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos “AA” para auto atender los daños vinculados al consumo de alcohol. La recolección de la información ocurrió en dos etapas, de mayo de 2020 a enero de 2021. La primera fase del estudio la nombré aproximación-exploración, en esta etapa entrevisté, vía telefónica, a cuatro mujeres madres que asisten a grupos mixtos de “AA”, esta ruta metodológica me mantuvo enlazada, dado el contexto de la pandemia por COVID-19, con algunas de las mujeres de la comunidad de “AA” favoreciendo el desarrollo de la segunda etapa de la investigación a la cual identifiqué como de inmersión-profundización, en esta fase entrevisté directamente a seis mujeres de un grupo femenino “AA” y bajo una orientación etnográfica realicé observación directa no participante en distintas juntas de recuperación previo acuerdo con mis interlocutoras. Las agrupaciones de ayuda mutua a donde asisten las participantes del estudio se ubican en áreas conurbadas de la Ciudad de México y el Estado de México.

Resultados: La estrategia analítica constató la organización colectiva de dos modos de atención a los problemas por el consumo de bebidas con alcohol: la atención médico-sanitaria y la autoatención, también se develó que la concatenación de

trayectorias sociales, caracterizadas por una constante desigualdad de género, determinó el trayecto social de atención. En este sentido, el reconocimiento de la condición de género permitió destacar las situaciones concretas de desigualdad en las que han vivido las mujeres de esta investigación y en paralelo develó el lugar que ellas ocupan en la estructura social, ambas situaciones también determinaron la atención que reciben.

Discusión y conclusiones: la capacidad de organización de las mujeres que asisten al grupo femenino de “AA”, territorios donde se construyen espacios seguros y sensibles a sus necesidades de salud, formaron parte de los hallazgos más relevantes, además las mujeres de este estudio visibilizaron el derecho a su recuperación y su cuidado pese a las trayectorias experimentadas por ellas, como lo fue la trayectoria social de las violencias.

Palabras clave: RSO, salud, desigualdad de género, atención, mujeres y alcohol.

Autorizó: Dra. Addis Abeba Salinas Urbina

Firma:



Abstrac

Women have increased alcohol consumption, which affects their health. This research was anchored in the perspective of Collective Health, where policies, technical scientific knowledge, knowledge, practices and their actors are recognized as an Organized Social Response (RSO). From this RSO I analyzed the collective actions that are carried out to address the damage associated with alcohol, also, in order to denote the sociocultural condition of women in the social determination of their care, I integrated the gender perspective.

Research objective: to know the experience of mothers at home regarding the care they receive due to alcohol-related damage.

Method: it was a qualitative case study, ten participants who met certain selection criteria, including attending traditional groups of Alcoholics Anonymous "AA" to self-care for damages related to alcohol consumption. The collection of information occurred in two stages, from May 2020 to January 2021. The first phase of the study was called approximation-exploration, in this stage I interviewed, by telephone, four women mothers who attend mixed groups of "AA ", this methodological route kept me linked, given the context of the COVID-19 pandemic, with some of the women in the "AA" community, favoring the development of the second stage of the research, which I identified as immersion- deepening, in this phase I directly interviewed six women from a female group "AA" and under an ethnographic orientation I carried out direct non-participant observation in different recovery meetings prior agreement with my interlocutors. The mutual aid groups attended by the study participants are located in metropolitan areas of Mexico City and the State of Mexico.

Results: The analytical strategy verified the collective organization of two modes of attention to the problems caused by the consumption of alcoholic beverages: medical-health care and self-care, it was also revealed that the concatenation of

social trajectories, characterized by a constant inequality of gender, determined the social trajectory of attention. In this sense, the recognition of the gender condition made it possible to highlight the specific situations of inequality in which the women in this research have lived and in parallel revealed the place they occupy in the social structure, both situations also determined the attention they receive.

Discussion and conclusions: the organizational capacity of the women who attend the "AA" women's group, territories where safe spaces are built and sensitive to their health needs, were part of the most relevant findings, in addition, the women in this study made visible the right to their recovery and care despite the trajectories experienced by them, such as the social trajectory of violence.

Keywords: RSO, health, gender inequality, care, women and alcohol.

Índice

Introducción	11
I. Panorama epidemiológico y atención de las mujeres que consumen alcohol	15
1.1. Datos epidemiológicos: tipo de consumo y morbilidad asociada al consumo de alcohol en mujeres	15
1.2. Consumo de alcohol, daños psicológicos y sociales que afectan a la población femenina	21
1.3. Barreras de acceso al tratamiento especializado en México	28
1.4. De las preguntas al objeto de estudio y los objetivos de investigación	35
II. Marco teórico conceptual	41
2.1. Respuesta social organizada y la mirada del género	42
2.2. Caracterización de la atención para el alcoholismo en México	45
2.2.1. Atención médico-sanitaria: red de servicios públicos de salud	48
2.2.2. Autoatención en México y los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos	48
2.3. Herramientas teórico-conceptuales	52
2.3.1. Experiencia de las mujeres	52
2.3.2. Trayectorias sociales de atención	54
III. Estrategia metodológica	55
3.1. Estudio de caso instrumental	55
3.1.1. Unidad de estudio	55
3.1.2. Unidad de análisis	56
3.2. Trabajo de campo: la decisión de sus etapas en el contexto de la Pandemia	57
3.2.1. Aspectos éticos	59
3.2.2. Técnicas para recolectar y producir la información	60
3.2.2.1. Entrevistas telefónicas	61
3.2.2.2. Entrevistas directas: trayectorias sociales de atención	62
3.2.2.3. Técnicas e instrumentos para enriquecer la información	63
3.3. Estrategias para el trabajo de campo: mantener los aspectos éticos	65
IV. Resultados	66
4.1. Etapa de aproximación-exploración, aspectos técnicos	66
4.1.1. Manejo de la información y su sistematización	66
4.1.2. Transcripción de entrevistas telefónicas	66
4.1.3. Codificación-categorización de la información y el análisis por Temas	67
4.1.4. Resultados de la primera etapa	68

4.1.4.1. Consideraciones finales	76
4.2. Etapa de inmersión-profundización, aspectos técnicos	77
4.2.1. Descripción del contexto y el uso de la reflexividad	81
4.2.2. Manejo de la información y su sistematización	88
4.2.2.1. Transcripción de entrevistas directas	88
4.2.2.2. Estrategia analítica	88
4.2.2.3. Análisis y resultados de la segunda etapa	91
4.2.2.4. Características socioeconómicas de las mujeres	91
V. Diacronía de las trayectorias sociales de atención en mujeres madres en casa que viven los daños por el consumo de alcohol	97
5.1. Trayectoria social de las violencias. Vida en familia y el consumo de Alcohol	98
5.2. Trayectoria salud-enfermedad. Alcoholización en mujeres madres en Casa	105
5.2.1. “Se me calmaba el dolor”. Las violencias en la determinación del consumo de alcohol	107
5.2.2. “Lo que a mí me pedía el estómago”. Tolerancia física y social en el consumo de alcohol	110
5.2.3. “Yo me quería morir” a “sigo siendo un ser humano”. Los daños y cuestionamientos de las mujeres madres en casa que consumen alcohol	115
5.2.4. Consideraciones finales de la trayectoria salud-enfermedad	118
5.3. Trayectoria sexual-reproductiva	124
5.4. Trayectoria social de los cuidados	135
5.4.1. El régimen de los cuidados y las experiencias de mujeres madres en casa que consumen alcohol	137
5.4.2. La ruptura del cuidado	139
5.4.3. Medidas de coerción ante la ruptura del rol de cuidadora	144
5.5. Trayectoria de atención.	147
5.5.1. Anexos, el cuarto y quinto paso. El peregrinaje para la atención de las mujeres madres en casa que consumen alcohol	150
5.5.2. Experiencias en la atención médico-sanitaria para las mujeres madres en casa que consumen alcohol	158
5.5.3. ¡Se pensó en la mujer! Prácticas y saberes en la recuperación de su salud	165
5.5.4. Consideraciones finales	180
VI. Conclusiones	183
Referencias bibliográficas	190
Anexos	212

Introducción

En el presente estudio de caso definí como objetivo conocer la experiencia de un grupo de mujeres madres en casa en torno a la atención que reciben debido a los daños vinculados al consumo de alcohol. El abordaje teórico en el que posicioné el análisis de la atención fue en la perspectiva de la Salud Colectiva (Jarillo y Arroyave, 1995; Arango et al., 2004; Stolkiner y Gómez, 2012), bajo este enfoque se reconocen las políticas, los conocimientos científicos técnicos, los saberes, las prácticas y sus actores como una Respuesta Social Organizada (RSO). Desde esta RSO analicé las acciones colectivas que se instituyen para responder o atender los problemas que dañan la salud de los grupos humanos, en este caso el consumo de alcohol, y situé la capacidad que tienen los actores sociales e históricos para dar sentido, construir, reconfigurar, reorganizar e incluso politizar dentro de un determinado territorio social e histórico hechos concernientes a su salud. Bajo esta mirada teórica se reconocen las prácticas para proteger la salud y las acciones que la conciben como derecho humano.

La atención desde este lente teórico forma parte ineludible de un proceso más complejo, este es el de la salud-enfermedad-atención y cuidado (s/e/a/c). Para realizar la investigación consideré dos modos de atención, estos fueron: la atención médico-sanitaria y la autoatención. Asimismo, con el fin de denotar la condición sociocultural de las mujeres de este estudio de caso en la determinación social de su atención, integré la perspectiva de género.

La relevancia de emplear los abordajes teórico-conceptuales, el de la salud colectiva, la RSO y la perspectiva de género, surgió de mi interés por mirar de forma más amplia y compleja la atención, ya que existen modelos convencionales en el estudio de este proceso que la simplifican a partir de explicaciones causales y atemporales, delimitando la atención como un servicio de salud individual que se provee solo en la institución médica, este criterio subestima otros modos de dar respuesta por parte de distintos colectivos a los problemas de salud.

La estructura de este trabajo de investigación la organicé de la siguiente manera. En el primer capítulo, titulado: Panorama epidemiológico y atención de las mujeres que consumen alcohol, describo los datos sobre el tipo de consumo y la morbimortalidad asociada. También menciono los daños psicosociales que suelen afectar de forma significativa a las mujeres y a quienes la rodean, y para problematizar la atención que se le da a este grupo de población, ante los daños derivados del alcohol, describo las barreras de acceso a los tratamientos especializados en México.

En el segundo capítulo refiero la argumentación teórica conceptual a partir de la cual me posiciono para complejizar la atención de las mujeres que consumen alcohol, explico conceptos sobre la RSO y la perspectiva de género. Para argumentar mi reconocimiento sobre los modos de atención elaboré la caracterización de la atención médico-sanitaria de carácter público y la autoatención en México, específicamente señalo los antecedentes del programa de Alcohólicos Anónimos de "AA". En este segundo capítulo expongo dos herramientas teóricas conceptuales en las que me apoyé, estas fueron: *la experiencia*, vista primordialmente desde la noción de Scott (2001), también retomé la definición de Turner (1986). El siguiente concepto es el de la *trayectoria social* de Goffman (1972), la propuesta del autor permitió reconocer que la intersección de ciertos recorridos sociales enmarcados por las desigualdades de género y socioeconómicas, determinaron la trayectoria social de atención.

En el tercer capítulo describo la ruta metodológica que seguí para la investigación. En términos generales se trata de un estudio de caso de tipo cualitativo que contó con la participación voluntaria de diez mujeres seleccionadas mediante un muestreo por oportunidad e intencional. Las medidas sociosanitarias impuestas por la pandemia del COVID-19 influyeron para que el trabajo de campo se realizara en dos etapas, de mayo de 2020 a enero de 2021. La primera fase la nombré aproximación-exploración, en esta entrevisté, vía telefónica, a cuatro mujeres que asisten a diferentes grupos mixtos de Alcohólicos Anónimos "AA", en ese momento estaba interesada en explorar el proceso de recuperación del consumo de alcohol

dado con personas de la comunidad de “AA”, para cuando cesara la pandemia pudiera avanzar con mi investigación. Esta decisión metodológica favoreció el desarrollo de una segunda etapa en la investigación, la cual nombré inmersión-profundización, en esta fase me enfoqué en el objetivo general del estudio. Participaron seis mujeres que asisten a un grupo femenino de “AA” y bajo una orientación etnográfica realicé cinco visitas a las juntas de su agrupación. Cabe indicar que los grupos de ayuda mutua a los que asisten las mujeres entrevistadas se encuentran ubicados en la zona conurbada de la Ciudad de México y el Estado de México.

En el capítulo cuarto describo el proceso de resguardo y transcripción de la información recolectada. El uso del software Atlas.ti séptima versión, el análisis temático, los calendarios de vida, así como la descripción, desde mi posición como investigadora donde realicé la segunda etapa del trabajo de campo, se constituyeron en los principales recursos metodológicos para sistematizar la información. Finalmente, la propuesta analítica de Bertaux (2005) y el enfoque de género delinearon la interpretación de los resultados del estudio.

El capítulo cinco, titulado Diacronía de las trayectorias sociales de atención en mujeres-madres en casa que viven los daños por el consumo de alcohol, lo presento como principal aporte de esta investigación, los hallazgos se apoyan en las experiencias que configuraron cinco trayectorias en las mujeres-madres entrevistadas durante la etapa de inmersión-profundización, estas fueron: *la trayectoria social de la violencia; trayectoria salud-enfermedad; trayectoria sexual-reproductiva; trayectoria social de los cuidados y trayectoria de atención*. La estrategia analítica facilitó la comparación entre los recorridos sociales de mis interlocutoras, y en algunos casos se encontró concordancia con la experiencia de atención de las mujeres entrevistadas en la primera fase del estudio, los relatos obtenidos en ambas etapas enriquecieron los hallazgos finales. Por ejemplo, la información obtenida constató que la condición de género enmarcó situaciones concretas de desigualdad en las que han vivido las mujeres de esta investigación y

en paralelo develó el lugar que ellas ocupan en la estructura social, ambas situaciones determinaron el tipo de atención que recibieron.

En el capítulo seis describo las conclusiones del estudio de caso, en este apartado pongo énfasis en la organización que las mujeres madres han tenido para conformar espacios seguros y sensibles a sus necesidades de recuperación del consumo de alcohol, la autoatención es un territorio más desde el cual también se gestionan saberes en torno a su salud. Otras de las conclusiones fue que, ante un problema de salud al alza en nuestro país, que precariza la vida de las mujeres, particularmente de las que mayores desventajas sociales tienen como en el caso de las mujeres de esta investigación, es necesario fortalecer la articulación entre los modos de respuesta para prevenir o atender de forma oportuna los problemas y daños vinculados al alcohol.

Por lo anterior, es fundamental que la atención médico-sanitaria y la autoatención para los problemas por el consumo de alcohol en las mujeres madres, estén orientadas bajo una perspectiva de género, de cuidado hacia ellas y con enfoque en sus derechos humanos, desatender o menospreciar sus necesidades en salud, particularmente en la atención sanitaria, solo contribuirá en reproducir los daños incluso en quienes dependen de sus cuidados como en el caso de sus hijos e hijas. Esta última aseveración también advirtió que el mandato social sobre la crianza y el cuidado que la mujer otorga suele ocurrir como una responsabilidad individual, sin ayuda y sin colectividad. Esto no es una conclusión menor, especialmente cuando la trayectoria social de atención de las participantes en este estudio ejemplifica la atención que reciben otras mujeres que se encuentren con un problema de salud, bajo condiciones de género o socioeconómicas similares a las de mis interlocutoras.

El último apartado contiene las referencias bibliográficas y los anexos donde se ubican las guías de entrevista, el consentimiento informado, las redes de las categorías de análisis de la información obtenida en la primera etapa del trabajo de campo y los calendarios de vida elaborados a partir de la información recolectada en la segunda etapa de la investigación. Los calendarios de vida representan las trayectorias sociales de atención de las participantes del estudio de caso.

I. Panorama epidemiológico y atención de las mujeres que consumen alcohol

El alcoholismo es considerado un problema de salud en distintos países (OEA, 2019). La investigación realizada en torno a esta problemática señala que hombres y mujeres viven diferencialmente este padecimiento en salud (Míguez y Permuy, 2017). En nuestro país el estudio sobre el consumo de esta sustancia psicoactiva en población femenina requiere continuar examinando los daños derivados, aún más importante es comprender el tipo de atención que reciben las mujeres ante los problemas por el alcohol, particularmente si la respuesta dada por los servicios médicos o la auto atención se expresan en condiciones de desigualdad e inequidad, situaciones que además de ser evitables e injustas para las mujeres, vulneran su derecho a la protección en salud, su bienestar individual, familiar y social (Almeida-Filho, 2020).

Por consiguiente, en los subapartados de este primer capítulo analizo reportes científicos desde diversos abordajes teóricos, estos son: los datos epidemiológicos internacionales y nacionales sobre el consumo de alcohol en mujeres, los daños psicológicos y sociales asociados, por último, las barreras de acceso al tratamiento especializado. Posteriormente, describo cómo esta información, así como mi proximidad con algunas mujeres que han vivido los daños por el consumo de esta sustancia, y se encuentran en proceso de recuperación, me llevaron a la delimitación del objeto y objetivos de esta investigación.

1.1. Datos epidemiológicos: tipo de consumo y morbimortalidad asociada al consumo de alcohol en mujeres

Antes de presentar el panorama epidemiológico enuncio los criterios clínicos sobre el abuso o la dependencia al consumo de alcohol, pues estos fueron puntos de referencia para enfatizar los daños derivados. El abuso de bebidas alcohólicas se caracteriza por el deterioro clínico y psicosocial, entre los daños sociales y

personales que ocasiona están: el incumplimiento de actividades en el trabajo, en la escuela o en la casa, así como el consumo en situaciones peligrosas. En tanto, la dependencia se identifica por el desarrollo de daños físicos, cognitivos y del comportamiento, tolerancia y síndrome de abstinencia, reducción o abandono de actividades sociales, familiares y laborales e inversión de mayor tiempo para beber alcohol (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017).

En el siguiente apartado describo los datos epidemiológicos sobre el consumo de alcohol en las mujeres, esta información la organicé de acuerdo con la categorización de Míguez y Permuy (2017). Los autores han señalado mediante la revisión de 23 estudios realizados en Estados Unidos, España y Alemania entre los años 2004 a 2014, recopilados de bases de datos PsycINFO y Medline, que existe evidencia para determinar diferencias por sexo en el uso del alcohol, la clasificación estuvo basada en: 1) tipo de consumo, 2) los daños a la salud y desarrollo de patologías médicas y 3) la edad de inicio del consumo, algunas de las cifras fueron comparadas por sexo.

Sobre el tipo de consumo de alcohol, primer punto de la clasificación, se incluyen los datos sobre cantidades calculadas por individuo, la prevalencia y tendencia en el patrón de consumo. Los registros del Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018 (2019, p.4) develaron que en 2016 en las regiones de las Américas el consumo total de alcohol por habitante fue uno de los más altos (8.0 litros) comparado con la población mundial de 15 años o más (6.4 litros). En México la ingesta per cápita entre la población de 12 a 65 años es en los hombres de 7.2 litros, mientras en las mujeres es de 2.0 litros. Sin embargo, las personas de edades entre los 18 a 29 años son quienes mayor consumo per cápita reportan, los hombres tienen un consumo 11.8 litros y las mujeres 3.4 litros, mientras el grupo de 12 a 17 años es de 3.7 litros en el caso de los hombres y 3.4 litros en las mujeres (ENCODAT, 2016-2017).

En cuanto a la prevalencia del consumo de alcohol en mujeres en México, según el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, esta pasó del 7.4% al 24.4% del año 2002 al 2016 (OEA, 2019). En este mismo reporte, al comparar las cifras

con los Estados Unidos, uno de los países de la región de América con la prevalencia más alta en el consumo, las mujeres también reportaron aumentos, en el 2002, este fue del 44.9% y en el 2016 pasó al 46.4%. Al respecto, se ha advertido que cuando el nivel de desarrollo socio económico de una nación es bajo o medio, las mujeres tienden a beber en exceso y los índices de mortalidad y morbilidad atribuible al alcohol, así como las consecuencias sociales como problemas familiares, laborales, abandono infantil o violencia doméstica son más severos en comparación con países de ingresos altos (Cherpitel, Ye y Monteiro, 2018; OEA, 2019; Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018, 2019).

Respecto a México, las encuestas nacionales de adicciones han basado sus estimaciones considerando el tipo de consumo en las mujeres, una de estas clasificaciones es el *consumo diario, consuetudinario y excesivo en el último año o en el último mes*. El primer tipo de consumo se caracteriza por beber una copa de alcohol por día; el de tipo consuetudinario ocurre en las mujeres que por lo menos una vez a la semana beben cuatro copas o más en una sola ocasión; el consumo excesivo en el último mes —el cual puede presentarse durante una o más ocasiones en una semana— ocurre en aquellas mujeres que ingirieron en el último mes cuatro copas o más en una sola ocasión. De acuerdo con la información reportada, el consumo de alcohol en grandes cantidades y de manera frecuente está asociado con mayores riesgos para la salud, sin embargo, esto no significa que, si se ingiere alcohol en menor cantidad, como el patrón de *consumo diario*, no habrá consecuencias negativas, un ejemplo de esto son las restricciones del uso de alcohol durante el embarazo o en edades tempranas.

Ahora bien, sobre la tendencia del consumo de tipo consuetudinario en mujeres de 12 a 65 años éste se incrementó del 1.4% en el 2011 al 3.5% en el 2016. En el grupo de edad de 12 a 17 también aumentó pasando del 0.4% al 3.9.%, al comparar los mismos años. Sin embargo, el tipo de consumo al que se le ha dado mayor atención colocándolo como punto de referencia y advertencia, es el consumo excesivo en el último mes, por ser esta forma de consumo un comportamiento de alto riesgo para la salud (OEA, 2019), además de reportar un mayor incremento del

2011 al 2016. En las mujeres de 12 a 65 años la tendencia pasó del 4.1% al 10.3%, y en el grupo de 12 a 17, el alza fue del 2.2% al 7.7%, en el mismo periodo (ENA, 2011; ENCODAT, 2016-2017).

Sobre los daños a la salud, segundo punto de la clasificación de Míguez y Permuy (2017), 60 afecciones físicas han sido asociadas al consumo abusivo o de dependencia al alcohol en población general, enfermedades como: pancreatitis, gastritis, úlceras pépticas, alteraciones musculoesqueléticas, alteraciones en el ciclo hormonal reproductivo, hipertensión, enfermedad coronaria, alteraciones metabólicas, neurológicas, algunos tipos de cáncer, trastornos del comportamiento o cognitivos (Flores, Saiz y Cuello, 2010). Sin embargo, las patologías desarrolladas con mayor frecuencia por las mujeres son: afecciones cardíacas, problemas hepáticos, derrames cerebrales, osteoporosis, infertilidad y cáncer de mama (Míguez y Permuy, 2017).

Pese a las enfermedades asociadas al consumo de bebidas alcohólicas, las cifras a nivel internacional, según el Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018 (2019), refieren que 46 millones de mujeres han sufrido algún trastorno por el consumo de esta sustancia. Además, se ha demostrado que este grupo presenta de forma precoz alteraciones a la salud física y reproductiva, esto se explica porque el organismo femenino metaboliza de forma más lenta el alcohol haciendo que se mantenga durante mayor tiempo la intoxicación en el cuerpo (Musayón et al., 2007; Chávez-Ayala et al., 2013; Míguez y Permuy, 2017).

En México, datos de 1990 a 2010 sobre la carga de enfermedad en este sector de la población destacaron que el consumo de bebidas alcohólicas junto con otros padecimientos como el sobrepeso, la hipertensión arterial, el sedentarismo y el tabaquismo son responsables del 40% de la carga de los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos (Lozano et al., 2013). La gravedad del problema es tal que en 2015 el consumo de esta sustancia figuró como principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades como cirrosis, accidentes de tránsito, desórdenes mentales y consumo de otras sustancias (Gómez-Dantés et al., 2017). Tan solo en el país, en 2017, murieron 14,176 personas por enfermedad alcohólica del hígado,

el registro no reporta clasificación por sexo (INSABI, 2020). Sin embargo, las muertes por esta enfermedad fueron registradas como la séptima causa de defunción en las mujeres (INEGI, 2021).

Las afectaciones a la salud debido al consumo de alcohol también se presentan en mujeres embarazadas, debido a que, el alcohol que ingieren llega al feto por medio de la sangre y el líquido amniótico pudiendo causar Síndrome Alcohólico Fetal, SAF. (Hernández-Antonio et al., 2017). Otro aspecto que también vulnera la salud de las mujeres ocurre cuando ellas bajo el influjo del alcohol aumentan el riesgo de tener accidentes o traumatismos ocasionados por caídas, o aún más grave, por ser violentadas por su pareja o algún integrante de la familia; el consumo en grandes cantidades suele exacerbar estos episodios (Cherpitel, Ye y Monteiro, 2018). Los datos secundarios de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Natera et al., 2020) confirman la asociación entre el alcohol y la violencia, ya que el maltrato hacia la mujer se expresa cuando la pareja hombre está bajo el influjo del alcohol, pero si ambos se encuentran intoxicados la violencia también se expresa.

Desafortunadamente, abusar o depender del consumo de bebidas alcohólicas también desencadena consecuencias fatales. A nivel global, durante el año 2016, se registraron 700,000 muertes de mujeres por causas atribuibles al consumo de esta sustancia (Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018. OMS, 2019). En México, en el año 2017, la Dirección General de Información en Salud reportó el deceso de 106 mujeres debido a trastornos mentales y del comportamiento por el uso de alcohol y en 2018 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) registró que 1028 personas murieron por causas asociadas al consumo de esta sustancia, en el desglose de los datos se detectó que 324 fueron por accidentes; 422 por homicidio; 124 por suicidio y 158 por muertes no violentas (SSA, 2019). Los últimos datos no estuvieron clasificados por sexo, limitando la información detallada sobre la defunción de mujeres.

Siguiendo con la clasificación propuesta por Miguez y Permuy (2017) el tercer punto se relaciona con la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas. Los datos internacionales dan cuenta que las mujeres empiezan a ingerir esta sustancia entre

los 16 y 19 años, en tanto los hombres lo hacen entre los 14 y 16 años. En México la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) reportó que las mujeres en promedio comienzan a beber a los 19.2 años, mientras los varones inician su consumo a menor edad, 16.7 años, no habiendo diferencias significativas con lo reportado en las encuestas nacionales de 2008 y 2011.

A manera de cierre de esta sección, asumo que la revisión de estos datos denota los límites para tener una mayor comprensión de este problema de salud. Considero de suma importancia abordar de forma multidimensional (De Souza, 2002) los problemas en las mujeres, especialmente cuando el consumo de alcohol y los daños derivados las afectan durante sus diferentes etapas de vida: adolescencia, juventud o vejez o en proyectos concernientes a su sexualidad y etapa reproductiva, los planes sociales y familiares, conyugales y/o durante su trayectoria laboral, educativa o profesional.

También cuestiono, la idea de que al ser menor la proporción de mujeres consumidoras de alcohol entre la población general, los resultados de investigaciones realizadas se generalicen a partir de la información sobre el consumo de los hombres, por ser ellos quienes mayor representación numérica tienen, apreciación advertida años atrás por Natera y Casco (1992). De ser así, la generación del conocimiento sería de tipo androcéntrico. Serret y Méndez (2011, p. 47) lo explican en las siguientes líneas: “tomar al hombre como la medida de todas las cosas, invisibilizando y excluyendo a las mujeres” o como lo afirma Sánchez-Muñoz (2016) la ciencia androcéntrica influye en el diagnóstico tardío de algunas enfermedades en las mujeres porque se piensa son enfermedades de hombres. A esto agrego la inclinación desde el modelo biomédico a delimitar a las mujeres como grupo biológicamente determinado y grupo homogéneo, invisibilizando la intersección con otras condiciones como las socioeconómicas, el género, clase, de tipo étnicas, entre otras determinantes de sus relaciones e individualidad (Ettorre, 1998). Coartando la posibilidad de reconocerlas como grupos de población heterogéneos o diversos.

A partir de las reflexiones expuestas, asumo que, si bien es importante considerar los criterios médicos para precisar el abuso o dependencia de bebidas alcohólicas, o describir el perfil epidemiológico para señalar los daños físicos vividos por las mujeres, también es trascendente articular los hallazgos científicos con la perspectiva social y de género, como una forma de obtener una visión integral sobre este problema de salud.

1.2 Consumo de alcohol: daños psicológicos y sociales que afectan a la población femenina

Con el objeto de rebasar la mirada biomédica y androcéntrica a la que me he referido en párrafos anteriores, en este rubro integro diferentes investigaciones que identifiqué emplean la categoría analítica de género en el estudio sobre el consumo de alcohol y las adicciones en mujeres. Subsecuentemente refiero hallazgos científicos en México y en otros países sobre los daños psicológicos y sociales.

Como primeros antecedentes destaco las tesis doctorales de Medina-Mora (1993) y Romero-Mendoza (1998), sus estudios develaron que las mujeres consumidoras de bebidas embriagantes tenían índices más altos de depresión comparados con los hombres, donde las mujeres con mejores ingresos económicos, más jóvenes, que trabajaban o se consideraban más liberales, bebían más, este último punto da cuenta de los cambios en los roles de género para las mujeres y su influencia en el consumo de sustancias psicoactivas. Otros hallazgos sobresalientes, fueron los relacionados con las experiencias de opresión de género, la pobreza y la convivencia con parejas con consumos excesivos, el acuerdo social impuesto a la mujer para tener que lidiar con los problemas derivados y su desempeño como controladora del consumo de esta sustancia en la pareja.

La tesis de Romero (1998) abarcó el estudio sobre el uso de drogas y la perspectiva de género, fueron consideradas categorías como la opresión de género, la violencia, el poder, la sexualidad y la maternidad. Los hallazgos revelaron que las mujeres

consumidoras de drogas vivían en relaciones de dominación, además de ser estigmatizadas por trasgredir los roles tradicionales de género, ambas situaciones las orillaban a mantener ocultos los riesgos de su consumo, así como los abusos físicos y sexuales perpetrados desde su núcleo familiar, la pareja o el entorno.

Los reportes citados, develan cómo la condición de género se involucra con el consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres, es decir, la forma en que ellas experimentan sanciones sociales cuando son quienes beben. Los resultados descritos sumados a los hallazgos de otras investigaciones (Medina-Mora, 2002; Góngora y Leyva, 2005; Bello, Puentes-Rosas y Medina-Mora, 2008; Ramírez y Antonia, 2008; Romero, 2011) no solo afirman la necesidad de reconocer los diversos daños, sino que recomiendan diseñar programas e implementar tratamientos basados en las necesidades específicas de las mujeres.

Respecto al rol social impuesto dentro del ámbito familiar, en la literatura académica se destaca la exigencia que tiene la mujer para procurar la abstinencia o beber en menores cantidades, debido al rol que se le ha asignado, el cual la obliga a supervisar su consumo, a fungir como el principal agente cuidador de la pareja e hijos/as y desempeñarse como controladora informal del alcoholismo (Natera y Casco, 1991; Tenorio, Figueroa y Natera, 1994). Sin dejar de lado, la encomienda de evitar la desintegración familiar, pese al conjunto de dificultades vividas como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas (Natera y Casco, 1992; Medina-Mora, 1994; Natera y Mora, 1995; Natera, Mora y Tiburcio, 1997; Mora y Natera, 1998). Entre las dificultades que enfrentan las mujeres está la violencia, dicha conducta ejercida por hombres consumidores de alcohol hacia su pareja mujer suele estar social y culturalmente tolerada (Natera, 2017).

Una de las explicaciones sobre este rol tradicional lo realizaron Natera, Mora y Tiburcio (1997), Mora-Ríos y Natera-Rey (1998) al señalar que en México ser madre es una tarea mediante la cual se obtiene un prestigio social y que, para merecerlo, si las mujeres se encuentran bajo una situación donde el consumo de drogas afecta a su familiar entonces ella debe mostrar capacidad para afrontar la situación. Los resultados de todas estas investigaciones también exponen que cumplir con esta

tradicional tarea desencadena en las mujeres elevados niveles de estrés, tensiones, preocupación, sentimientos de inferioridad y culpa por no considerarse apta para su función materna o por no haber prevenido a tiempo el consumo de sustancias psicoactivas, si a esto se agrega la violencia, la pobreza, la falta de empleo o empleo precario, entonces las circunstancias de vida merman sus condiciones de vida y salud. Incluso en la literatura como la de los 12 pasos de “Alcohólicos Anónimos”, se enfatizan discursos sobre la capacidad reformadora de las mujeres, esperanza, actitud protectora y tolerancia ante las dificultades presentadas (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008, p.120). Reforzando así, los estereotipos de género.

Las investigaciones señaladas, son un precedente para visibilizar los contextos y daños vividos por las mujeres en el proceso de alcoholización. Bajo esta perspectiva retomo a Burín (2010) para exponer cómo las condiciones sociales y de género experimentadas por las mujeres conllevan a particulares y contradictorias formas de vida, estas llevan a determinar los procesos para enfermar y definen la forma de padecerla (Jarpa, Parra y Escamilla, 2016).

La evidencia científica desde el enfoque social y de género exhorta a cuestionar la tendencia de la biomedicina por establecer criterios diagnósticos para las experiencias de vida, especialmente las de las mujeres, mismas que como señala Treacher y Baruch (1982) se emplean como soluciones técnicas que ocultan los problemas sociales y la desigualdad de género, dentro de las desigualdades que las dañan es posible nombrar: la violencia, la discriminación, su marginación a causa de características étnico-raciales, un menor acceso a la educación o empleo formal, barreras para acceder a los servicios de salud o la carencia de programas sanitarios centrados en sus necesidades (Brown y Stewart, 2021). Para Ingleby (1982) las condiciones materiales, sociales y relacionales históricamente vividas por las mujeres se invisibilizan con el propósito de negarles cualquier forma de acción colectiva o política.

Bajo este camino argumentativo los siguientes párrafos tienen como propósito denotar la mixtura de daños/padecimientos psicológicos y sociales vividos por las mujeres con abuso o dependencia alcohólica. Las aportaciones de investigaciones realizadas, tanto en el país como en el extranjero, evidencian la expresión de las diferentes violencias sufridas durante el curso de vida, así como la exacerbación de abusos contra ellas durante la alcoholización (Romero-Mendoza y Díaz-Martínez, 2002; Romero, Rodríguez y Saldívar, 2004). Además, se visibiliza el vínculo entre violencia-consumo de alcohol y su expresión en el ámbito privado y público.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la violencia hacia las mujeres es considerada un problema de salud pública, violación de derechos humanos y barrera para el desarrollo económico (Bott et al., 2013, p.15), sin dejar de lado la subordinación social, económica y jurídica, factores que agravan la situación de las mujeres, profundizando con ello las desigualdades e inequidades de género en países en desarrollo como el nuestro.

La condición de género para las mujeres se vincula con diferentes expresiones de violencia contra ellas, vivir en un sistema social bajo una cultura patriarcal que las organiza en situaciones de desigualdad, control y subordinación puede incidir en relaciones o etapas concretas de su vida donde se experimente, produzca y refuerce algún tipo de abuso (Meler, 2012; Burín, 2012). Desafortunadamente los procesos sociales y vitales como el de la salud-enfermedad-atención y cuidado (s/e/a-c) no siempre se encuentran exentos de este tipo de trasgresiones y el consumo excesivo o de dependencia al alcohol por parte de las mujeres más allá de abordarse como una circunstancia que desencadena diversos daños individuales, familiares y sociales se evalúa como un comportamiento propicio para sujetar e incluso justificar cualquier forma de violencia y castigo social hacia ellas.

La afirmación anterior la argumento con los resultados de las siguientes investigaciones, Musayón et al. (2007) en Perú y Becker et al. (2014) en Brasil denotaron que las violencias son actos para expresar formas de dominación social y relacional. Para los autores estos eventos se profundizan e invisibilizan cuando en la vida de las mujeres el consumo de drogas o el alcohol está presente, ya sea por

consumos directos o porque sus parejas o familiares ingieren sustancias de forma problemática. Adicionalmente Becker et al. (2014) y Brown y Stewart (2021) destacan que las mujeres ingieren alcohol como una manera de afrontar el trauma o la ansiedad que les produce haber sido objeto de algún tipo de abuso. Cherpitel, Ye y Monteiro (2018) en su investigación realizada en América Latina y el Caribe, señalan la persistencia del problema al referir que las lesiones ocasionadas por la violencia interpersonal están constantemente asociadas con el consumo de alcohol, siendo las mujeres el grupo de mayor vulnerabilidad.

En México, Alonso, Caufield y Gómez (2005) destacan que la violencia ocurre en el ámbito familiar y desde los primeros años de vida, dicha situación suele relacionarse con síntomas de depresión, los cuales predisponen al abuso de bebidas embriagantes u otras drogas. Por otra parte, Ramos y Saltijeral (2008) y Romero et al. (2010a) también demostraron que el abuso de esta sustancia incrementaba los episodios de la violencia ejercida por la pareja (novio, esposo, cónyuge) u otro pariente cercano. Datos más recientes (Valdez-Santiago et al., 2020) confirman la asociación del abuso sexual infantil en mujeres y su subsecuente consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y sintomatología depresiva. La gravedad del problema se ubica en reconocer a la persona perpetradora de estos abusos, en la mayoría de los casos son los familiares varones quienes maltratan a las mujeres. Además, se identificó que en general, las personas afectadas no solicitan la atención sanitaria, ni hacen denuncias legales.

Algunas investigaciones dan cuenta que ingerir bebidas alcohólicas por parte de las mujeres se asocia con formas de afrontamiento al sufrimiento psicológico y emocional derivado de la violencia vivida (Natera et al., 2007; Becker et al., 2014). Sin embargo, los hallazgos de investigaciones realizadas en México (Menéndez, 1990; Berruecos, 2013, 2017; Moreno, 2020) enmarcan que el uso de alcohol entre la colectividad suele ser visto como un facilitador para la convivencia y cohesión social, si bien no se pretenden desestimar estos resultados, se considera importante considerar que para el caso de las mujeres el uso de bebidas alcohólicas puede tener diferentes motivaciones o expresiones, por ejemplo algunas mujeres ingieren

alcohol de forma oculta (Romero et al., 2017)¹, La falta de reconocimiento de estas situaciones encubre las afectaciones en la psique y el bienestar de las mujeres.

Respecto a la violencia perpetrada, tanto en espacios privados como públicos, y su relación con el consumo de alcohol, Herrera y Arena (2010) al investigar a mujeres universitarias en México, destacan que el inicio de la violencia ocurre en los espacios domésticos y legitimadores de la dominación del hombre sobre la mujer, estas condiciones tienen como consecuencia vivir una escalada de violencia desde edades tempranas. Los hallazgos en este estudio permitieron corroborar que la violencia no es un acto desencadenado por el consumo de bebidas alcohólicas por parte de las mujeres, sino que exacerba la expresión de la violencia hacia las mujeres.

Concerniente al tipo de agresiones vividas por las participantes en el estudio de Herrera y Arena (2010) se identifica, las de tipo físicas, emocionales, psicológicas, así como sexuales. Además, la violencia y el consumo de esta sustancia psicoactiva tuvieron como consecuencia problemas como el estrés, la ansiedad, intentos suicidas o suicidio. Este último hallazgo también es concordante con los estudios de Valdez-Santiago et al. (2006; 2020). Así, hay que subrayar que la violencia, desde las primeras etapas de vida, suele ser vista como legítima, más grave aún se normalizan y reproducen relaciones basadas en la desigualdad y en la dominación de los hombres hacia las mujeres.

Al respecto, Sagot (2008) aseguró que en la mayor parte de los países en América Latina los daños ocasionados por las violencias hacia las mujeres son minimizados; dada su consideración como un evento privado, el cual se justifica cuando las mujeres beben alcohol, bajo el argumento, socialmente legitimado, de su

¹ El reconocimiento de la población femenina como grupo heterogéneo, ayuda a examinar las motivaciones del consumo, por ejemplo, en el estudio de Hutton, Wright y Saunders (2013), realizado en Gran Bretaña, Australia y Nueva Zelanda, se identificó que los cambios de los estilos de vida de las mujeres más jóvenes o adolescentes las llevan ingerir alcohol en espacios como clubes, antros, entre otros. Desde estos lugares públicos se promueve el uso excesivo de alcohol o la intoxicación, convirtiendo una "cultura del consumo" como la nombran los autores, que invoca a que la socialización de la población femenina joven ocurra en espacios donde se logran expresar las emociones junto con niveles elevados de intoxicación de alcohol. En México la investigación sobre las motivaciones que las mujeres tienen para ingerir alcohol se tiene que ampliar.

trasgresión hacia el orden de género como la maternidad, el cuidado y el “buen” ejemplo. En México, Alonso, Caufield y Gómez (2005) y Galaviz (2015) coinciden con estas afirmaciones.

La violencia contra las mujeres también se manifiesta en el espacio público, concretamente en los centros laborales, así lo evidenciaron Alonso, Caufield y Gómez (2005) en una investigación de tipo descriptiva-correlacional con 669 mujeres trabajadoras de Monterrey. Sus resultados permitieron identificar distintos actos violentos dentro de esta área, situación que incrementó el factor de riesgo para el consumo de alcohol. Estos hallazgos son afines con el estudio de Alonso et al. (2006) quienes realizaron su investigación con una muestra de 903 mujeres de México, Perú y Brasil. Los autores también demostraron condiciones de trabajo denigrantes donde las mujeres experimentan distintas agresiones, hostigamiento sexual, sumado a las dobles jornadas laborales, como el trabajo asalariado y el trabajo doméstico. Los hallazgos de ambos estudios destacan dos hechos relevantes, el primero fue el concerniente a las convenciones sociales sobre el rol tradicional de género que enfatizan a las mujeres la ideología del cuidado familiar y la crianza, actividades productivas no asalariadas, así como la dependencia hacia el varón dentro del espacio doméstico, y el segundo es si las mujeres obtienen un trabajo remunerado son ellas quienes deben lidiar bajo relaciones de poder y subordinación generalmente ejercido por hombres.

Por último, Rodríguez et al. (2014) entrevistaron a 103 trabajadoras sexuales en el estado de Hidalgo. En esta investigación se evidenció que las mujeres enfrentaron constantes actos de discriminación por su actividad laboral, clase social, género y etnia. Entre los resultados se identificó que el 75% de las entrevistadas consumían bebidas alcohólicas de forma excesiva; el 95.8% fue violentada físicamente, mientras el 26% sufrió acoso, abuso sexual o fue obligada a tener sexo sin protección, esta violencia era cometida por compañeras de trabajo, clientes, patrones y policías. Los datos reflejan la valoración social dada al trabajo sexual de las mujeres, se reconoció un continuo desprecio hacia su oficio y como parte de éste la justificación para violentar sus derechos humanos. También se identificó que

el abuso del consumo de alcohol es empleado para enfrentar la situación laboral. El análisis de Alcocer (2014) es coincidente con Rodríguez et al. (2014) al destacar que, en mujeres consumidoras de alcohol, la marginación, la estigmatización, la pobreza e inclusive su actividad laboral, vinculadas con la extrema violencia como el feminicidio son vistos como actos que ellas merecen.

En síntesis, los hallazgos descritos me permiten mantener el argumento sobre la forma en que la condición de género para las mujeres va produciendo, reproduciendo y legitimando la violencia hacia ellas durante el trayecto de vida, desde su primer núcleo familiar hasta el espacio público, reafirmando su posición en la organización de una cultura. Más grave aún reconocer un insuficiente apoyo institucional y social para atender y erradicar la violencia vivida, los cuales se observan vinculados con los problemas por el consumo de alcohol, teniendo como siguiente repercusión la normalización de las situaciones de vida. Sin duda, se ve afectado no solo el bienestar y desarrollo de las mujeres, sus familias y la sociedad en su conjunto.

Como lo he argumentado a lo largo de este rubro, la mixtura de los daños se invisibiliza si solo se considera el consumo de alcohol como un problema de salud desde el deterioro biológico e individual, de afectación principalmente a varones y descrito por sí mismo al proporcionar datos epidemiológicos. Además, la revisión hecha permite comprender que el proceso de enfermar por el consumo de bebidas alcohólicas, así como su tratamiento, hecho problematizado en el siguiente subapartado, han estado mediados por la condición de género (Colimil y Paz, 2016).

1.3 Barreras de acceso al tratamiento especializado en México

En esta sección primero presento una breve argumentación para delimitar el término de tratamientos especializados para los problemas por el consumo de alcohol, posteriormente muestro evidencia científica sobre el panorama actual para acceder a ellos, por último, argumento la necesidad de la atención equitativa, basada en las necesidades en salud de las mujeres y con enfoque en sus derechos humanos.

El proceso salud-enfermedad involucra la dimensión sobre su atención y el cuidado (proceso s/e/a-c). Por ende, me refiero a la atención en los servicios médicos del sector público de salud, concretamente el acceso al tratamiento especializado para los problemas por el consumo de alcohol. Pero, qué debemos entender por tratamiento especializado o desde dónde definirlo. La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSAA-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, define el tratamiento como el conjunto de estrategias, programas y acciones orientadas para lograr la abstinencia o reducción del consumo de sustancias psicoactivas (entre estas el consumo de alcohol), reducir los riesgos, daños y padecimientos asociados, incrementando el bienestar físico, mental y social, incluyendo el bienestar de los familiares (2009).

La generalidad de esta definición me permite profundizar tres puntos centrales. El primero concerniente al enfoque sobre la disminución del consumo de alcohol, esta propuesta contrasta con modelos de tratamiento o programas de recuperación, como los programas de "AA", que definen sus metas en el logro de la abstinencia porque se piensa son el camino para controlar la enfermedad (Brown y Stewart, 2021), en cambio el abordaje médico de la reducción del daño propone desarrollar en las mujeres que abusan del alcohol u otras sustancias psicoactivas, "habilidades cognitivas conductuales de control sobre el consumo y prevención de recaídas" (Romero, Rodríguez y Saldivar, 2004, p. 155). Estas medidas tienen el propósito de evitar el suicidio, la violencia doméstica, el abuso infantil, el abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual, accidentes e incluso la muerte. Para Brown y Stewart (2021) el enfoque de reducción del daño es una alternativa más de tratamiento que propone apoyar en la autodeterminación de las mujeres sobre el consumo de bebidas embriagantes. Los autores afirman que lograr la sobriedad no siempre es señal de recuperación, particularmente cuando se reconoce que la alcoholización en población femenina coexiste con padecimientos emocionales u otros daños psicosociales que también es necesario atender.

Las intervenciones enfocadas en reducir o controlar la forma en que se ingiere alcohol, proponen disminuir las consecuencias negativas derivadas y brinda alternativas sobre la exigencia de su abstinencia, de acuerdo con Brown y Stewart (2021) los objetivos basados en la ausencia del consumo de alcohol en las mujeres reproducen un discurso hegemónico que tiene detrás la expectativa social sobre su sobriedad, además limita las posibilidades para que sean ellas quienes opten por su tipo de consumo estigmatizándolas como incapaces o irresponsables para moderar el uso de bebidas alcohólicas.

Para Romero, Rodríguez y Saldivar (2004) los programas de reducción del daño no vulneran el derecho a la salud al admitir que algunos de las consecuencias negativas pueden evitarse o en su caso disminuirse. Además, este enfoque privilegia el cuidado y la integridad de la persona que ingiere alcohol, así como de las personas que dependen del cuidado de las mujeres que presentan este problema de salud. Desde esta postura, restringir la información sobre las alternativas de tratamiento conlleva a ignorar las necesidades en salud de las mujeres y las expone al castigo que se ejerce sobre ellas porque se piensa que no quieren dejar de beber.

El segundo punto por referir es que, al señalar como punto principal la reducción de los riesgos y los daños por el consumo de alcohol, se corre el riesgo de asumir que la violencia y la discriminación son parte de las consecuencias psicosociales que hay que disminuir, esta consideración se pone en jaque con el derecho de las mujeres para acceder a una vida libre de violencia. Debido a lo anterior, considero que los abusos cometidos contra las mujeres a causa del alcohol no son una condición que tenga que aminorarse sino erradicarse, siendo esta una argumentación más para que los tratamientos o programas para la atención de la alcoholización también estén libres de violencias contra ellas².

² Los derechos alcanzados a partir de las luchas históricas feministas se han concretado en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

El tercer punto para considerar es la falta de reconocimiento de los actores responsables de proporcionar el tratamiento especializado. En este sentido destaco dos precisiones; la primera consiste en identificar al Estado como el responsable de proveer y ofrecer a toda la población, sin distinción por género, los tratamientos disponibles a través del sector público de salud, siendo este uno de los caminos para lograr el más alto nivel de bienestar, desarrollo personal y social de quienes se ven favorecido/as por ellos (López-Arellano, López-Moreno y Moreno-Altamirano, 2015).

Como segunda precisión subrayo la diferenciación realizada por Ettore (1998) entre tratamiento y ayuda, el tratamiento es, según la autora, dar un trato con orientación al cambio, en donde existe una relación jerarquizada de un experto/a sobre quien manifiesta la falta de control para beber. Para la ENCODAT (2016-2017) el tratamiento es la intervención del profesional de la salud, y se refiere a él como tratamiento con profesionista; en cambio la ayuda, es la acción mostrada en la cotidianidad de la vida, la cual consiste en brindar o recibir apoyo, por lo común, entre iguales, Menéndez (2018) lo define como autoatención. Ante dicha precisión en este documento retomo el concepto de tratamiento en los términos de Ettore (1998), y haré referencia a él de forma indistinta como tratamiento médico-sanitario o tratamiento especializado, para diferenciarlo de la autoatención.

Un siguiente punto de indagación es en qué medida y condiciones las mujeres acceden al tratamiento especializado. La Encuesta Nacional de Adicciones (2011: 39) señala que en el país los hombres tienen mayor oportunidad de recibir tratamiento para los problemas por dependencia al alcohol comparado con las mujeres, la diferencia es de 2.2: 1.

Concerniente a las brechas para recibir tratamientos especializados, se ha señalado que los hombres al tener un mayor consumo de alcohol son ellos quienes acceden más a la atención (ENCODAT-2016-2017; Almanza y Gómez, 2020) si bien el argumento resulta pertinente, considero que este dato no debe tomarse como único ni como principal determinante del acceso. La revisión de los siguientes reportes

científicos con enfoque social y de género me permiten explicar los obstáculos que las mujeres viven al demandar o recibir tratamiento especializado.

Los estudios realizados por Medina-Mora (1994); Bello, Puentes-Rosas y Medina-Mora, (2008); Romero et al. (2010b); Romero (2011); Méndez (2017) destacan que las mujeres con problemas por el consumo de alcohol enfrentan distintas barreras en su trayecto por recibir un tratamiento, estas se han clasificado como de tipo cultural, familiar y del propio sistema de salud. El primer tipo, respecto a la tolerancia hacia el consumo de grandes cantidades de bebidas alcohólicas, la sociedad tiene menos tolerancia hacia las mujeres, por ello, las estigmatiza y discrimina con mayor rigor en comparación con los varones. Los estudios de Romero (1998); Medina-Mora (2002); Góngora y Leyva (2005); Ramírez y Antonia (2008); Alcocer (2014) advierten que estas sanciones suelen ser legitimadas debido a los acuerdos socioculturales normativos de comportamientos. La evidencia científica demostró la persistencia del estigma y la discriminación como respuestas dadas a las mujeres, dicha situación también ha retrasado el reconocimiento de los daños, manteniéndolas en un contexto de marginación y de desigualdad en salud.

Respecto al grupo familiar, este por lo regular expresa rechazo o se detiene como red de apoyo para la búsqueda y acompañamiento en el tratamiento de mujeres o simplemente desconoce cómo afrontar el padecimiento. Méndez (2017) y Almanza y Gómez (2020) entrevistaron a familiares que acudían a tratamiento en el sector público de salud en la Ciudad de México y en el estado de Tamaulipas. En ambas investigaciones se documentó el apoyo que dan los familiares a los hombres durante su tratamiento para atender los problemas por el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas (Almanza y Gómez, 2020). Sin embargo, en estos trabajos no se accedió a experiencias de familiares involucrados en la atención de las mujeres. Los resultados demuestran la necesidad de conocer de qué manera las familias suelen apoyarlas.

Por su parte, las barreras en el sector salud corresponden a la carencia de infraestructura y programas de tratamiento integrales y con un enfoque de género, el rechazo y la estigmatización retrasa la identificación y canalización oportuna o

tardía a las unidades de tratamiento especializado (Méndez, 2017). En los estudios con mujeres en reclusión (Rodríguez et al., 2006; Romero et al., 2010b) se ha evidenciado la escasez del diseño y operación de programas porque éstos están pensados para la atención a los varones. Además, el personal de salud en unidades sanitarias generales o en las áreas de urgencia no siempre cuentan con el material para las valoraciones médicas, o con la capacitación para identificar los problemas por el consumo del alcohol (Mondragón, Romero y Borges, 2008) y qué decir del estigma que los profesionales de la salud expresan hacia las mujeres embarazadas consumidoras de alcohol, esta situación impide determinar si ella consume alcohol o la gravedad de su consumo porque el personal médico da por hecho que las mujeres no deben alcoholizarse, además la vergüenza que las mujeres sienten las lleva a negar este problema de salud (Berenzon et al., 2007; Diez et al., 2020).

Una dificultad adicional de los tratamientos especializados ha sido el enfoque de las intervenciones para enfermedades mentales y la adicción a sustancias psicoactivas, pues este se ha apoyado del modelo biomédico-psiquiátrico (Antunes y Gallante, 2010; Saraceno, 2018; Menéndez, 2018; Bega, 2018). El abordaje biomédico se fundamenta en el paradigma cartesiano y positivista, que concibe la enfermedad como disfunción interna del organismo, donde su reparación requiere la identificación de la causa orgánica para proceder con la curación a través de la utilización temporal de procedimientos técnicos-científicos por parte de quien se ha sub especializado en el estudio de la patología o la enfermedad, ignorando con ello la condición ambiental o social histórica en la que vive la persona que padece (Capra, 1992; Menéndez, 2003) más grave aún en el caso de las mujeres, ha sido imponer la intervención biomédica-psiquiátrica dejando de considerar la condición social y de género, así como la autodeterminación de las mujeres para decidir de manera informada cómo atender sus necesidades en salud.

Desde una mirada crítica, y en concordancia con Capra (1992) autoras como Ordorika (2005) y Castañeda-Salgado (2005) han señalado que el modelo desde la perspectiva de la biomedicina es individual, ahistórico, unicausal, centrado en la auto culpabilización, además promueve la desigualdad entre los géneros. En este

sentido, en la práctica de la psiquiatrización de los padecimientos, se oculta la presencia de sufrimientos o trasgresiones trazadas por múltiples circunstancias como la violencia, la discriminación o el estigma asignado por la condición histórica o cultural de las mujeres.

Ordorika (2005) y Castañeda-Salgado (2005) concuerdan en que el modelo biomédico justifica prácticas basadas en la psiquiatrización y prescripción de fármacos. La noción del uso de medicamentos como medio exclusivo o principal para la curación de las enfermedades, por una parte, ayuda a extender el mercado farmacéutico (Kovel, 1982; Kleinman, 2012) y por otra, pretende conservar el orden social preestablecido, la opresión y la subordinación (Foucault, 1966: 2000; Berger y Luckman, 2012; Fuster, 2012) que para el caso de las mujeres, las ha llevado a vivir como naturales los roles y estereotipos impuestos, así como, la organización tradicional familiar y social a la que se han encontrado sujetas.

A manera de cierre, considero que es necesario insistir en la reorganización de los programas de tratamiento, así como en la capacitación del personal de salud especializado en la atención y tratamiento del alcoholismo con perspectiva de género (CIJ, 2019); también se debe contemplar, la urgencia de implementar tratamientos integrales y con un enfoque basado en los derechos humanos de las mujeres (Saraceno, 2018); ya que, resulta impostergable atender las comorbilidades, los daños individuales, familiares y de carácter social, ocasionados por las múltiples violencias, el rechazo sociofamiliar, la subordinación y opresión, el estigma, la discriminación vinculados al consumo de alcohol, sumado a la condición de pobreza o trabajo precario y las brechas de acceso a servicios de salud.

1.4 De las preguntas al objeto de estudio y los objetivos de investigación

Antes de iniciar el presente subapartado pretendo argumentar los motivos para realizar un giro en la escritura de esta tesis. Pasar de una descripción de tercera a primera persona está enmarcada desde diferentes razonamientos. Uno de estos es mostrar mi involucramiento en la construcción del objeto de estudio, la siguiente razón es explicar la forma en que ocurrió mi inmersión al campo y la recolección de la información desde el fundamento metodológico en el que se inscribe el presente estudio, además de describir las etapas del trabajo de campo en el contexto de la pandemia por el COVID-19.

En este sentido, la escritura desde este formato evita presentarme bajo la noción de observadora neutral, pues en concordancia con Sánchez-Carretero (2003) estoy involucrada de forma personal, social e histórica con el problema y el grupo de mujeres participantes en esta investigación. Finalmente, y siendo la razón más relevante puedo ir dialogando y dando voz a las trayectorias sociales de atención desde la experiencia común de las mujeres entrevistadas. Mujeres a quienes históricamente y como resultado de los diseños metodológicos en la investigación sobre la atención, han sido invisibilizadas (Sánchez-Muñoz, 2016) provocando con ello la brecha de datos de género (Criado-Pérez, 2020).

Derivado de todo lo anterior el propósito central de este subapartado es describir cómo delimité el objeto y objetivos de estudio. Dos guías fueron las utilizadas de manera paralela, por una parte, los hechos concretos, esto es mi aproximación con mujeres que asisten a grupos de alcohólicos anónimos de "AA" para la recuperación de sus problemas por el consumo de alcohol; la segunda se basó en las preguntas que surgían de mi diálogo en el terreno académico. Comenzaré por este último.

A partir del análisis de la evidencia científica, fui desarrollando diversas y múltiples preguntas, las cuales iba pensando junto con las situaciones concretas de las mujeres en recuperación del consumo de alcohol. Estas preguntas giraban en torno a: ¿qué nuevos cuestionamientos hacerme para este problema de salud? e incluso ¿si existen tratamientos especializados para el alcoholismo, por qué las mujeres no

acuden? o ¿qué tan relevante es conocer sobre el acceso a los tratamientos que se brindan a las mujeres que viven los daños por el consumo de alcohol? Posteriormente pensé en delimitar los objetivos considerando ¿cómo sería la recolección de información, los instrumentos para sistematizarla, el análisis? en fin. Poco a poco, surgía la impresión de tener que poner a prueba mi capacidad para diseñar una receta metodológica, la cual uno piensa debe redactar según pasos a seguir, uno tras otro.

A tiempo reconocí que, en la investigación científica nada está dicho, evidentemente es importante tener un camino pensado, pero en cualquier momento ese camino más allá de parecer certero comienza a tener diferentes senderos, decisiones y algunos tropiezos, un camino helicoidal (Aibar et al., 2013) el cual en ocasiones ilimitadas me llevaban a recordar iniciales cuestionamientos, es decir, si lo que pretendía saber era por qué las mujeres no acceden a los tratamientos para el alcoholismo disponibles en el sector público de salud e incluso saber qué dificultades encuentran para acceder a la atención, sinceramente lo que podía hacer era interrogarme mejor, como lo expone Bachelard (1974). Tenía que comenzar por superar aquello que solo confirmaría explicaciones básicas capaces de aparentar la solución de estas interrogantes ofreciendo como respuesta la descripción de conductas secuenciadas de las mujeres para atender sus problemas de salud.

Pero no solo fue esto, también tuve que desencadenar una serie de preguntas aún no hechas una vez declarada la pandemia por el COVID-19. En nuestro país esta declaratoria ocurrió a mediados de marzo de 2020 (Martínez, Torres y Orozco, 2020). La emergencia sociosanitaria presente, además de modificar las dimensiones de vida de todas y todos lo que hoy estamos relacionados y digitalmente conectados, me llevaron a reorganizar varios elementos de este estudio. Esta modificación la detallo más adelante.

Un siguiente punto para definir el objeto de investigación fue asentir que el conocimiento y la actividad científica no se construyen en lo individual, sino a partir de la colaboración con los otros/as en un momento situado. Efectivamente tuve el papel más activo, pero su construcción nunca ocurrió en solitario. Lo que quiero

decir con esto es que mis iniciales preguntas se vieron fortalecidas de otras, especialmente cuando me expuse al diálogo con las demás voces (Aibar et al., 2013) por ejemplo, mi directora de tesis, algunas de mis compañeras y compañeros del doctorado y mi comité tutorial. En el terreno académico había una serie de dudas comunes siempre guardadas para mí, estas solían ser: ¿por qué te interesa estudiar el acceso de mujeres al tratamiento por el consumo de alcohol? ¿por qué las mujeres/ellas? conforme avanzaba me preguntaban ¿cómo llegaste al tema de las mujeres en agrupaciones de “AA”? ¿hay grupos de Alcohólicos Anónimos en donde acuden mujeres? ¿existen grupos de “AA” conformados solo por mujeres? ¿por qué te importa estudiar a las mujeres o el consumo de alcohol?

Este punto de discusión me llevaba a detenerme y preguntar: ¿por qué ellas?, ¿por qué las mujeres? o ¿por qué las experiencias de las mujeres, no? ¿acaso las mujeres no protagonizan su recuperación? ¿acaso se piensa que ellas no existen o no son vistas? ¿tal vez parte del problema es su invisibilización? ¿cómo sostener la importancia de su estudio debido a los daños a la salud por el consumo de esta sustancia? y sobre todo ¿cómo explicar su proceso de atención?, esta última pregunta sacudía y debilitaba mi inicial cuestionamiento, el cual había sido ¿si existen tratamientos especializados para el alcoholismo, por qué las mujeres no acuden? En mi interpretación, los cuestionamientos ya estaban en otro orden de mayor complejidad o al menos así quería pensarlo, pero también este proceso me servía para eludir dar por hecho que los demás entenderían lo que yo les contaba que ocurría en el mundo de lo concreto, desde luego en el terreno académico eso no sucede así, la descripción básica es el punto de partida para argumentar un problema y un objeto de investigación, pero la explicación en el análisis y su teorización son hoy para mí, un camino al aporte científico (Bachelard, 1974; Bertaux, 2005; Aibar et al., 2013).

Finalmente, mi propuesta determinó aproximarme a la complejidad del mundo de las mujeres en la comunidad de Alcohólicos Anónimos “AA” como una manera posible de comprender la atención que reciben frente a los problemas por el consumo de bebidas alcohólicas, efectivamente me estaba inclinando por la

pregunta sobre ¿cómo explicar el proceso de atención? y no en ¿por qué la mujer no acude al tratamiento especializado? En el apartado teórico explico mi argumento sobre esta decisión, por el momento proseguiré con detallar cómo los hechos concretos me guiaron en la identificación del problema y las mujeres de estudio.

En este entendido es importante comentar que mi primer contacto con las agrupaciones de “AA” ocurrió en el año 2016 al realizar la investigación en el programa de la Maestría en Ciencias Sociales, lugar a donde acudí ante la baja, si no es que nula, asistencia de mujeres en tratamiento para el alcoholismo en dos unidades médicas especializadas, una en la Ciudad de México y la otra en el Estado de México. Además de afrontar la negativa de una mujer que se encontraba en tratamiento en una de estas unidades para otorgarme una entrevista que paradójicamente tenía como objetivo identificar las barreras de acceso para su tratamiento.

Mi aproximación con las mujeres de grupos de “AA”, en el 2016, lugar donde pude conocer a varias participantes ese mismo año me permitió sospechar que lo que había enfrentado no era el rechazo de una mujer, sino una serie de contradicciones presentes en el sector público de salud. Como lo mencioné, este hecho me provocó el impulso por continuar conociendo el mundo donde se develaba la presencia de las mujeres³, su organización y sus saberes para mantenerse en sobriedad, el vínculo de sus prácticas de recuperación instituidas en las agrupaciones de ayuda mutua tomando a éstas como expresión de la respuesta social al problema del alcoholismo en México e incluso continuar examinando por qué las mujeres, sus hijos/as o la familia asisten a esta comunidad y no siempre al tratamiento especializado.

Quiero resaltar otra situación identificada a partir de las investigaciones sobre los grupos de “AA” hechas por Rosovsky (2009), Módena (2009) y Sánchez (2008) así como de mi contacto con algunos/as de sus integrantes, esto es que, si bien sus

³ La mayor parte de las mujeres que asisten a “AA” son también madres

afiliados/as se asumen como iguales⁴ por el apoyo dado entre pares, las diferencias de tipo estructural son innegables, estas suelen ser la pertenencia a determinado estrato socio económico, aunque por lo general es bajo, por condición de género, la edad, el nivel educativo, el trabajo, el origen étnico, alguna discapacidad o comorbilidad, su situación legal⁵, migratoria o familiar e incluso grupos de la diversidad sexual, es decir las situaciones sociales entre las/los participantes suelen ser diversas (Módena, 2009; Ettore, 1994) razón por la cual es necesario reconocer, como lo ha suscrito Ettore (1994) la heterogeneidad de dicha comunidad, particularmente entre las mujeres.

En función de lo planteado y para poder definir el objeto de investigación, fue necesario pensar en experiencias comunes de vida entre las participantes de esta investigación, lo cual derivó en su respectiva delimitación.

Debido a todo lo anterior, el objeto de estudio y su objetivo general, quedó definido de la siguiente manera: *Conocer la experiencia de las mujeres madres en casa, en torno a la atención que reciben debido a los daños vinculados al consumo de alcohol.*

Los objetivos específicos fueron:

1. Señalar las motivaciones del consumo de alcohol por las mujeres madres en casa⁶

⁴ Aunque asumirse como iguales no siempre conlleva a relaciones de igualdad entre integrantes del grupo, las asimetrías de género (Méndez, Romero y Salinas, 2020) o de tipo estructural se reflejan en los conflictos al interior de los grupos incluso entre agrupaciones (Módena, 2009) es decir, las organizaciones también viven en su interior sus propias contradicciones.

⁵ Las mujeres privadas de la libertad, ya sea por proceso o por sentencia jurídica en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla en la Ciudad de México y que se consideran integrantes de la comunidad de Alcohólicos Anónimos son un ejemplo de esta heterogeneidad (Información recolectada en esta investigación).

⁶ Comúnmente nombradas amas de casa. En esta investigación se consideró la pertinencia de no utilizar este término, ya que etiqueta y en todo caso invisibiliza el trabajo de cuidados que una mujer madre realiza.

2. Señalar los daños experimentados por las mujeres madres en casa vinculados con el consumo de alcohol
3. Develar a partir de las experiencias de las mujeres del estudio, la trayectoria social concerniente a la autoatención e identificar si han recibido atención médico-sanitaria para los problemas por el consumo de alcohol.

II. Marco teórico conceptual

Diversos son los abordajes teóricos para comprender la complejidad del fenómeno de la salud. La perspectiva teórica de la salud colectiva propone reconstruir el concepto convencional que la define como el resultado del equilibrio entre los factores biológico, social y psíquico del individuo. Contrario a esta mirada instiga a analizar, entender y develar de forma transdisciplinar los procesos de salud-enfermedad y la atención-cuidado (s/e/a-c), asumiéndola no solo como un *estado* biológico, sino también como hecho y *proceso* social e histórico. El análisis crítico desde este abordaje devela contradicciones sobre la forma en que las sociedades se organizan y jerarquizan en torno a ciertos contextos macroeconómicos y/o culturales, los cuales determinan los procesos para vivir, enfermar, organizar y recibir la atención-cuidado o morir (Laurell, 1982: 1994; Stolkiner y Gómez, 2012).

Desde este marco analítico abordo el objeto de esta investigación. Es decir, si bien al inicio mi propuesta de estudio estuvo pensada desde un enfoque sobre el acceso a los sistemas de salud, razón por la cual las primeras interrogantes fueron: ¿por qué las mujeres no acuden o no asisten al tratamiento especializado? identifiqué que partir de este tipo de cuestionamientos me conducía a concebir el acceso al tratamiento desde la voluntad individual, donde mis posibles respuestas hubieran sido: si la mujer que abusa o depende del alcohol no percibe los riesgos a su salud no demandará un tratamiento especializado o si la mujer reconoce los daños ocasionados por su forma de beber entonces admitirá la necesidad de buscar tratamiento, para esto acudirá a las unidades de salud especializadas, solicitará ser tratada por el personal médico y como fase última de una trayectoria lineal habrá alcanzado la atención (Levesque et al., 2013). Desde mi valoración dicho abordaje solo me llevaba a concentrarme en la conducta de la mujer.

Finalmente, esta advertencia teórica me reveló que el enfoque explicado desde la voluntad individual desdibujaba varias dimensiones para comprender la atención desde una dimensión de mayor complejidad, es decir debilitaba el análisis de las brechas o inequidades vividas por las mujeres con estos problemas de salud, las cuales inciden en desigualdades en salud, pero también demoraba la integración de

la perspectiva sobre la respuesta dada para enfrentar las enfermedades que afectan a los grupos sociales (respuesta social organizada), por último, desestimaba la investigación sobre la atención a los daños por el consumo de alcohol desde la experiencia como mujeres. Debido a lo anterior consideré conveniente integrar una propuesta teórica que, si bien me permitió comprender la atención como un proceso en apariencia individual por parte de las mujeres, también evidenció la dimensión colectiva.

2.1 Respuesta social organizada y la mirada del género

Ahora bien y con el fin de explicar mi argumentación teórica, elaboré un par de preguntas a las que busqué dar contestación. Estas fueron: ¿cómo puede definirse la respuesta social organizada (RSO)? y ¿para qué un análisis con perspectiva de género? Respecto al primer cuestionamiento, Jarillo y Arroyave (1995) definen la RSO como segundo componente del objeto de estudio de la perspectiva de la salud colectiva, abarca el estudio de las acciones, así como sus distintas formas colectivas respondientes a los problemas y el cuidado de la salud de las poblaciones. La investigación sobre la respuesta social integra la comprensión como el análisis crítico sobre la forma en que son organizadas las instituciones sanitarias; el diseño de la política pública; las instituciones académicas o de investigación; el conocimiento científico y técnico en salud generado por ellas; la formación y capacitación del recurso humano; la participación de las organizaciones civiles; los actores sociales, los saberes y prácticas en salud.

Por su parte, Arango et al. (2004) y Stolkner y Gómez (2012) señalan la RSO como las acciones realizadas por el Estado y la comunidad con el fin de afrontar las enfermedades, mejorar las condiciones de salud y el cuidado de la vida humana. Pero cómo entender la participación de estos dos actores —el Estado y la comunidad— López-Arellano, López-Moreno y Moreno-Altamirano (2015) y Castro (2021) inscriben esta explicación desde el enfoque del derecho a la salud. Sus

argumentos permiten diferenciar dos puntos centrales: el primero corresponde al derecho a la salud y el segundo el derecho a su protección.

Referente al derecho a la salud, el Estado como sujeto obligado, es quien debe garantizar la obtención de los satisfactores de vida y el mejoramiento de las condiciones que intervienen como determinantes sociales de la salud, estos son: el trabajo, la vivienda, la alimentación, los servicios de salud, la educación y el medio ambiente. Paralelamente el Estado debe garantizar el derecho a la protección de la salud mediante la distribución equitativa de los servicios médico-sanitarios en el sector público, en este caso garantizar la disponibilidad de unidades y tratamientos especializados e integrales capaces de responder a las necesidades en salud de las mujeres que viven los daños por el consumo abusivo o de dependencia al alcohol. La comunidad como segundo actor, se apropia, construye, demanda, reproduce, transforma y gestiona en la cotidianidad de la vida los conocimientos científicos-técnicos, los saberes y prácticas en salud. Adicional a lo antes planteado, López-Arellano y Blanco-Gil (2004) señalan que las diversas respuestas o la RSO se traza en la dimensión sociohistórica, razón por la cual es importante analizar su intersección con condiciones como el género, la pertenencia étnica y/o la clase social.

En resumen, al incorporar la lente teórica de la salud colectiva y la respuesta social organizada (RSO) presento un argumento para reconocer los modos de respuesta dados entre el Estado y la comunidad para dar atención a las mujeres que viven los daños asociados al consumo de alcohol, estos modos de atención abarcan: la atención médico-sanitaria proporcionada en el sector público mediante el tratamiento especializado y la autoatención. Asumo entonces, que este reconocimiento me permite ampliar la noción convencional de la atención como resultado de la voluntad y acción individual para demandar un tratamiento, así también cuestiona la noción de que la atención solo se provee en el sector médico-sanitario.

En relación con el segundo cuestionamiento ¿para qué un análisis con perspectiva de género? Como un medio para argumentar esta respuesta me he apoyado en la evidencia científica producida en México, la cual devela las diferenciaciones vividas por las mujeres, en tanto su proceso de alcoholización y necesidad de apoyo. Desde esta perspectiva teórica, me propuse comprender cómo la condición de género actúa como determinante social para organizar y recibir la atención. En este sentido, los puntos retomados del enfoque de género fueron: los grupos sociales se ciñen en las relaciones asimétricas entre los sexos, sus interacciones se encuentran sujetas a definiciones normativas sobre lo que históricamente es considerado y valorado como masculino o femenino (Scott, 1996).

En las relaciones desiguales de este sistema sexo-genérico se establecen mandatos con el propósito de preservar determinada organización socio histórica y cultural. Los preceptos enmarcan roles y estereotipos a cumplir. En el caso de las mujeres, las tareas socialmente demandadas suelen ser la maternidad y la crianza, mediante las cuales se sostiene la realización de las mujeres tomando como argumento su naturaleza, capacidad y función biológica, en este hecho de gran trascendencia para las mujeres y para la sociedad en su conjunto, se suele centrar su valor, prestigio social, identidad y al mismo tiempo su normativización. El cuidado familiar dentro del espacio doméstico y privado también es visto como uno de los proyectos femeninos (Engels, 1983; Beauvoir, 1949; Sánchez-Muñoz, 2016).

La legitimación de los estereotipos y roles tradicionales se reproducen tanto en los espacios públicos como en el privado. La dominación, subordinación, incluso la explotación de género enmarca relaciones dentro de estos espacios, sosteniendo estructuras de desigualdad para las mujeres, estas pueden ser: la división de tareas domésticas y el trabajo de cuidados; el acceso diferenciado al trabajo remunerado y salario justo: el acceso a la educación formal o el acceso a la protección de la salud (Páez, 2019; Coffey et al., 2020).

Dada la condición de género para las mujeres, la violencia en sus diversas expresiones llega a ser un mecanismo de control generalmente empleado por varones con el propósito de mantener su subordinación, más grave aún, se

normalizan y legitiman las violencias, especialmente cuando determinado orden social e histórico se considera amenazado o cuando a las mujeres se les identifica fuera de los parámetros socialmente establecidos.

La reivindicación de las mujeres dentro de los grupos sociales e históricos desde el enfoque de género las concibe como seres sociales por encima de ser asumidas como seres con funciones exclusivamente biológicas. Las mujeres entonces actúan, participan, transforman, es decir politizan en sus diversidades, pero al mismo tiempo lidian con las condiciones, situaciones y relaciones cotidianas basadas en la desigualdad (Sánchez-Muñoz, 2016). Concretamente en el proceso salud-enfermedad-atención y cuidado (s/e/a-c), las funciones, los mandatos, las relaciones y sus contradicciones en la vida de las mujeres configuran situaciones capaces de determinar los modos de enfermar, así como los procesos para enfrentar y dar respuesta a los padecimientos (Becker, 1989; Burín, 2010; 2012). A partir de estos argumentos teóricos, es que el género como categoría para la investigación orientó el análisis de un proceso de atención que se reconoce desde su dimensión social e histórica sirviendo como una propuesta para superar la noción convencional sobre la voluntad individual de la mujer para alcanzar la atención y el acceso al tratamiento.

2.2. Caracterización de la atención para el alcoholismo en México

En esta sección caracterizo los *modos de atención* de los daños asociados al consumo de alcohol en las mujeres, estos son: a) la atención médico-sanitaria prestada por los servicios públicos y b) la autoatención (Menéndez, 2018; Ettore, 1998). También describo los puntos que considero claves para entender las diferencias en la organización de estos modos de atención.

La atención médico-sanitaria generalmente se brinda una vez que la persona consumidora de alcohol lo solicita. En este tipo de atención se involucran los/las profesionales de las disciplinas como la medicina, la psiquiatría, el trabajo social, la

psicología y enfermería, quienes apoyados en un saber científico fundamentado en la biomedicina (Menéndez, 2011; Capra, 1992; Foucault, 1966) inician una valoración clínica que consiste en identificar la sintomatología asociada al alcohol, determinar el grado de afección física y psicosocial para relacionarla con un patrón de consumo. En esta fase se explora si las mujeres consumidoras de alcohol están embarazadas o lactando. Posteriormente se elabora el expediente e historia clínica donde se emite el diagnóstico, se enuncia el tratamiento recomendado, el cual llega a contemplar la prescripción de medicamento psiquiátrico, por último, se emite un pronóstico (SSA, 2009).

En cambio, la autoatención (Menéndez, 2018) se distingue por acciones colectivas cotidianas que convocan las personas o micro grupos que han vivido o viven la misma enfermedad o padecimiento, no se dirige bajo el saber de la biomedicina, aunque suele hacer uso de algunas definiciones para referirse al alcoholismo como una enfermedad. En la autoatención, específicamente en los grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos “AA” no es un requisito de ingreso contar con un diagnóstico clínico para integrarse a la comunidad, aunque en algunos casos la persona sí tiene una valoración o seguimiento médico por parte de un profesional de la salud. En la autoatención se gestionan prácticas de salud, algunas generadas desde los saberes tradicionales como el uso de tes para remediar el malestar físico causado por el consumo prolongado de alcohol, así como saberes comunitarios o rituales⁷. Respecto a la recuperación personal y la sobriedad, esta se alcanza día con día mediante el trabajo personal guiado en los 12 pasos y las 12 tradiciones, así como con el apoyo de los/las integrantes de la agrupación y la comunidad “AA”.

En la tabla 1 se caracterizan las formas de atención a los problemas por el consumo de alcohol en México, para ello retomé la propuesta de Borges et al. (2009).

⁷ Uno de los rituales es el apadrinamiento. El padrino o madrina se identifica como figura de respeto en la cultura mexicana, por esto en el programa recuperación de “AA” la persona que tiene este papel representa el modelo de alcohólico/a recuperado (Sánchez, 2008). En este sentido es común que quien inicia el programa de “AA” elija a su padrino o madrina con el propósito de contar con un guía para su proceso de recuperación y a quien en todo caso confiará las experiencias más íntimas de su alcoholización.

Tabla 1. Modos de atención a los problemas por el consumo de alcohol en México

Atención médico-sanitaria	Autoatención
<ul style="list-style-type: none"> • cualquier especialista en salud mental y adicciones: psicólogo/a, médicos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, psiquiatras (responsables del tratamiento especializado) 	<ul style="list-style-type: none"> • servicios humanos que no pertenezcan a una especialidad en salud mental, como: sacerdotes, ministros, consejeros/as
<ul style="list-style-type: none"> • médicos generales 	<ul style="list-style-type: none"> • uso de internet, grupos de ayuda mutua que emplean la filosofía de Alcohólicos Anónimos “AA”, padrinos/madrinas en agrupaciones de ayuda mutua, herbolarios, espiritistas y rituales como los juramentos que apoyarán a controlar la abstinencia

Fuente: elaboración propia con información de Borges et al., (2009); Menéndez (2018); García, y González (2009); Marín-Navarrete, Medina-Mora y Tena-Suck (2014)

En los siguientes subapartados señalo la red de atención médico-sanitaria y los antecedentes y prácticas de recuperación de los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos de “AA”.

2.2.1. Atención médico-sanitaria: red de servicios públicos de salud

En México, la red de atención del sector público de salud cuenta con diferentes centros y unidades especializadas en el tratamiento de personas con problemas por el consumo de alcohol, uno de estos es el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) el cual inició operaciones en 1977 en la Ciudad de México, dicho centro pertenece al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz por lo que su asistencia es de tipo médica, psiquiátrica, psicológica, brinda tratamiento de desintoxicación así como apoyo social. Cabe decir que en CAAF también se realizan actividades de prevención, docencia e investigación sobre los problemas asociados al uso de alcohol (Natera y Valencia, 2001).

Por su parte, el Reporte de la Sociedad Civil sobre Consumo Nocivo de Alcohol (2020) destaca el registro de 341 Centros de Atención Primaria a las Adicciones, 104 unidades ambulatorias y 11 unidades de hospitalización de los Centros de Integración Juvenil. Si bien, en este reporte se subrayan las inequidades en la atención de las necesidades en salud de las mujeres, no es posible identificar las unidades médicas enfocadas en su tratamiento. Considero fundamental que en informes como el citado se logren enmarcar aquellas instituciones con tratamientos con perspectiva de género, con el fin de dar un seguimiento sobre la respuesta dada por el sector salud.

2.2.2. Autoatención en México y los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos “AA”

Los grupos tradicionales de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos “AA” representan una de las formas de autoatención (Menéndez, 2009: 2018). De acuerdo con varios autores como Rosovsky (2009), Sánchez (2008) y Brandes (2004) el programa de “AA” es una alternativa para que las personas alcancen y mantengan su abstinencia del consumo de alcohol.

Respecto a los antecedentes de Alcohólicos Anónimos este programa inició en 1935 en Estados Unidos, sus fundadores, el Dr. Bob y Will W vivieron el problema del alcoholismo (Sánchez, 2008). En México, la primera agrupación inició en 1946. De acuerdo con Menéndez (2009) y Rosovsky (2009) los grupos de “AA” en nuestro país representan una alternativa a la escasez de programas de tratamiento especializado en el sector público de salud. Los estudios sobre las agrupaciones de “AA” señalan que adicional a esta escases de servicios, el personal sanitario suele apoyarse en este programa por diversas razones, estas son: porque el personal de salud rehúye a atender a la persona consumidora de alcohol a causa del deterioro psicosocial de este último; por la estigmatización hacia quien vive con esta enfermedad; porque el equipo de salud desconoce las vías para detectar o canalizar de manera oportuna a las unidades de atención especializadas (Mondragón, Romero y Borges, 2008; Rosovsky, 2009; Menéndez, 2009) o bien porque el personal médico considera que “AA” es un programa complementario del tratamiento especializado (Gutiérrez et al., 2015).

Concerniente a la escasez de programas, varias han sido las estrategias para abatir estos rezagos, la más reciente es la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones “Juntos por la Paz” (Alcocer, 2019) emitida en 2019, uno de sus propósitos es asegurar a la población la protección del consumo de drogas u otras enfermedades mentales, así como reducir las brechas para su atención. A pesar de estas acciones las agrupaciones de “AA” continúan teniendo mayor alcance en la cotidianidad dentro de la comunidad comparada con la red de servicios públicos disponibles, tan solo en el país se estima un registro de 14,000 grupos tradicionales en Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, oficina con representación legal en México desde 1970 (Reporte de la Sociedad Civil sobre Consumo Nocivo de Alcohol, 2020). A este número se integran los grupos afiliados en una segunda organización instituida desde 1985, esta es Sección México, la cual en 2008 contaba con el registro de 2,200 agrupaciones (Sánchez, 2008)⁸. Una de

⁸ Cabe señalar que las necesidades de atención de las personas directa o indirectamente afectadas por el consumo de alcohol han derivado en distintas ramificaciones del modelo de recuperación de “AA”. Los grupos de 24 horas de “AA”, los grupos del Cuarto y Quinto paso, las agrupaciones de Al-Anon y Alateen, estos últimos enfocados en el apoyo a las parejas, hijos e hijas de personas consumidoras de alcohol, son un ejemplo

las desventajas de los registros de participantes hombres y mujeres en grupos de ayuda mutua de “AA” es que no necesariamente están actualizados, ya que las agrupaciones no elaboran expedientes, además la asistencia de las personas suele fluctuar, razón por la cual es difícil determinar el número exacto de afiliado/as.

El programa “AA” se realiza mediante la organización de grupos considerados como tradicionales o de hora y media, los y las participantes de estas agrupaciones realizan juntas o reuniones por espacio de 90 minutos cada día⁹. En estas sesiones se comparten experiencias sobre el padecimiento del alcoholismo o la recuperación, también sirven para atender o distribuir tareas entre sus integrantes, asignar funciones, establecer acuerdos, solucionar disensos o planificar las eventos y reuniones de trabajo con las demás agrupaciones adscritas a la oficina de “AA”. Las juntas pueden ser cerradas, es decir, exclusivas para las/los integrantes de la agrupación o juntas abiertas donde se admite la presencia de personas no alcohólicas o integrantes de otras agrupaciones.

El programa de “AA” se apoya en tres importantes legados. El primero, es la recuperación, este se guía en los 12 pasos del programa, del paso uno al paso tres el proceso consiste en que la persona consumidora de alcohol admita su incapacidad para dejar de alcoholizarse, para ello se le sugiere su encomendación a un poder superior; del paso cuatro al nueve, el proceso se caracteriza por elaborar un inventario moral donde la persona reconoce las consecuencias de su consumo, a través de este inventario admite los daños propiciados durante su alcoholización y busca repararlos; los pasos diez al once dan la oportunidad de que la persona continúe compensando los daños; el paso doce se caracteriza por transmitir el mensaje de recuperación. El avance en cada paso, así como el logro de la abstinencia va a depender del trabajo realizado por cada participante del grupo (Gutiérrez et al., 2007; Sánchez, 2008).

(Sánchez, 2008; Cruz, 2021). A ello se suma la organización de agrupaciones tradicionales dirigidas a la comunidad LGBTIQ+ o para grupos de la tercera edad.

⁹ Estas características lo diferencian de otros programas como el del Movimiento de 24 horas de Alcohólicos Anónimos, el cual brinda el servicio de internamiento para la persona consumidora de alcohol.

El segundo legado es la unidad, para asegurar este valor se guían en las 12 tradiciones, estas son aquellas acciones grupales que mantendrán los valores y razón de ser de la comunidad. El tercer legado es el servicio, este se logra con el apoyo de los 12 conceptos, es decir las guías técnicas para el funcionamiento de los servicios de “AA” (Sánchez, 2008; Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008).

Además, el programa de recuperación de “AA” está encaminado a alcanzar a toda persona que reconozca su deseo de dejar de beber, que exprese su incapacidad para dejar de beber alcohol y/o que manifieste estar experimentando los malestares físicos o emocionales (fondo de sufrimiento) relacionados con el consumo de esta sustancia.

Si en los grupos participan hombres y mujeres entonces se les identifica como agrupaciones mixtas. solo en pocos casos se logran constituir grupos donde únicamente asisten mujeres. Concerniente a la afiliación de las mujeres, se advierte que la participación para su recuperación puede estar vulnerada a causa de una reiterada estigmatización por padecer el alcoholismo, ser mujeres y/o ser madres, siendo esta una de las razones para ser discriminadas incluso dentro de las mismas agrupaciones (Pérez-López et al., 1992; Rosovsky, 2009; Méndez, 2017; Méndez, Romero y Salinas, 2020). Por lo contrario, en juntas donde solo sesionan mujeres es posible generar espacios para auto atender sus necesidades de recuperación debido a la confianza para compartir las experiencias comunes de sufrimiento, violencia, discriminación u otros daños vinculados con su consumo de alcohol (Escalante, 2015).

Por último, en los grupos de ayuda mutua se considera que el alcoholismo si bien es una enfermedad progresiva y de consecuencias fatales para el organismo del alcohólico/a también es considerada como una enfermedad emocional (Gutiérrez et al., 2007; Menéndez, 2018; Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008).

2.3. Herramientas teórico-conceptuales

Uno de los principales propósitos de este apartado es explicar las categorías teórico-analíticas empleadas para el abordaje del objetivo del estudio, estas fueron: la *experiencia*, desde la noción de Joan Scott (2001) así como de Víctor W. Turner (1986) y la *trayectoria social* de Erving Goffman (1972) y Daniel Bertaux (2005).

2.3.1. Experiencia de las mujeres

Distintas áreas en las ciencias sociales y humanas han abordado el concepto de experiencia. Desde un desarrollo teórico antropológico, Turner (1986) ubica dos formas de comprender el término y por lo tanto de concebir a los sujetos. Por una parte, explica que el ser humano puede ser asumido como agente pasivo capaz de aceptar los acontecimientos externos a él, para el autor estos eventos son vividos como *una mera experiencia*. Contrario a esta mirada, Turner concibe a los sujetos como seres activos capaces de constituir su realidad, este proceso entonces es lo que conforma *la experiencia*. En este entendido la experiencia organiza y da significado a la realidad construida, delineando a su vez la identidad individual y colectiva de las personas que interactúan en determinado contexto histórico. Desde este posicionamiento antropológico, las experiencias contienen una cualidad de temporalidad, son formativas y también trasformativas al unirse con experiencias pasadas o presentes. Para el autor, el relato o las narrativas son el medio para poder expresar las experiencias y su análisis ayuda a comprender el contexto sociocultural en el que se construyen (Bruner, 1986).

En relación con el punto anterior, pero desde un enfoque social e histórico, Garazi (2016, p. 3) afirma que la experiencia ha sido tomada como herramienta conceptual “para recuperar las prácticas y vivencias de los sujetos en los procesos históricos”, procesos en los que se expresan diversos problemas sociales, culturales y políticos. Lamentablemente, se ha pensado que en la investigación social rescatar la experiencia de las personas significa acceder a la descripción de una realidad externa, neutral y objetiva. Desde una noción diferente y bajo una visión aproximada

con la de Turner (1886), Joan Scott (Citado en Garazi, 2016) asume que son las personas quienes producen mediante el lenguaje como sistema de significados, sus experiencias en el mundo histórico y situado en el que viven y actúan. Adicional a lo anterior, Scott (2001) ha destacado que las experiencias pueden ser analizadas como evidencia histórica de lo que los sujetos socialmente han constituido, de su subjetividad, su identidad, las tareas o las prácticas en las que se han definido individual o colectivamente, en tanto su construcción genérica, de raza o respecto a su clase social.

Una de las propuestas nodales de la noción de experiencia de Scott (2001) y de acuerdo con Garazi (2016) es que estas pueden ser sometidas a su socavación y explicación. Es decir, si solo tomamos la experiencia como herramienta para describir el mundo social como si se tratara de datos empíricos externos, entonces los eventos vividos son asumidos como acontecimientos de ocurrencia natural o permanente, bajo esta orientación eludimos preguntas sobre los cómo, los por qué, debido a qué condiciones o hechos o de qué manera ocurren, desde luego que esto nos impide ver los procesos socio históricos y la acción de los sujetos, más grave aún naturalizamos su segregación al dejar de cuestionar sus formas de organización social. Un punto de análisis adicional y central de esta noción de experiencia es que podemos cuestionar el papel de la historia tradicional en el acallamiento de la experiencia de los sujetos por pertenecer a grupos subordinados, o por considerárseles como grupos minoritarios, como ocurre con las mujeres.

En concreto, destaco el análisis de la experiencia desde la visión de Scott (2001) porque me permite ubicarme en un lugar teórico desde el cuál conocer la atención que reciben las mujeres debido a los daños por el consumo de alcohol. visibilizando las condiciones sociales, históricas, ideológicas y/o las prácticas hegemónicas que han producido o reproducido sus desigualdades y desventajas para su atención.

2.3.2. Trayectorias sociales de atención

Como lo he argumentado, la noción de atención, si bien se asume como un comportamiento individual, también es considerada dentro de esta investigación como acción y un recorrido colectivo, este planteamiento lo retomo de la conceptualización de Erving Goffman (1972, p.133) quien señala que “cualquier trayectoria transitada por una persona en el curso de su vida puede ser reconocida como trayectoria social”. Así mismo retomó a Daniel Bertaux (2005) pues si bien el autor coincide con la conceptualización que hace Goffman (1972), la complementa al afirmar que en las trayectorias sociales se reflejan los mecanismos y procesos vividos por las personas dada una determinada organización y movilidad social, siendo estas las razones por las cuales se convive en situaciones particulares bajo las cuales las/los sujetos se intentan acomodar.

Por consiguiente, la atención la operacionalicé como trayectorias sociales de atención al asumir que las mujeres del estudio recorren un camino enmarcado por la propia condición de desigualdad sociohistórica y de género. El análisis desde las herramientas conceptuales descritas, *la experiencia y la trayectoria social*, son un medio para socavar los mecanismos y procesos que configuran o atraviesan las experiencias que como mujeres viven, además visibilizan el conjunto de condiciones, contextos, relaciones, acciones y prácticas en los que se constituye la atención a los daños por el consumo abusivo o de dependencia al alcohol.

III. Estrategia metodológica

3.1 Estudio de caso instrumental

Diseñé un estudio de caso de tipo instrumental, para lo cual empleé métodos y técnicas de recolección de información y análisis cualitativo. Gundermann (2018, p. 236) afirma que el estudio de caso instrumental “aspira a ser un medio de descubrimiento y desarrollo de proposiciones empíricas, se centra en el estudio de una entidad particular para alcanzar la comprensión más desarrollada sobre un problema más general o para desarrollar una teoría”. El estudio de caso instrumental se centra en el análisis y la comprensión general de una organización, una persona, un hecho histórico o un fenómeno en salud (Quintero y Ramírez, 2020) como lo son las trayectorias sociales de atención.

En el estudio de caso esboqué interrogantes sobre los qué, cómo y por qué de la atención que reciben las mujeres madres que viven los daños asociados al consumo de alcohol (descripción y explicación). Estos cuestionamientos orientaron el uso de métodos y técnicas con enfoque cualitativo, ya que permitieron la recopilación de información desde las experiencias de las personas (Ragin, 2007). Como lo sugieren Taylor y Bodgan (2000) una mirada cualitativa lleva a explorar y comprender desde la subjetividad, desde los sentidos que se dan a las experiencias de vida en un particular mundo social, con el propósito no solo de aproximarse a las personas de la investigación, sino comprender las complejidades de los procesos sociales, al mundo vivido y las contrariedades/problemas experimentados (Martínez-Salgado, 2010).

3.1.1 Unidad de estudio

Como unidad de estudio, es decir “los sitios donde es posible observar en acción al mismo actor” (Guber, 2004, p.71) seleccioné un grupo tradicional de hora y media de Alcohólicos Anónimos para mujeres, mi inmersión en la agrupación permitió contactarme con las participantes de este estudio.

3.1.2. Unidad de análisis

Sobre las participantes del estudio, elegí a mujeres que asisten a grupos de “AA”.

Las características de las participantes fueron:

- Mujeres que al momento del estudio tuvieran 20 años o más
- Mujeres madres que consideraron que su actividad principal era el trabajo en el hogar
- Mujeres que reconocieron haber experimentado daños asociados al consumo de bebidas alcohólicas o que hubieran manifestado su necesidad de dejar de consumir alcohol, razón por la cual no se pidió contar con un diagnóstico clínico previo. Cabe destacar que cuando una persona decide incorporarse a una agrupación de “AA” no presenta un diagnóstico avalado por un profesional de la salud, el requisito para pertenecer a la comunidad es tener el deseo de dejar de beber
- Mujeres integrantes de la agrupación de “AA”, que hayan transitado por el cuarto y quinto paso del programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. Estar en algunas de estas etapas del programa, las ha llevado al reconocimiento del padecimiento del alcoholismo, sus daños, las dificultades, las experiencias vividas sobre la recuperación y la sobriedad (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008). Por lo que asumí que las mujeres “militantes” ya habían vivido alguna trayectoria social de atención¹⁰

¹⁰ Algunas mujeres de la investigación emplearon la palabra militancia para explicar su participación en los grupos de “AA”, de acuerdo con la información el uso de este término se refiere al sentido de apropiación que ellas tienen sobre su agrupación (información obtenida del diario de campo para esta investigación). Al respecto, el estudio de Gutiérrez et al. (2007) ha indicado que las personas que se muestran más involucradas con la práctica de los doce pasos de “AA” alcanzan su recuperación y mantienen durante más tiempo la abstinencia. Erro (2021, p. 108) desde la perspectiva del activismo en primera persona explica que quienes asisten al apoyo mutuo, como los grupos de Alcohólicos Anónimos, no solo comparten experiencias sobre su sufrimiento psíquico, sino que como grupo propician los medios para afrontarlo, para el autor este posicionamiento personal y colectivo conlleva a que las y los integrantes de estas asociaciones pasen de

- La participación en el estudio en todo momento fue voluntaria y apoyada en el anonimato, este último criterio fue punto clave para la recolección de información

3.2 Trabajo de campo: la decisión de sus etapas en el contexto de la pandemia

Para la recolección de información había programado entrevistar tanto a mujeres de la agrupación como a mujeres identificadas como madrinas dentro de Alcohólicos Anónimos, con el propósito de enriquecer la información sobre las trayectorias sociales de atención. Sin embargo, la emergencia sanitaria por el COVID-19, declarada a finales de marzo de 2020, tomó por sorpresa a esta primera propuesta metodológica, obligándonos tanto al confinamiento como a la modificación de nuestras actividades.

Frente a esta situación y ante la necesidad de mantener abierto el camino hacia el trabajo de campo¹¹ modifiqué varios puntos en la estrategia metodológica y su fase de recolección de información. Los principales ajustes se dieron en la selección de las participantes, solo entrevisté a mujeres madres que acudían a “AA”, y en la reprogramación de fechas para la recolección de la información. Para esto integré dos tipos de muestreo e inicié el trabajo de campo en una primera etapa. Conforme fue cambiando el contexto sanitario por la pandemia del COVID-19, también fui organizando los siguientes pasos para concluir con la recolección de información.

En la primera etapa del trabajo de campo, la cual llamé de aproximación-exploración manejé un muestreo por oportunidad, esto significó “aprovechar lo inesperado” (Martínez-Salgado, 2012, p. 616) y tomar lo emergente del objeto que se estudia (Creswell, 2007). Gracias a este tipo de muestreo se contó con la participación vía

“objetos pasivos a sujetos activos, no repiten discursos sino elaboran los suyos propios”. Debido a esta última aserción es que decido ir destacando las palabras con las que se autodenominaron mis interlocutoras.

¹¹ Esta decisión se fortaleció con las asesorías de la Dra. Addis Abeba Salinas Urbina y la Dra. Martha Patricia Romero Mendoza

telefónica de cuatro mujeres asistentes a grupos mixtos de “AA”. La finalidad de las entrevistas fue conocer el proceso de recuperación dado el contexto sociosanitario, así como mantenerme en contacto con algunas de las mujeres de la comunidad de Alcohólicos Anónimos, para que posteriormente fuera el enlace con mis futuras participantes.

Para la segunda etapa nombrada de inmersión-profundización, empleé un muestreo intencional que se caracterizó por la selección cuidadosa e intencionada de las participantes (Martínez-Salgado, 2012) bajo este muestreo se garantizó la participación directa de seis mujeres de un grupo femenino de “AA”, y me enfoqué en profundizar en el tema de interés de mi investigación.

El número total de participantes fue de diez mujeres, cuatro asisten a grupos mixtos y seis al grupo femenino, los criterios de inclusión fueron los mismos para las etapas de aproximación-exploración y la etapa de inmersión-profundización (tabla 2). Las agrupaciones tienen su ubicación en zonas conurbadas de la Ciudad de México y Estado de México.

Tabla 2. Estudio de caso de tipo instrumental: etapas del trabajo de campo y número de participantes

Etapas trabajo del campo	Unidad de estudio	Unidad de análisis	Muestreo
Fase de aproximación-exploración	agrupación mixta de “AA”	4 mujeres	por oportunidad

Fase de inmersión- profundización	agrupación de "AA"	femenina	6 mujeres	intencional
--------------------------------------	-----------------------	----------	--------------	-------------

Fuente: elaboración propia

El panorama sociosanitario causado por la pandemia junto con las medidas de prevención de contagio emitidas por la Secretaría de Salud de México influyó en la decisión sobre el tamaño de la muestra. Finalmente, el trabajo de campo pudo desarrollarse entre los meses de mayo de 2020 a enero de 2021.

3.2.1. Aspectos éticos

Los aspectos éticos fueron considerados para ambas etapas del trabajo de campo. En la etapa de inmersión-exploración antes de iniciar la entrevista vía telefónica, leí a cada una de las mujeres el consentimiento informado y los objetivos del estudio, informé el proceso a realizar, expliqué la importancia de participar voluntariamente, les comenté el manejo confidencial que daría a los datos y pedí su autorización individual para la publicación de los resultados, posteriormente envié a los teléfonos celulares una copia del documento firmado por mí. Una vez que aceptaron participar, registré su autorización verbal en la grabación y proseguí a entrevistarlas.

Para la etapa de inmersión-profundización a cada participante del estudio les leí un folleto informativo donde se enunciaron los objetivos de la investigación. Como parte de este mismo proceso firmamos el consentimiento informado en esta ocasión de manera directa¹², también solicité su autorización para grabar la entrevista, por

¹² Ambos formatos fueron elaborados con la asesoría y durante mi asistencia al seminario sobre Metodología Cualitativa para la Investigación en Salud Mental en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz que dicta la Dra. Martha Patricia Romero Mendoza.

último, les expliqué que la información recabada contaría con un manejo confidencial y secreto. De igual forma pedí su consentimiento para la publicación de los hallazgos y promoví la participación voluntaria, enfatice su derecho a concluir la entrevista en cualquier momento, en caso de así decidirlo. Los formatos utilizados se encuentran en el anexo I.

La investigación retomó lineamientos de aprobación de proyectos de investigación de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. En este sentido el presente proyecto cumple con la presentación, explicación y firma del consentimiento informado, en este mismo documento se describen los criterios éticos, estos fueron: objetivo del estudio, riesgos en caso de participar, participación voluntaria y decidir concluir su participación si así lo consideran pertinente, manejo confidencial de información, mantener el anonimato, autorización para publicar resultados, así como mi número de teléfono y nombre. Los criterios éticos fueron presentados ante el Núcleo Básico del programa de Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva (Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 2021).

3.2.2. Técnicas e instrumentos para recolectar y producir la información

Utilice dos guías de entrevistas¹³, una para cada etapa del trabajo de campo. En la fase de aproximación-exploración las entrevistas se realizaron vía telefónica y para la etapa de Inmersión-profundización las entrevistas se aplicaron de forma directa a las participantes del estudio. En esta última fase también presencié las juntas de “AA” y como técnicas para la recolección de información usé la observación directa no participante, las conversaciones informales, e instrumentos como las notas de voz, el diario de campo, un directorio de las participantes, así como un calendario de actividades (tabla 3)¹⁴.

¹³ Las guías de entrevistas fueron elaboradas con la asesoría de la Dra. Addis Abeba Salinas Urbina y la Dra. Martha Patricia Romero Mendoza.

¹⁴ Respecto al orden de las fechas: en marzo 2020 la Secretaría de Salud declara la Jornada Nacional de Sana Distancia como medida de prevención de contagio del COVID-19. En junio del mismo año comienza a operar

Tabla 3. Técnicas e instrumentos para producir o recolectar información

Etapas del trabajo de campo	Fecha	Actividad	Técnicas e instrumentos
fase de aproximación-exploración	mayo 2020	entrevista telefónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ guía de entrevista semiestructurada ▪ diario de campo ▪ calendario de actividades
fase de inmersión-profundización	septiembre 2020 a enero 2021	entrevista directa 5 visitas al grupo femenino “AA”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ guía de entrevista semiestructurada ▪ observación directa no participante, una orientación etnográfica (visitas al grupo) ▪ conversaciones informales ▪ notas de voz ▪ diario de campo ▪ calendario de actividades ▪ directorio de participantes

Fuente: elaboración propia

3.2.2.1. Entrevistas telefónicas

Se elaboró una guía de preguntas semiestructuradas con el propósito de comprender la experiencia de las mujeres-madres que reciben atención para su recuperación de los problemas por el consumo de alcohol en agrupaciones de alcohólicos anónimos en el contexto de la pandemia por COVID-19. Dicho instrumento exploró temas como: las acciones de prevención de contagio,

el semáforo epidemiológico marcando el color naranja (SSA, 2020). De diciembre de 2020 hasta febrero de 2021 el semáforo regresa a color rojo, el cual indica el nivel de alerta máxima de contagio del nuevo coronavirus.

situaciones enfrentadas a causa del distanciamiento físico y percepción de los familiares (anexo II). Su realización ocurrió vía telefónica durante el mes de mayo de 2020, ya que nos encontrábamos en pleno núcleo del confinamiento. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora, es necesario añadir que a dos de las mujeres entrevistadas las conocí de forma personal antes de iniciar la contingencia sanitaria por COVID-19. Una de las mujeres fue quien me facilitó el contacto telefónico con las demás integrantes de “AA”.

En esta fase, además de alcanzar el objetivo de la entrevista pude mantenerme en contacto con las mujeres que asisten a grupos de “AA”. La información obtenida ayudó a ampliar mi mirada sobre sus prácticas de recuperación, siendo la llave que abrió la puerta hacia la fase de inmersión-profundización al campo. En este periodo fue importante reconocer que tanto las entrevistadas como la investigadora, teníamos diversas emociones debido a la angustia desencadenada por las insospechadas realidades que nos dejaba el nuevo virus SARS-CoV-2. En mi caso hacer uso de la reflexividad como herramienta en la investigación cualitativa (de la Cuesta-Bejumea, 2011) me llevó a preguntarme sobre las oportunidades y estrategias a tomar para continuar con la recolección de la información.

3.2.2.2. Entrevistas directas: trayectorias sociales de atención

Las entrevistas en la fase de inmersión-profundización, segunda etapa del trabajo de campo, fueron realizadas directamente a las mujeres-madres del grupo femenino de “AA”. Con las entrevistas se buscó lograr el objetivo general de la investigación, es decir conocer las experiencias sobre las trayectorias sociales de atención. Para este fin la información se fue produciendo (Navarro y Diaz, 1993) y elaborando en forma de relato con el apoyo de la guía de tópicos y preguntas semiestructuradas (anexo III). Los temas explorados fueron: vida en familia, las motivaciones que como mujer tuvo para consumir alcohol, los daños asociados, el alcoholismo como enfermedad, los mandatos de género para las mujeres como la maternidad, trabajo

en casa o de cuidados y el vínculo que estos tienen con sus experiencias de consumo o sobriedad, los momentos para pedir ayuda y las situaciones vividas, el momento en que acuden a la agrupación de “AA”, las prácticas de recuperación y su recorrido por la atención sanitaria u otras formas de atender sus padecimientos. Las entrevistas en esta segunda fase fueron realizadas de octubre a diciembre de 2020, cada una tuvo una duración de entre una y dos horas según cada participante. Cabe recalcar que la información en ambos tipos de entrevista fue audio grabada previa autorización de las participantes.

La propuesta de producir la información en forma de relato tuvo el propósito de que las participantes del estudio pudieran contar-estructurar en primera persona los pasajes de su vida relacionados con las trayectorias sociales de atención. De acuerdo con Bertaux (2005) en el relato se devela la concatenación de “los procesos con las relaciones, razones o motivos de la acción, los acontecimientos y sus contextos sociales” (p.39).

3.2.2.3. Técnicas para enriquecer la información

Con el propósito de enriquecer la información para el análisis (Bertaux, 2005) asistí a cinco juntas en el grupo tradicional femenino de “AA”. Para esta actividad utilicé la observación directa no participante bajo una orientación etnográfica, presencié sesiones donde se compartían los testimonios de alcoholización o de recuperación y cuando estuvo en mis posibilidades, también participé en conversaciones informales con las mujeres de la agrupación. Los temas sobre los que me invitaban a conocer fueron la historia, los pasos y las tradiciones de “AA”, su afiliación al grupo o su organización con los hombres y mujeres de otras agrupaciones de esta comunidad. Cabe decir que mi asistencia a dichas sesiones las nombré como “visitas”, denominarlas así se relacionó con el rol que como investigadora acordé con las mujeres de la agrupación, durante las visitas no hubo audio grabación debido al cuidado del anonimato del grupo.

La pretensión de una orientación etnográfica recae en la argumentación hecha por Ramírez (2013), la autora expone a la etnografía como método caracterizado por el involucramiento del investigador/a dentro de la realidad que se estudia durante un periodo prolongado, pero por orientación etnográfica, que no implica la inserción por largos ciclos, y en concordancia con la autora, me refiero al acuerdo alcanzado (negociado) con las integrantes de la agrupación de "AA" para mantenerme en sus juntas. Esta aproximación permitió sumergirme al contexto donde se realizan las reuniones, escuchar las palabras, el sentir y vivir de las mujeres sobre sus testimonios, además de observar algunas de sus prácticas de recuperación en Alcohólicos Anónimos, tales como la junta de compartimiento, las juntas de estudio y el aniversario en el grupo¹⁵.

El registro de la información durante el trabajo de campo también ocurrió con la grabación de notas de voz, estas notas grabadas en mi teléfono celular resguardaron los sentimientos o las primeras impresiones que me dejaban las entrevistas y las visitas al salir del grupo. Asimismo, elaboré un diario de campo para hacer descripciones del lugar donde se realizan las juntas, en éste menciono

¹⁵ Procedo con la explicación de estos rituales de recuperación con base en la información recolectada en las visitas, las conversaciones informales, las notas de voz y el diario de campo en esta investigación. El ritual del compartimiento consistió en que hombres y mujeres de otros grupos acudieran a la sesión de hora y media de las mujeres, el propósito es mantener la comunicación entre la comunidad y reiterar la importancia de seguir las 12 tradiciones de "AA". Al término de esta reunión las compañeras del grupo ofrecieron tortas de jamón y frijoles para sus visitantes, aperitivo que fue acompañado con té o café. Al ofrecer estos alimentos expresaban la gratitud de compartir sus experiencias reforzando con ello su fraternidad, este acto también lo nombran como compartir el pan y la sal. En las juntas de estudio, donde solo participan las mujeres de la agrupación, se realiza la lectura de la literatura de la comunidad y se brindan testimonios sobre el consumo de alcohol y la enfermedad emocional como comúnmente la llaman. El café, el té y los cigarros acompañan las sesiones. Por último, el aniversario en el grupo, este acto se realiza para que la mujer que cumple un año más de sobriedad brinde su testimonio sobre este "logro". Esa tarde la agrupación realizó una junta abierta, es decir abrió las puertas a los amigos, familiares, profesionistas u otros integrantes de la comunidad, ellos fungieron como testigos. En este característico momento se compartió comida preparada por quien cumple el aniversario y a diferencia de otras ocasiones no se bebe ni café ni té, sino refresco. Las compañeras del grupo, quienes vistieron para la especial ocasión, fueron quienes coordinaron el "evento", posteriormente repartieron un pastel obsequiado por una de ellas mientras todas cantaban: *"estas son las mañanitas que cantaba el Rey David, hoy por ser tu aniversario te las cantamos a ti. Despiértate borrachita, mira que ya amaneció, ya los pajarillos cantan, la luna ya se metió"* (información obtenida del diario de campo para esta investigación).

la secuencia de las interacciones y los rituales observados durante mis visitas a la agrupación; en el directorio de participantes registré datos socioeconómicos y algunos teléfonos de contacto, como ya lo señalé, estructuré un calendario de actividades. Para las grabaciones en audio se utilizó la grabadora de voz del teléfono móvil.

3.3 Estrategias para el trabajo de campo: mantener los aspectos éticos

Durante la planeación para la recolección de la información mantuve presente el bienestar de las mujeres del estudio, las situaciones de vulnerabilidad derivadas de los problemas por el consumo de alcohol requerían de su especial cuidado al momento de entrevistarlas. Una tarea adicional para el sostenimiento de las consideraciones éticas fue comprender el sentido que las mujeres que acuden a “AA” dan al anonimato, para ellas conservar en secreto sus identidades se configura como un valor indispensable dentro de la agrupación. Garantizar este aspecto por mi parte, se tradujo en el principal acuerdo ético para su participación en el estudio.

IV. Resultados

4.1 Etapa de aproximación-exploración, aspectos técnicos

Las estrategias implementadas fueron distintas para cada etapa del trabajo de campo. En la primera fase de aproximación-exploración se optó por el muestreo por oportunidad, para esto se contactó por teléfono a una mujer que asiste a “AA”¹⁶, a quien le solicité una entrevista por este medio de comunicación con el propósito de conocer las situaciones que estaba viviendo en su agrupación frente a las medidas sanitarias de prevención de contagio del COVID-19. Una vez que aceptó mi invitación, ella me facilitó el contacto con otras tres mujeres quienes también estuvieron dispuestas a participar en el estudio.

4.1.1. Manejo de la información y su sistematización

En esta sección describo cómo organicé la información recolectada durante la fase de aproximación-exploración, explico el abordaje utilizado para su análisis y presento los hallazgos obtenidos en la primera etapa del trabajo de campo.

4.1.2. Transcripción de las entrevistas telefónicas

La información registrada en la primera etapa provino de cinco entrevistas audio grabadas, una vez que éstas fueron resguardadas en el ordenador se procedió con su transcripción en un procesador de textos de Word.

¹⁶ Mujer a quien conocí en noviembre de 2019 cuando me invitó al aniversario de su agrupación con el propósito de compartir una plática sobre el tema del alcoholismo y los daños a la sociedad. En este sentido es importante señalar que, si bien Alcohólicos Anónimos no trabaja la recuperación del consumo de alcohol bajo un enfoque biomédico, las asociaciones de “AA” colaboran con “los profesionales” de la salud como psicólogos/as, médicos/as, psiquiatra, entre otros actores de la salud interesados/as en esta problemática (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008).

Cabe decir que la transcripción de una primera entrevista favoreció la integración de nuevas interrogantes a la guía final de preguntas, razón por la cual a la primera participante se le entrevistó en dos ocasiones. Durante este proceso dediqué suficiente tiempo para representar gráficamente las palabras, transformar un lenguaje oral a un lenguaje escrito como señala Kvale (2011) logrando una minuciosa escucha de la conversación sostenida con las interlocutoras. Es decir, si bien entrevistar a las participantes requirió de una previa concentración más aún cuando ocurrió por medio de llamada telefónica, a mi comprender, la transcripción demandó mayor sensibilidad auditiva para reconocer los eventos significativos que las mujeres me fueron explicando.

4.1.3. Codificación-categorización de la información y el análisis por temas

Una vez concluidas las transcripciones, las sistematicé mediante el uso del software Atlas ti versión 7. Para este fin, procedí con la relectura de las transcripciones previamente almacenadas en el programa, este paso me llevó a la identificación y contrastación recurrente de las experiencias, ideas, sentimientos, interpretaciones, relaciones, acciones y hechos relevantes de las participantes del estudio, a esta información le asigné códigos y fui destacando los códigos *in vivo*. Una vez concluida esta tarea proseguí con la delimitación de categorías y subcategorías, estas fueron relacionadas y comparadas junto con las notas del diario de campo y los memos descritos en el software, esta etapa concluyó con la elaboración de redes de categorías y subcategorías (San Martín, 2014).

Basada en las redes configuradas, comencé el análisis por temas. Berenguera et al. (2014) lo define como la descripción y/o interpretación de lo que se habla, quién lo ha dicho y desde qué situaciones o experiencias se ha expresado.

Antes de iniciar el apartado de los hallazgos quiero destacar cómo el análisis temático permitió visibilizar los hechos, relaciones y contextos que conforman las experiencias sobre la trayectoria social de atención de las mujeres. De acuerdo con Scott (2001) y Garazi (2016), la experiencia no solo se construye en la vida individual, adquiriendo una dimensión exclusivamente subjetiva, también, y cómo lo iré explicando en los hallazgos, se constituye en lo colectivo, en la experiencia social de ser mujer (Sánchez-Muñoz, 2016) debido a determinados contextos históricos sociales, así como procesos y mecanismos culturales (Bertaux, 2005).

De este modo comprendí cómo las similitudes entre las experiencias de las mujeres entrevistadas, considerando que las cuatro asisten a agrupaciones diferentes, permitieron sostener que la condición de género va configurando su trayectoria social de atención, ya que por una parte, se reconocieron las disparidades y opresiones en las relaciones de género entre las y los integrantes de “AA”, incluso dentro del ámbito familiar, pero también se destacó la forma en que los grupos de ayuda mutua adquieren un sentido vital para ellas, porque las agrupaciones se ven o conocen como único espacio posible para alcanzar y mantener la sobriedad del consumo, situación que hasta antes de su afiliación en Alcohólicos Anónimos ellas y sus familiares veían como imposible.

4.1.4. Resultados de la primera etapa

En este apartado me centro en los resultados que permiten comprender el contexto de las mujeres afectadas por el consumo de alcohol y sus experiencias para atender este problema de salud en los grupos de “AA”¹⁷. Como se anticipó, en la etapa de

¹⁷ La primera fase del trabajo de campo dio como resultado la publicación del artículo científico: *“Ahí voy a estar hasta que Dios me preste vida”*. *Mujeres en grupos de Alcohólicos Anónimos durante la emergencia sanitaria por el COVID-19*, el documento contó con la coautoría de la Dra. Martha Patricia Romero Mendoza y Dra. Addis Abeba Salinas Urbina. Este reporte describe las situaciones que las mujeres estaban viviendo en sus agrupaciones ubicadas en el Estado de México y Ciudad de México durante las acciones de distanciamiento físico para el control del contagio por el SARS-CoV-2. Fueron señaladas las disparidades en las relaciones de género entre integrantes de la agrupación, expresándose en el hostigamiento y descrédito para adoptar las medidas de prevención de contagio incidiendo en una menor asistencia de las mujeres al

aproximación-exploración busqué obtener un primer acercamiento con las mujeres que participarían en esta investigación, en medio de la emergencia sanitaria por el COVID-19.

Los datos recabados muestran el perfil socioeconómico de mis interlocutoras (tabla 4). A cada mujer entrevistada se le asignó un código para mantener su anonimato, el cual especifica el número de la participante y la abreviatura de la localidad donde se ubica su agrupación.

Tabla 4. Características socioeconómicas de las mujeres entrevistadas vía telefónica durante mayo de 2020, primera etapa de aproximación-exploración

Código	Edad	Ubicación de la agrupación	Años en sobriedad y de participar en "AA"	Hijos/as	Escolaridad	Ocupación
M1-EDOMEX	42	EDOMEX	12 años	cuatro	medio superior incompleto	empleada
M2-EDOMEX	52	EDOMEX	27 años	cuatro	secundaria	desempleada durante la pandemia por COVID-19
M3-CDMX	45	CDMX	14 años	tres	primaria	ama de casa
M4-EDOMEX	51	EDOMEX	15 años	tres	medio superior	ama de casa

Fuente: elaboración propia

Entrevisté a cuatro mujeres vía telefónica, quienes participan en grupos mixtos, tres de ellas en el Estado de México y una en una agrupación en la Ciudad de México, los grupos se ubican en el área conurbada de ambas demarcaciones territoriales. Todas mis interlocutoras han participado por más de 10 años en la comunidad de "AA", una de ellas tiene 27 años en el grupo y el mismo tiempo de sobriedad. Las participantes del estudio son madres, tres de ellas viven con sus hijas e hijos, dos

grupo. Los hallazgos también dejan ver que la falta de un empleo estable y remunerado forman parte de sus desigualdades sociales y de género.

viven también con sus parejas y en ese momento dijeron depender económicamente de ellos, la de 52 y 45 años. Los esposos de ambas se dedican al comercio informal, por lo que tampoco ellos cuentan con una actividad económica estable ni con un salario fijo.

Antes de la pandemia dos de las mujeres entrevistadas, la de 42 y 52 años trabajaban y contaban con un salario propio, pero la mujer de 52, quien prestaba servicios de limpieza en distintas casas particulares perdió su empleo durante la emergencia sanitaria por el COVID-19. Dos de las mujeres, la de 45 y 51 años, señalaron que su principal ocupación era ama de casa. El máximo nivel de estudios entre las cuatro mujeres madres fue de 12 años y el mínimo de 6. La información anterior permitió identificar que dos de las mujeres de esta primera fase del trabajo de campo no han accedido a un trabajo remunerado, y que en general las mujeres carecen de un pago económico por las tareas de cuidados que desempeñan en su hogar. Además de que estas actividades son su principal responsabilidad en el grupo familiar, a esto se añaden los pocos años de instrucción (años de estudio), siendo un indicador más para ubicarlas dentro de un estrato social bajo (INEGI, 2021).

Respecto a la sistematización de la información, fui identificando varias categorías y subcategorías definidas a partir de las redes elaboradas en el programa de Atlas ti (anexo IV) en estas se reflejan las palabras con las que las mujeres dan nombre a sus propias experiencias de atención y de recuperación. Es importante aclarar que para fines de esta tesis solo explico las subcategorías sombreadas en la figura 1, ya que estas guardaron correspondencia con los resultados de la segunda etapa del trabajo de campo¹⁸ y permitieron enriquecer los hallazgos para lograr el objetivo de la presente investigación. Concretamente señalo las experiencias que develan las desigualdades en las trayectorias sociales de atención dada la condición de género, las subcategorías analizadas en este apartado fueron: *no ser vista como*

¹⁸ El análisis de todas las categorías y subcategorías se puede ubicar en el artículo. “Ahí voy a estar hasta que Dios me preste vida”. Mujeres en grupos de Alcohólicos Anónimos durante la emergencia sanitaria por el COVID-19. Doi: <https://doi.org/10.28931/riiad.2020.2.05>

igual, como enferma alcohólica; es como ir por la medicina y ayudar a las compañeras.

Figura 1. Categorías y subcategorías en la etapa de aproximación-exploración



Fuente: elaboración propia

La interpretación de los resultados la elaboré desde los abordajes teóricos conceptuales como el de la atención, entendida como las acciones colectivas para dar respuesta al proceso salud-enfermedad, también empleé la perspectiva de género con el propósito de develar las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres, los mandatos y roles tradicionales sobre los cuales se reproduce e incluso se normalizan situaciones de desigualdad en la vida de las mujeres. Mediante este abordaje, fue posible develar cómo la condición de género tiene implicaciones en la atención que recibieron mis interlocutoras.

Respecto a la autoatención, las mujeres entrevistadas en esta etapa del trabajo de campo han vivido una serie de acontecimientos que también lograron alejarlas de las prácticas de recuperación en los grupos tradicionales de Alcohólicos Anónimos. Como lo muestro en los relatos ellas no reciben las mismas oportunidades de atención que los hombres. El siguiente testimonio devela que las mujeres sí deben invertir tiempo cuando se trata del consumo de alcohol de un varón, en este caso un hijo, pero en ellas no, aún y cuando requieren el apoyo. Esta situación desde la perspectiva de las mujeres sostiene una de las desigualdades para su atención.

Hay mucha desigualdad, mucha desigualdad, porque si yo tengo un hijo que, que toma, ¡vete a tu grupo! y hasta yo misma lo acompaño ¿no?, para que le den su primera junta de información, no siendo así con la mujer, la mujer es señalada: ¡quédate con tus hijos!, ¡que andas ahí de chismosa!, ¡si salen mal, va a ser tu culpa porque no les tomas tiempo, porque estás metida allá en tu grupo!. M4-EDOMEX.

Además, los resultados en esta primera fase del estudio de caso ayudan a explicar cómo los mecanismos socioculturales, en los que la condición de género es el principal operador, actúan bajo tres principales expresiones: la primera tiene como encomienda sujetar a las mujeres a los señalamientos o su estigmatización dada la trasgresión a la función social para la que se piensa han nacido y deben vivir, tareas como la responsabilidad del cuidado de los (otros) hijos/as, la pareja y la familia se ven amenazadas, a su vez y como parte de esta misma función se instituye el mandato del ideal femenino, estableciendo con ello que ser mujer es igual a ser madre o ser madre es igual a ser mujer, un rol aparentemente inseparable, el binomio mujer=madre (Gómez y Tena, 2018).

La segunda expresión, como secuencia de la primera, es la irrenunciable tarea sobre ser mujer doméstica, virtuosa y normal (Fernández, 2004). El siguiente testimonio es muestra de las expresiones de los mecanismos socioculturales a los que se ha hecho referencia:

Yo tengo un evento [en el grupo de "AA"], por ejemplo... ya sé que el domingo porque ya está programado, ¡yo necesito estar a las diez de la mañana! ok, desde el sábado compro la comida, o lavo en la noche o me levanto muy temprano, dejo mis actividades bien ¡ahora sí este tiempo es mío! Yo pienso que, como mujeres, la verdad somos como...muy responsables. M2-EDOMEX.

Y es desde esta última dimensión, la de la normalidad, donde se pone en disputa la noción histórico social cultural con la noción biológica de lo que significa la salud o la enfermedad en las mujeres (Burín, 2010; Meler, 2012). En palabras de Canguilhem (1971) analizar lo establecido como normal o lo patológico, lo que es

susceptible a reestablecer o curar por medio de la medicina, su técnica y el discurso médico.

Para explicarlo en los hechos concretos, si la mujer cumple con su función social es viable considerarla como normal e incluso saludable, pero si pone en riesgo el conjunto de mandatos muy probablemente se abrirá el camino hacia su patologización. De esta manera se infiere que en el caso de las mujeres que asisten a “AA” padecer la enfermedad del alcoholismo (noción biológica y sociocultural) conlleva recibir diversas sanciones (noción sociocultural) primero por considerársele como enferma y como consecuencia de ésta, por la develación de la necesidad de su atención la cual estará condicionada al cumplimiento de los mandatos tradicionales de género.

En esta misma perspectiva, el siguiente testimonio muestra que acceder o en todo caso permanecer en un proceso de recuperación de la enfermedad del alcoholismo como el que han experimentado mis interlocutoras, suele considerarse por instituciones sociales, como la familia, una trasgresión, la cual en todo caso lleva a disuadirlas de recibir atención y cuidado (Van Den Bergh, 1991) más grave aún, coloca en entredicho las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas:

En las familias es así como que lo peor ¿no?, que una mujer, llegue a un grupo de alcohólicos anónimos, lo hemos visto, a veces los mismos familiares prefieran tener a las mujeres encerradas, aunque estén tomando, pero encerradas en su casa, antes de que lleguen a un grupo. M3-CDMX.

La tercera expresión del mecanismo sociocultural es la regulación y violencia hacia la mujer. En este proceso se invisibilizan la gravedad de los daños del consumo de alcohol y se interpreta el deseo o la necesidad de recuperación de las mujeres en un pretexto desde la mirada de la familia o la pareja — figuras legitimadas en la maternidad y/o matrimonio (Fernández, 2004) — para participar en el espacio público, para descuidar la función materna e incluso amenazar la lealtad hacia la pareja, estas circunstancias se piensan ponen en jaque los estereotipos tradicionales de género. Bajo este entendido, la mujer=madre, mujer=doméstica y

mujer=enferma, llegan a ser características que la definen, no como personas que requieren recibir atención a sus padecimientos, sino como objeto para perpetrar mayor control. Estos hechos cosifican a la mujer, negando su reconocimiento como ser humano independiente.

La tercera expresión del mecanismo sociocultural se deja ver en el siguiente testimonio:

A veces porque los novios, los esposos, el hogar, el trabajo, madres solteras, todo eso tiene que ver e influye, que no tienen la misma oportunidad que el hombre, si tiene novio, que porque el novio ¡hay de seguro vas porque vas a buscar un amorcito!, si es casada pasa lo mismo, los celos, la inseguridad, o sea no les dan esa confianza y esa oportunidad, no lo ven como algo de salud, no lo ven como un problema, lo ven como ¡ay se va a ir a enredar con alguien más! M1-EDOMEX.

La comprensión de estos mecanismos socioculturales, mediante sus tres expresiones —la estigmatización, la irrenunciable tarea de la mujer=madre, mujer=doméstica, su control y la violencia— así como las conductas machistas, en algunas de las agrupaciones, permiten visibilizar que el proceso de recuperación del consumo de alcohol es visto por ellas como una oportunidad a pesar del conjunto de situaciones con las que deben lidiar. Las condiciones expresadas por mis interlocutoras develan que ellas experimentan menores posibilidades para acceder o permanecer en su proceso de recuperación del consumo porque viven con mayores desventajas para mejorar su salud (Sánchez-Muñoz, 2016).

Un ejemplo de ello es el relato de la siguiente participante, quien señaló que, al pedir la ayuda en un grupo mixto de AA, un compañero varón juzgó el consumo de alcohol de mi interlocutora, quizá porque se sigue creyendo que el alcoholismo es un problema que afecta solo a los hombres, más grave aún es el cuestionamiento al derecho a su recuperación por el hecho de ser mujer:

Es difícil para nosotras este...permanecer dentro de un grupo, precisamente a veces porque hay muchísimo machismo, independientemente de la enfermedad, nos toca lidiar con compañeros que a veces este...de verdad están muy resentidos con la mujer (...) Por ejemplo, a mí me pasó en una ocasión, yo tenía poco tiempo, un compañero decía: ¡qué hace esa compañera aquí, que se vaya a su casa a cuidar a sus hijos y hacer su quehacer eh...qué tiene que andar haciendo aquí! y eso...es la verdad sí me afectó. M3-CDMX.

Otro de los hallazgos, de no menor importancia, fue identificar las implicaciones de las agrupaciones y el programa de recuperación de alcohólicos anónimos en la vida de las mujeres. Los resultados de estas entrevistas me permitieron aproximarme al sentido vital que las mujeres otorgan a su proceso de recuperación y, por su puesto, a la agrupación una vez que logran lidiar, abatir e incluso prepararse para resistir los señalamientos, coerciones y control a los que en párrafos anteriores me he referido. Los siguientes testimonios lo corroboran:

[La agrupación] Me dio la vida, porque me dio la oportunidad de continuar, porque...hoy ya no me encuentro alcoholizada y sedada y...olvidándome de lo que me rodea que son mis hijos, porque hoy sé que alguien me está esperando en casa, porque hoy sé que valgo, porque hoy sé que tengo una oportunidad de vida, porque hoy sé que soy importante. Porque hoy sé que de mí depende, que alguna mujer que padezca de esta enfermedad sepa que hay una alternativa de solución y que sí se puede. M1-EDOMEX.

Otra de las mujeres entrevistadas también lo confirmó:

La agrupación pasa a ser parte de, de nuestra vida cotidiana ¿no?, nosotros decimos: ¡una hora y media de reunión, es así como ir por la medicina! (...) Pues es importante nosotras, nosotras, que llevamos más tiempo, el prepararnos, para estar recibiendo a todas esas mujeres que...que necesitan, necesitan de este lugar y que deben tener la misma oportunidad que nosotras, las que nos hemos quedado. M3-CDMX

Dentro de este marco interpretativo los hallazgos, no solo corroboran lo que otras investigaciones han reportado, al referir las inequidades en la atención para las mujeres con abuso o dependencia del consumo de alcohol (Pérez-López et al., 1992; Medina-Mora, 1994; Bello, Puentes-Rosas y Medina-Mora, 2008; Romero et al., 2010b; Romero, 2011; Méndez, 2017), también permiten reconocer cómo los mecanismos socioculturales persisten y sostienen las asimetrías en las diversas alternativas para su atención. En los servicios públicos de salud, por ejemplo, si bien se señala la disponibilidad de tratamientos especializados con enfoque de género, resulta paradójico que beneficiarse de estos no siempre es una posibilidad asegurada para estos grupos de población, este hecho es solo un indicador de las disparidades en su atención y los resultados en su salud (Reporte de la sociedad civil sobre consumo nocivo de alcohol, 2020).

4.1.4.1. Consideraciones finales

A lo largo de esta primera fase del estudio, así como del análisis de resultados que de ella derivan, destaco las expresiones sobre los mecanismos socioculturales que dan cuenta de las disparidades en el proceso de atención en las mujeres que asisten a grupos mixtos de “AA”, también subrayo el intercambio de estos mecanismos como oportunidades para construir prácticas de recuperación del consumo de alcohol, dando agencia a las mujeres para crear espacios para su cuidado y bienestar. Estos hallazgos no son cosa menor, porque explican por una parte lo que Menéndez (2018) afirma sobre la autoatención, es decir las acciones cotidianas de los micro grupos para generar, mantener, transmitir encuentros y conocimientos para enfrentar las enfermedades y sus padecimientos. Sin duda, esto denota las capacidades de los individuos para actuar sobre sus propios procesos de bienestar e incluso, tal vez, incidir en algunas situaciones sociales que los determinan. Más importante aún, es destacar la contribución de las mujeres en la generación de estos espacios colectivos que incluso sirven de puente, como ellas lo señalan para transferir a otras mujeres, las prácticas de recuperación que desde su experiencia han construido.

En este entendido Fernández (2004) e Illich (1975) reivindican el cuidado y la salud como poder del individuo en su colectividad y no como poder o conocimiento exclusivo de la medicina científica, para Menéndez (2018) ambos modos de atención —la autoatención y la atención médico-sanitaria de tipo biomédica— pueden desarrollarse articuladamente. Retomando el punto anterior, Fernández (2004) afirma que, en los grupos de ayuda mutua, las mujeres también construyen espacios para la apropiación de saberes en salud. Sin embargo, explica que la hegemonía del sistema médico sanitario las ha relegado como “trabajadoras de sanidad” en el espacio doméstico y el trabajo gratuito, siendo esto una forma más de reforzar el ideal de la función mujer=madre.

A manera de cierre, los hallazgos en esta etapa me dieron el contexto para fortalecer el análisis en la fase de inmersión-profundización, en torno a las prácticas de recuperación en “AA”, principalmente para colocar en el centro de la discusión el problema de las desigualdades en las trayectorias sociales de atención dado la condición de género que además se concatena con la clase social de las mujeres de este estudio.

4.2. Etapa de inmersión-profundización, aspectos técnicos

La segunda fase del trabajo de campo, inmersión-profundización inició a finales de septiembre de 2020, la declaración del color naranja en el semáforo epidemiológico en la Ciudad¹⁹ proporcionó nuevas oportunidades para continuar con la recolección de la información. Para este fin, primero acudí a la dirección del local donde se realizan las juntas del grupo de Alcohólicos Anónimos, el propósito inicial era comprobar a la distancia que la agrupación estaba en servicio, días después me presenté directamente, toqué la puerta de la agrupación y le pedí a la mujer que me

¹⁹ La semaforización epidemiológica es un instrumento de la Secretaría de Salud y las autoridades sanitarias de las entidades federativas que sirve para orientar, mediante el uso de colores rojo, naranja, amarillo o verde, la apertura o cierre de actividades socioeconómicas según el riesgo de contagio reportado en cada localidad o región (SSA, 2020).

abrió escuchara mi solicitud, una vez que me permitió explicarle el motivo de mi visita, me pidió esperar y, entró, supongo que a comentarles a sus compañeras de “AA”²⁰, posteriormente ella regresó a la puerta y me permitió el ingreso.

Al entrar a la sala donde realizaban la junta de hora y media me invitaron un té, el cual, desde luego, acepté como una forma de responder a su recibimiento. Posteriormente, las mujeres ahí presentes me cedieron su tiempo para explicar mi intención de invitarlas a participar en la investigación. El diálogo cara a cara, lo expreso de forma literal porque al presentarme me pidieron me retirara el cubrebocas que llevaba puesto, así como el relato de mi contacto anterior con el grupo facilitó mi inmersión. En mi experiencia, presentarse con las mujeres es el primer paso para propiciar confianza como investigadora, ya que, finalmente, son las integrantes del grupo quienes toman la decisión de aceptarte o no.

Un aspecto relevante de ese momento fue el recibimiento que me dieron, estoy segura de que ciertos patrones de mi conducta y mi apariencia física que se piensa cumplen con algunos de los estereotipos sobre verse como mujer, les hicieron pensar que me encontraba buscando ayuda por los problemas por el consumo de alcohol, aun así, cuando les expliqué mi interés por convivir con ellas en el papel de investigadora me brindaron su apoyo. Otro aspecto relevante fue identificar que su aceptación también se dio dada la experiencia de rechazo vivida por mis interlocutoras —al ser mujeres, madres y consumidoras de alcohol— dichas situaciones las llevan a escuchar las necesidades de otras mujeres cuando éstas últimas tocan la puerta de la agrupación para pedir información sobre el programa. De acuerdo con los relatos recopilados durante el trabajo de campo, la escucha inmediata es una forma de dar apoyo a las mujeres que acuden por primera vez, desde las experiencias de mis interlocutoras cuando una mujer llega a un grupo de “AA” por lo general ya ha tenido pérdidas significativas en su vida y su salud, razón

²⁰ En las agrupaciones de “AA” es común que entre ellos/ellas se nombren compañeros o compañeras, usar esta expresión fomenta la idea de “igualdad” dentro de la comunidad.

por la cual la ayuda no debe retrasarse más. La explicación de las consideraciones éticas también facilitó la inmersión al campo.

Otra situación que considero influyó en la aceptación de mi invitación fue la propia agenda del grupo, era septiembre de 2020 y además de haber suspendido las actividades para transmitir su mensaje de recuperación (actividad de los 12 pasos y 12 tradiciones de “AA”) en las iglesias, hospitales, escuelas, así como las visitas a las mujeres en reclusión en la Ciudad de México quienes también son integrantes de “AA”, no hacía mucho habían reabierto el local donde realizan las juntas de hora y media. La muerte de una de las compañeras, unos meses antes, a causa del nuevo coronavirus las orilló a realizar las medidas de distanciamiento físico emitidas por la Secretaría de Salud. Y aunque durante el periodo de confinamiento algunas de las integrantes del grupo sesionaban por medio de videollamadas, según me lo explicaron posteriormente, la falta de un teléfono con conexión a internet o de un “teléfono moderno” ²¹ y la percepción de la pérdida de su anonimato²² las llevaron a reconsiderar el uso de esta alternativa, decidiendo reabrir el local para continuar sesionando y recibir a “nuevas mujeres” que pidieran la ayuda.

²¹ La crisis sociosanitaria actual no tardó en resaltar la desigualdad social y la brecha digital en la que viven los grupos sociales menos favorecidos en México, por ejemplo, en el país solo el 56.4% de los hogares cuenta con conexión a internet, el 75.1 % de la población total utilizan el teléfono celular y 70.1% son usuarios de internet (INEGI, 2019). Como se identificó en este caso, la falta de herramientas tecnológicas es un factor adicional que condiciona la posibilidad de algunas mujeres para continuar su recuperación mediante el uso de la tecnología. Además, el rezago a recursos tecnológicos no es el único factor que incide para que la persona participe en grupos de “AA”, las prácticas culturales, como “el chisme” en determinadas localidades donde se encuentran los grupos, también determina si las personas acuden o no a las sesiones de su agrupación, lo que muestra que los grupos de “AA” no necesariamente son una opción de recuperación para todos/as aquellos que pretenden atender los problemas derivados del alcohol (Carrasco et al., 2015).

²² Si bien el anonimato en la comunidad “AA” es entendido como como una forma de reducir los protagonismos entre las y los participantes (Menéndez, 2009) en el caso de las mujeres la protección de su identidad lo comprendo como una forma de mantener los “secretos” e incluso evitar ser avergonzadas o estigmatizadas a causa de su experiencia sobre el consumo de alcohol y las consecuencias derivadas. Para algunas de las mujeres que asistían a esta agrupación, según me lo comentaron, las videollamadas implicaban dar su testimonio frente a personas de otros grupos, incrementando con ello su incertidumbre por no saber cómo sería tomada su experiencia, este hecho de alguna forma provocó su desconfianza principalmente en el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación, TIC (información obtenida del diario de campo para esta investigación).

Mi visita, según me lo expresaron, implicaba tener acciones para transmitir a otras mujeres que lo necesitaran la razón de ser mujer en la comunidad de “AA”. Un hecho adicional que, sin duda, fortaleció mi compromiso ético ocurrió cuando varias de ellas me expresaron: “aquí a nadie se le dice que no”, “ellas (las compañeras) nunca te van a decir que no”. Mi presencia en el grupo durante septiembre a enero de 2021 no tardó en abrazar el sentido de estas palabras.

Con el propósito de presentar a mis interlocutoras, en esta segunda etapa del trabajo de campo, elaboré un cuadro que resume su perfil socioeconómico, información contenida en la tabla 5. Los datos evidenciaron que las características socioeconómicas de las mujeres-madres entrevistadas en la primera etapa de recolección de información son similares a las características de mis interlocutoras de la segunda fase del estudio, ubicándolas también en un estrato social considerado como bajo (INEGI, 2021). Las mujeres de esta segunda etapa asisten a un grupo femenino “AA” ubicado en la zona conurbada de la Ciudad y Estado de México. Sus años de instrucción son mínimos, no rebasan los diez años de escolaridad y solo una concluyó una carrera universitaria. Las actividades económicas en las que se desempeñan las parejas de tres de las entrevistadas son: el comercio, la construcción y uno es pensionado. Las seis participantes tenían como principal responsabilidad el cuidado de sus familiares.

Tabla 5. Perfil socioeconómico de las mujeres-madres entrevistadas de forma directa en la etapa de inmersión-profundización

código	edad	inicio del consumo de alcohol	años en sobriedad y de participar en "AA"	hijos/as	estado civil	escolaridad	observaciones
M5-CDMX	36	14 años	13 años	dos hijos/as menores de edad	unión libre, se casó en dos ocasiones	superior	recibió atención en un anexo, posteriormente tratamiento psiquiátrico en el sector público de salud también consumió drogas ilegales
M6-CDMX	65	22 años	35 años	cinco hijos/as	viuda	sexto año de primaria	primero militó en una agrupación mixta posteriormente fundó la agrupación de mujeres, solo ha recibido atención en grupos tradicionales de "AA"
M7-EDOMEX	52	27 años	11 años	tres hijos/as	separada, ha vivido con varias parejas hombres	tercero de secundaria	ha recibido tratamiento psiquiátrico en diferentes ocasiones y en distintas unidades especializadas del sector público de salud
M8-CDMX	74	25 años	17 años	cuatro hijos/as	casada	secundaria	solo recibió atención en el grupo femenino de "AA"
M9-EDOMEX	50	15 años	10 años	seis hijos/as, uno es menor de edad	casada, se casó en dos ocasiones	secundaria	recibió atención en un anexo, consumió alcohol durante el embarazo
M10-CDMX	53	14 años	8 años	tres hijos/as	separada, se casó en varias ocasiones	carrera técnica	recibió atención en un programa de ayuda mutua llamado 4to y 5to paso, posteriormente recibió tratamiento psiquiátrico en una unidad especializada del sector público de salud, pero no lo concluyó.

Fuente: elaboración propia

4.2.1. Descripción del contexto y el uso de la reflexividad

En el apartado metodológico mencioné, de forma general, el tema de la reflexividad como herramienta en la investigación cualitativa. En este subapartado me propongo desarrollar el tema con mayor amplitud, como una tarea adicional de transformar (me) la escritura de esta tesis (Martínez-Salgado, 2010). Mediante el uso de la reflexividad (de la Cuesta-Bejumea, 2011) propongo desarrollar la descripción del contexto como resultado de la observación directa hecha durante las entrevistas, así como de las visitas a la agrupación durante la etapa de inmersión-profundización, enuncio mi papel en el intercambio con las mujeres del estudio, sin dejar de ver el contexto sociosanitario actual, así como mi involucramiento teórico en la interpretación de los resultados.

En este entendido, debo referir que la segunda etapa del trabajo de campo inició el 21 de septiembre de 2020, en ese momento, los cambios en nuestras realidades sociales, como consecuencia de esta pandemia, implicaban tomar medidas adicionales, estas fueron: el lavado constante de manos, rociarme de desinfectante antes de ingresar al grupo, así como conservar un distanciamiento físico de metro y medio con las mujeres del agrupo de "AA".

La etapa referida, contempló la realización de entrevistas directas y las visitas a la agrupación. En el caso de las primeras, las mujeres del grupo destinaron un par de sillas de plástico y un espacio abierto, éste fue un estrecho pasillo debajo de unas escaleras de herradura que servían como acceso al cuarto donde se llevaban a cabo las juntas de hora y media, en este pasillo solo cabíamos dos personas, por eso cada que llegaba una mujer para sesionar en el grupo y si nos encontrábamos platicando mi interlocutora y yo, nos veíamos en la necesidad de hacer una pausa para permitir el ingreso.

Las entrevistas ocurrían por la tarde-noche en el horario en el que el grupo sesiona. El pequeño corredor asignado no contaba con iluminación propia, afortunadamente podíamos encender el foco del sanitario, ubicado a unos treinta centímetros de nosotras, de lo contrario hubiéramos tenido que improvisar algo para vernos los rostros cubiertos por el cubrebocas. Para mi suerte, la luz eléctrica en nuestro escenario permitía el intercambio de nuestras miradas, el reconocimiento de las expresiones faciales, las sonrisas cuando ocurrían, el lenguaje corporal, el movimiento de nuestras manos o brazos para señalar o evocar algún acontecimiento, más el tono de nuestra voz, mediante el cual es posible expresar emociones, todas estas manifestaciones fueron de enorme aporte para corresponder a estas pautas de intercambio, como lo ha explicado Goffman (1970) en el ritual de la interacción.

Nuestro diálogo generalmente se acompañaba de uno, dos o tres cigarros fumados por las mujeres entrevistadas, un cigarro a la vez, situación que las llevaba a retirarse el cubrebocas. A lado de nosotras, había un cilindro de gas natural, el cual tenía la función de almacenar este combustible para encender la estufa ubicada en la sala de juntas, ésta se ocupaba para la preparación del café o té que se sirve durante las reuniones. El sanitario, por su parte, era un cuarto modesto que además de servir para su uso convencional, les permitía recolectar agua para la limpieza del lugar. Las escobas, el blanqueador líquido, los desinfectantes y estropajos se colocaban en cubetas debajo de una tarja que también se utilizaba para lavar las tazas donde se repartían las bebidas durante las juntas de “AA”.

La comunidad donde se localiza el grupo y en los horarios en los que yo acudí, daban la apariencia de ser un lugar “tranquilo”. A pesar de que la calle cuenta con pavimentación y banquetas su iluminación era insuficiente a causa del escaso alumbrado público, haciendo del lugar un espacio casi oscuro. También se observaban pocos peatones, tal vez por las recomendaciones sanitarias de no salir de casa. En las calles de alrededor se identificaron comercios locales, solo algunos se mantenían abiertos, particularmente los que distribuían productos esenciales para el sostenimiento de la vida como la alimentación, algún depósito para la venta de agua purificada y servicios de atención médica privada. En una sola ocasión logré identificar el paso de una patrulla de la Secretaría de Seguridad Pública. Por lo general las juntas concentraban a menos de diez personas, situación que hacía posible mantener el distanciamiento físico dentro de la sala.

En el cuarto donde realicé las visitas y donde se reúnen las mujeres para sesionar había un escritorio y una silla para quien coordinaba la junta de hora y media, al lado se encontraba la tradicional tribuna de madera con el logotipo de la comunidad de “AA”, en ella se observan calcomanías para enunciar que se trata de una agrupación de mujeres. Los globos de color pastel, los distintivos para conmemorar fechas como el día de muertos, los adornos que anunciaban la llegada de navidad,

los detalles florales en las trabes del inmueble y en el calendario de actividades, distinguen la apropiación de su espacio.

En el modesto inmueble, la estufa y trastes pueden llevar a imaginar que se trata de un espacio doméstico, sin embargo, el contraste lo hacen los libros de la comunidad “AA”, los cuales están colocados en repisas de madera sujetadas a las paredes del lugar, algunas de estos muebles están colocadas al lado de la estufa y mesa donde reposan recipientes de café, té y azúcar. La literatura de la comunidad de “AA” es leída y releída, es decir estudiada entre las compañeras, de hecho, en alguna ocasión estando presente en la junta de estudio también me pidieron les leyera, al concluir ese momento noté cómo la vista cansada de algunas de las mujeres les dificultaba seguir con el texto, quizá, pensé, por esto se lee en voz alta. Por otra parte, los folletos y carteles arrumbados detrás de la tribuna reforzaban la nostalgia de las mujeres al verse impedidas de compartir el mensaje en los espacios públicos, la actual pandemia también las distanció de estas actividades, de hecho, dos de las mujeres en las conversaciones informales, expresaron el desasosiego de la agrupación por no poder compartir el mensaje de “AA” con las mujeres en situación de reclusión. Quedaba claro que las medidas de prevención de contagio del COVID-19 les quería arrancar sus redes de mutuo apoyo.

Los muros del lugar se encontraban pintados de un color claro y en ellos, como en cualquier otra agrupación, están colocados los cuadros que enlistan las doce tradiciones y los doce pasos de “AA”, las fotografías de los fundadores norteamericanos, cuadros con leyendas como: “poco a poco se va”; “vive y deja vivir” o “perdona y olvida” así como un pizarrón donde se escribe la agenda del grupo, en esta pequeña pizarra se dibujan flores, palabras de bienvenida o felicitaciones. En el centro del cuarto de juntas están acomodadas las sillas y unas pequeñas mesas donde es posible colocar el café, el té, los cigarros, el cenicero, el celular y los libros, en mi caso solo colocaba mi taza con café y evitaba en todo momento el uso del celular, pues tenía el firme propósito de concentrarme en lo ocurrido durante las reuniones, además mantener guardado el teléfono móvil me

permitía enviar el mensaje de que no las grabaría o tomaría fotografías sin su autorización.

Respecto a mi reflexión —considerando el lugar desde el que yo miro— refiero cómo esta herramienta me sirvió para identificar lo que sentía durante el trabajo de campo, para esto empleé las notas de voz. Este instrumento me permitió percatarme que, durante la asistencia al grupo estaba presente mi preocupación por ser vista como vía de contagio del virus llamado SARS-CoV-2, no lo niego también tenía temor de transportar el virus a mi familia. Esta incertidumbre también se me presentaba al escuchar en los noticieros el reporte diario de contagiados, el número de muertes ocasionadas y las dificultades de un debilitado sistema de salud queriendo dar la batalla a la emergencia sociosanitaria que más tarde también se expresó en la falta de servicios médicos para algunos de mis familiares llevándolos a su inesperado deceso. Al reconocer lo que estaba pasando asumí cómo estas situaciones de vida se parecían a las voces de otras personas, estas vivencias resonaban la nostalgia expresada por las mujeres integrantes de “AA” entrevistadas por teléfono y en el grupo, al recordar el fallecimiento de compañeras o compañeros contagiados por este nuevo virus. Qué decir de la tristeza por no poder despedirnos de ellos/as en sus funerales y sepulcro.

Con todo y esto, los días del trabajo de campo se acumulaban y tuve la percepción de que mi presencia había pasado a un plano de mayor confianza. Para llegar a este punto, una vez realizadas las entrevistas a todas las mujeres una o dos veces por semana, pedí permiso para escuchar el inicio de las juntas, después solicité autorización para escuchar las sesiones completas. No pasaron muchos días cuando ellas comenzaron a invitarme, me quedaba claro que algo querían compartirme. Un punto clave para este momento fue expresar mi curiosidad e interés para aprender de ellas, esto me llevó a callar mi diálogo interno para escucharlas con exagerada atención, no fue fácil, tenía que estar al pendiente de mí misma para evitar hablar desde mi discurso médico psicológico sobre el consumo de alcohol.

Todo el tiempo cuidaba mis palabras cuando conversaba con ellas. Incluso, llegué a pensar sobre el encuentro de dos saberes, el biomédico y el de las prácticas grupales de recuperación, desde luego mi atención estaba concentrada en el segundo, ya que si me enfocaba en este último, lograba reconocer la organización de las mujeres para practicar sus saberes en torno a su recuperación, más revelador aún fue identificar la construcción de un espacio seguro donde el apoyo entre ellas facilitaba la liberación de todo tipo de relatos, algunos de ellos caracterizados por el dolor que deja la pérdida de su dignidad como mujeres cuando se encontraban dominadas por el alcohol, pero también escuché testimonios de su reivindicación como mujeres y madres²³.

El trabajo de campo seguía su curso y sabía de la necesidad de continuar escuchando estas sensaciones y emociones. Como lo mencioné, la grabación de las notas de voz no solo me permitió registrar esta información inmediatamente, también me ayudó a ordenar las emociones que me recorrían una vez que concluía una entrevista o al término de las visitas, el llenado del diario de campo fue otro apoyo, pues tenía mayor tiempo para repasar la información recuperada. En este proceso reconocí cómo los testimonios de las mujeres eran para ellas un vaivén de experiencias conciliadoras, otras de enojo y protesta, algunas vivencias esperanzadoras y otras cargadas de recuerdos de persistentes violencias hacia ellas, estas últimas fueron una constante en la información recabada en los dos tipos de entrevistas.

Por ejemplo, en una ocasión una mujer con 11 años de participar en “AA” subió a la tribuna para desahogar el enojo y desacuerdo que sentía porque su trabajo no era retribuido como ella esperaba, además no le habían pagado su aguinaldo. También señaló la preocupación por su estado de salud. La mujer explicó que desde muy joven ha trabajado para cubrir su gasto familiar, las actividades realizadas le han dejado como resultado sufrir del dolor por el desgaste en las articulaciones²⁴,

²³ Esta información también la contraste con las entrevistas individuales, los resultados son presentados en el siguiente capítulo.

²⁴ Esta situación denota su condición laboral, la cual le impide adquirir derechos y si los tiene estos son violentados. Por otra parte, la enfermedad referida en el relato de mi interlocutora no fue asociada al consumo prolongado de bebidas alcohólicas. Míguez y Permuy (2017) refieren que las afecciones físicas en el

explicaba que, si ella quería recuperar la movilidad en los brazos o disminuir ese malestar tendría que pagar un tratamiento médico que desde luego estaba fuera de su alcance económico, por el momento solo se conformaría con usar una férula. La impotencia frente a su situación laboral y de salud decía ella, la llevaban a recordar todos aquellos enojos y frustraciones que años atrás resultaban en su incontrolado consumo de alcohol. La enfermedad emocional del alcoholismo pone en riesgo los logros de la abstinencia, de acuerdo con lo relatado, estos logros eran el perdón de sus hijos e hijas y la actual convivencia con ellos, de hecho, en una ocasión acudió con su nieta a las juntas y llena de orgullo me la presentó haciéndome saber que cuidarla era muestra de la conciliación alcanzada con su familia, este cambio lo había logrado gracias al programa de recuperación de “AA” (información obtenida de las entrevistas y el diario de campo).

Para concluir este subapartado, reitero que la reflexividad también me llevó a definir mi posicionamiento frente al objeto y las mujeres del estudio (de la Cuesta-Bejumea, 2011). Es decir, ante la declaratoria del regreso al color rojo en el semáforo epidemiológico a finales de diciembre de 2020 y desde la responsabilidad del cuidado hacia las mujeres y por su puesto conmigo misma, opté por explicarles que comenzaría a espaciar mi asistencia al grupo. Al inicio del 2021 regrese a la agrupación, momento en el que realicé mi quinta visita y donde también expresé mi agradecimiento hacia las mujeres que acuden a “AA”, les comenté que dejaría de asistir para concentrarme en la escritura de la tesis. Finalmente, entendí que la semaforización en color rojo me permitía obtener el tiempo para proseguir con el procesamiento, análisis y escritura de los hallazgos. También sentía que debía distanciarme de ellas y de las emociones que emergieron durante mi convivencia con las integrantes del grupo.

sistema musculoesquelético de las mujeres son comúnmente desarrolladas debido al consumo de esta sustancia. Además, en la expresión de estas condiciones se suma el actual tratamiento psiquiátrico que está recibiendo a causa de una sintomatología depresiva, tratamiento que desde luego ella pagaba. Las experiencias de la mujer permiten identificar dos aspectos, el primero es el curso de varios padecimientos al menos desde hace veinticinco años, tiempo en que inició el consumo de alcohol de acuerdo con la información recabada en esta investigación, así como la falta de valoraciones médicas, la canalización o el tratamiento oportuno, especializado e integral (información obtenida del diario de campo para esta investigación).

4.2.2. Manejo de la información y su sistematización

Una vez concluido el trabajo de campo, me seguía cuestionando, si la información recolectada era “suficiente” para proseguir con el análisis final. Tenía muy presente que las restricciones sanitarias limitaban la movilidad para buscar más participantes, sin embargo, también identifiqué que estaba más atenta al número de mujeres entrevistadas que en la riqueza de la información obtenida. Frente a esta situación decidí iniciar la sistematización de la información con la que contaba en la etapa de inmersión-profundización.

4.2.2.1. Transcripción de las entrevistas directas

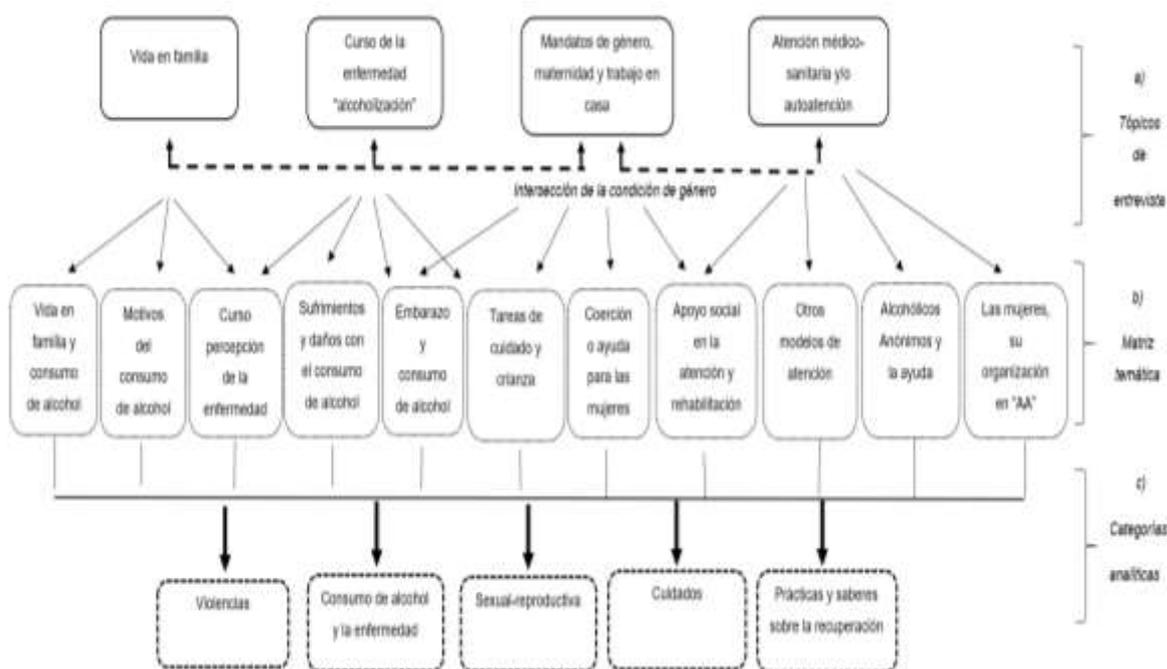
Para el análisis de la información obtenida en esta segunda etapa, inicié con la transcripción de entrevistas en el procesador de textos de Word (Kvale, 2011), en total transcribí nueve entrevistas, ya que de las seis mujeres participantes tres fueron consultadas en dos sesiones. También ordené la información recopilada en el diario de campo, los audios de las entrevistas y resguardé un total de veintiún notas de voz en la computadora personal y en el servicio de alojamiento de archivos drive. De las notas de voz almacenadas, seis fueron de las entrevistas telefónicas, siete de las entrevistas directas y ocho de las visitas al grupo.

4.2.2.2. Estrategia analítica

Una vez concluidas las transcripciones volví a leer los textos guiándome en los tópicos de la entrevista directa, también me apoyé en las notas de voz y diario de campo. Fui identificando las semejanzas entre los relatos de las mujeres entrevistadas, las similitudes las iba clasificando dentro de una matriz temática que de forma paralela elaboré en el programa de Excel (Berenguera, 2014). En esta

matriz ubiqué los temas más significativos relatados por las mujeres del estudio, estos pasajes reconocían los acontecimientos, interacciones, las personas y contextos relacionados con su trayectoria social de atención. El procesamiento de la información (figura 2) hizo posible el reconocimiento de once temas a partir de los cuales definí cinco categorías para el análisis.

Figura 2. Procesamiento de la información, etapa inmersión-profundización

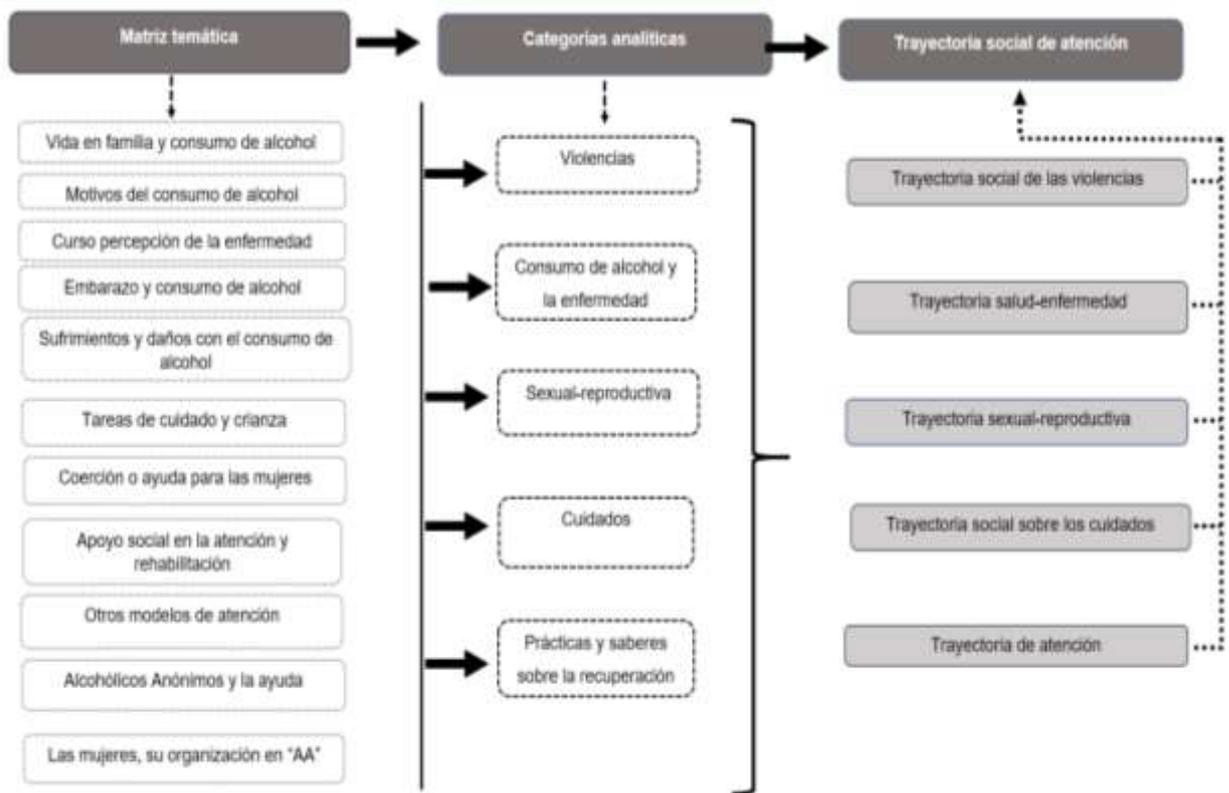


Fuente: elaboración propia

A partir de las categorías analíticas el siguiente paso fue estructurar y representar las trayectorias sociales de atención. Para la estructuración me apoyé en la identificación de cuatro cualidades del relato siguiendo la estrategia analítica propuesta por Bertaux (2005). La primera cualidad es la cronológica, en este caso identifiqué el año en que ocurrió determinado evento; en la segunda cualidad ubiqué la estructura diacrónica del relato, es decir fui situando el desarrollo de cada evento o historia contada en el tiempo social. La tercera cualidad, es la no linealidad del

relato, de acuerdo con Bertaux (2005) y Turner (1986) el relato se une, avanza y retrocede en la construcción de otros acontecimientos, contextos y relaciones. Al asumir esta característica, identifiqué que la trayectoria social de atención se interconecta y determina con la presencia de otros recorridos sociales los cuales están interseccionados por la condición de género para las mujeres, estas trayectorias fueron: las violencias, la salud-enfermedad o curso de la enfermedad, la sexual-reproductiva, los cuidados y la atención (figura 3).

Figura 3. Categorías analíticas y la trayectoria social de atención



Fuente: elaboración propia.

La cuarta cualidad destaca la comparación entre las trayectorias sociales de atención (contrastación empírica), este último punto de la estrategia analítica permitió comprender la organización colectiva sobre los diferentes modos de

atención para las mujeres madres que viven los daños por el consumo de alcohol. Finalmente, y con el propósito de representar las cuatro cualidades del relato sobre las trayectorias sociales de atención incorporé el calendario de vida, instrumento metodológico comúnmente empleado desde la perspectiva de curso de vida²⁵ (anexo V).

4.2.2.3. Análisis y resultados de la segunda etapa

Los resultados en la fase de inmersión-profundización ayudaron a definir el perfil de las participantes. Además, develaron las trayectorias sociales de atención. Estos últimos hallazgos son presentados en el siguiente capítulo.

Por el momento describo el perfil de las mujeres entrevistadas. Si bien la información más destacada la sintetice en la tabla 5, también propongo nombrar el contexto de desigualdad social y de género a partir del cual se han constituido determinadas características socioeconómicas de las mujeres en esta investigación. El siguiente subapartado analiza dichas características.

4.2.2.4. Características socioeconómicas de las mujeres participantes

En esta etapa del trabajo de campo fueron entrevistadas seis mujeres, su rango de edad es de 36 a 74 años, lo que indica que las participantes de este estudio nacieron entre los años 1946 a 1984, dos de ellas actualmente viven en el Estado de México y cuatro en la Ciudad de México. Solo la mujer de 65 años nació en otro estado de la república, sin embargo, a sus 14 años migró a la capital para obtener un trabajo y así poder ayudar a su mamá, según me lo compartió.

²⁵ Esta herramienta metodológica la aprendí a elaborar en septiembre en 2020 durante mi asistencia al taller en línea: Curso de vida para el análisis del desarrollo humano, impartido por la Dra. Lucia Espinoza Nieto, en la Facultad de Ciencias para el Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Respecto al tiempo de afiliación en el grupo, las mujeres me explicaron que este era el mismo que los años en abstinencia del consumo de alcohol, dado que solo se cuentan los aniversarios en la agrupación de "AA" una vez alcanzado el primer año en sobriedad.

Todas las participantes son madres, algunas de ellas viven con sus hijos e hijas menores de edad. Dos de las mujeres, la de 36 y 50 años, estuvieron casadas en más de una ocasión por lo que tuvieron hijos/as con diferentes parejas. Las seis participantes consideraron como principal ocupación ser amas de casa, como lo indiqué este rol implica responsabilizarse del trabajo de cuidados no remunerado. De acuerdo con Fraser (2016) los cuidados pueden ser clasificados como de tipo afectivos y materiales. El primer tipo se caracteriza por la crianza, el amor, la protección, el apoyo a personas enfermas y el segundo tipo de cuidados se distingue por la función de organizar el espacio doméstico, es decir: cocinar, planchar, lavar o asear, entre otros. Cabe decir que las parejas hombres de las mujeres de este estudio cubren el gasto familiar mediante el trabajo asalariado.

Si bien, todas las participantes expresaron ser las principales responsables del trabajo de cuidados, dos de las mujeres, una de 52 y la otra de 53 años informaron que adicionalmente laboran fuera del hogar para así poder cubrir sus gastos, sin embargo, estas labores las entienden como una actividad secundaria, una realiza faenas en un negocio y la otra mujer es vendedora ambulante. Cinco de las mujeres dijeron que nunca han contado con un salario fijo por las actividades que realizan, ni mucho menos han accedido a prestaciones laborales, además de todo invierten la mayor parte de su tiempo a estas tareas, esto se convierte en la principal razón para asumirse como amas de casa. Solo una de las entrevistadas quien tiene 74 años comentó haber accedido a un trabajo por el cual desde hace más de diez años recibe una pensión, pero actualmente se ocupa de las labores domésticas. Una más de las mujeres, la que tiene 36 años, explicó haber perdido el empleo durante la declaratoria de la emergencia sanitaria por el COVID-19, ante esta situación acordó con su pareja dedicar ese tiempo al cuidado de sus hijas y el hogar.

Respecto a la ocupación de las mujeres a las que entrevisté, varios autores han señalado que las formas de organización social, determinadas en los procesos históricos y económicos, dividen el trabajo de acuerdo con el sexo (Engels,1983; Breilh,1991; Fraser, 2016) en este caso establecen funciones para asumir los cuidados como trabajo –reproductivo– exclusivamente femenino y el trabajo productivo como actividad masculina. Y si bien se habla de cambios sociohistóricos vinculados con el orden económico del capitalismo financiarizado como lo denomina Fraser (2016) el cual se caracteriza por la inserción de las mujeres al mercado laboral repartiendo solo en pocos casos las tareas de cuidado a los varones o en su caso mercantilizándolos para quien puede pagar por ellos, aún esta condición es diferenciada entre los géneros ²⁶. En el caso aquí presentado, la encomienda del cuidado es prioritario al trabajo productivo en las mujeres de este estudio, así se pudo identificar en las historias compartidas por ellas:

Trabajaba por temporadas porque mis hijos en ese tiempo estaban chicos, eran unos niños, pero a veces no podía trabajar porque ellos requerían tiempo y atención y entonces me salía de los trabajos y me dedicaba a mis hijos y a la casa. M7-EDOMEX.

Decide mi marido...ajá...mi esposo dijo: “no pues...” porque yo si quería trabajar. Teníamos tantos hijos y luego no alcanzaba, pero él nunca, nunca me dejó trabajar. M9-EDOMEX

Experiencias como estas permiten comprender que han sido mis interlocutoras quienes se responsabilizan de los cuidados, debiendo invertir mayor tiempo y responsabilidad en su realización, finalmente esto explica la desigual participación y autonomía económica de las mujeres de este estudio, situaciones que no solo incrementan su desigualdad de género y socioeconómica, sino que la perpetúan (Coffey et al., 2020).

²⁶ Fraser (2018) distingue tres periodos históricos del capitalismo estos son: capitalismo liberal competitivo, capitalismo gestionado por el Estado y el capitalismo neoliberal financiarizado. A este último lo asocia con la desestabilización del trabajo de cuidados, en palabras de la autora “los déficits de cuidados” (p.1).

Desde este argumento teórico también se destaca cómo la condición de género se reproduce en las propias expectativas de las mujeres para cumplir con el ideal de la familia tradicional, componente cultural que legitima en ellas el ideal femenino para ser madres, esposas y realizar las labores concernientes a los cuidados. El siguiente relato da muestra de esto:

Yo soñaba con un hogar, yo soñaba con una pareja, así como que me protegiera ...me quisiera, me dejara en mi casita (...) pues como cuidar a mi hijo o sea... la comida, lavar o sea lo que se hace en un hogar. M10-CDMX

El contexto anterior también se liga con los años de estudio cursados por las entrevistadas. Breilh (1991) explica que la sobrecarga de las tareas del hogar históricamente ha impedido a las mujeres el acceso a otras formas alternativas de reproducción social. Al relacionarlo con el perfil socioeconómico de las participantes fue posible destacar que cinco de ellas tienen como máximo nueve años de escolaridad y solo una se graduó de la universidad, aunque actualmente no ejerce su profesión debido a su despido laboral y al acuerdo pactado con la pareja para cuidar de sus hijas. Concluir los estudios superiores fue para la mujer de 36 años, un logro alcanzado gracias al programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos, es decir un proyecto estimulado desde el espacio público. Así lo relató:

Entonces aquí [en la agrupación] por decir este... me decían: ¿es que tienes que estudiar, o sea tienes que salir adelante? M5-CDMX

No obstante, cuando indagué sobre las oportunidades de las mujeres para estudiar, varias de ellas respondieron que los problemas de sus padres, la hostilidad y la violencia en el espacio doméstico relacionada con el consumo de alcohol en la familia de origen, así como las carencias económicas vividas, influyeron para interrumpir sus aspiraciones escolares, sin dejar de lado el cuidado de sus propios hijos/as que fue o sigue siendo una labor prioritaria. La falta de apoyo familiar o de

la pareja, sumada a las expectativas tradicionales de género, poco a poco coartaron su deseo de asistir a la escuela. Así fue como me lo explicaron dos de las mujeres:

Me gustaba mucho enfermería, de hecho...cuando salí de la secundaria yo me, yo me este...me metí a un curso gratuito de enfermería y yo...sí que tenía muchas ilusiones de seguir estudiando, pero por la disfunción yo creo que también de los padres, el padre alcohólico una madre sumisa y así y la economía...y no nos ponían mucha atención, por eso ya no, ya no ...pero sí tenía muchas ilusiones de estudiar. M9-CDMX

Yo me casé a los 15 años y a los 16 tuve un hijo y hice después la secundaria abierta y después ya no seguí estudiando por, por el tiempo con mis hijos y porque...pues también hacía falta dinero...y yo creo que también no quise (...) porque implicaba, así como tener este más tiempo y más tiempo para dedicarme a la escuela y a veces no tenía con quien dejar a mis hijos. M7-EDOMEX

A manera de cierre, es posible admitir que la condición de desigualdad de las mujeres en este estudio se ha ido gestando en la reproducción generacional de los mandatos tradicionales de género, es decir, en los roles que se piensa desde la familia, las mujeres deben cumplir, ya sea cuando son hijas, o cuando se les impone cumplir un papel como madres o esposas. La experiencia de sumisión y sometimiento de estos mandatos, así como la imposibilidad para ir en contra de estas normas patriarcales, fue expresada por una de las mujeres, quien vivió la experiencia del matrimonio infantil:

Pues mi papá dijo que... nadie se iba a burlar, pero que me tenía que casar y fue así como me casé (...) ellos pusieron la fecha de boda y ya pues nos casaron, yo no firmé porque como era menor de edad [tenía 16 años] este...la que firmó fue mi abuela, la mamá de mi papá. M7-EDOMEX

Los mandatos tradicionales sobre ser esposas, ligado en este caso con la maternidad, ser amas de casa como forma socialmente legitimada para demandar de ellas tareas de cuidados, son hallazgos coincidentes con los resultados de la etapa de aproximación-exploración.

Por último y como lo mencioné, el ejercicio de contextualización al que me aboqué en párrafos anteriores tuvo el propósito de visibilizar desde las experiencias de las mujeres las desigualdades sociales y de género que determinan su perfil socioeconómico. En el siguiente capítulo se retoman estas experiencias las cuales se entrecruzan con la trayectoria social de atención.

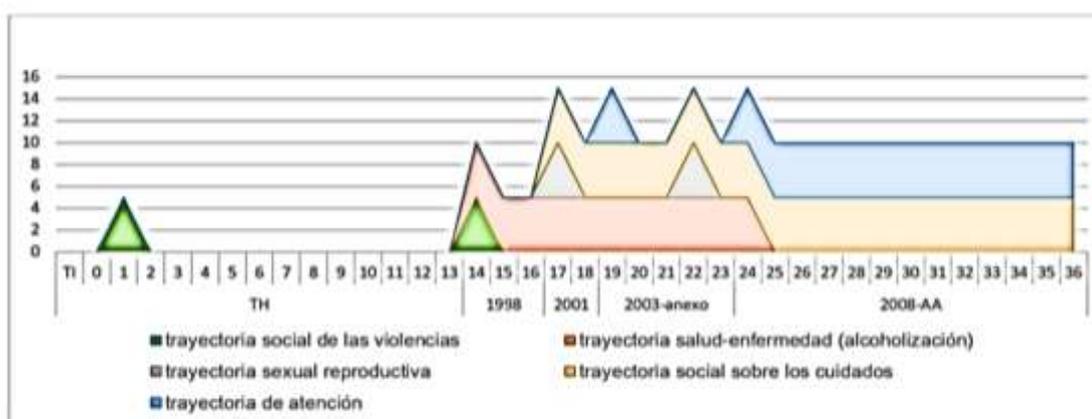
V. Diacronía de las trayectorias sociales de atención en mujeres-madres en casa que viven los daños por el consumo de alcohol

En este apartado presento los hallazgos de la fase de inmersión-profundización, en algunos casos retomo relatos de las mujeres entrevistadas en la fase de inmersión-exploración dado que enriquecen la información obtenida a lo largo del estudio de caso.

Mediante la estrategia analítica destacué la cualidad diacrónica del relato (Bertaux, 2005) dicha cualidad la representé de forma gráfica en el calendario de vida (anexo V). Para la organización de los resultados tomé en cuenta la edad de cada participante -*Tiempo Individual, TI*- así como el año en el que se desarrolló determinada trayectoria -*Tiempo Histórico, TH*-, estas son: las violencias, la salud-enfermedad o alcoholización, la sexual-reproductiva, los cuidados y la atención. Con este paso fui visibilizando en las figuras 4 a la 9 (anexo VI), los recorridos que entrecruzan y configuran las trayectorias sociales de atención de las mujeres madres en casa que viven los daños por el consumo de alcohol.

Para ejemplificar la importancia de las figuras 4-9, a continuación, describo la representación gráfica de la trayectoria social de atención de la mujer con código M5-CDMX.

Figura 4. Trayectoria social de atención, participante M5-CDMX



Fuente: elaboración propia

Como se observa en la figura 4, en la línea horizontal tracé el tiempo individual (TI), a partir de esta sección ubiqué la edad de mi interlocutora quien al momento de la entrevista dijo tener 36 años. Respecto al tiempo histórico (TH) fui identificando el relato de algún acontecimiento significativo para la participante. Sobre esta misma línea del tiempo y recorrido histórico social fui localizando las cinco trayectorias antes señaladas.

A cada trayectoria le asigné un color diferente para delimitar, así como diferenciar la edad en la que inició o finalizó determinado recorrido. Este paso permitió conocer el tiempo de duración de cada trayecto o en su caso establecer el curso actual, como en el caso de la trayectoria de atención (color azul) o la trayectoria social sobre los cuidados (color amarillo). La importancia de distinguir por colores es para ubicar la intersección entre los cinco trayectos, pero además ayudó a comparar las experiencias comunes de las seis mujeres. La contrastación entre representaciones gráficas permitió identificar las experiencias en torno a las violencias ejercidas contra ellas (color verde).

5.1 Trayectoria social de las violencias. Vida en familia y el consumo de alcohol

Antes de abordar los resultados concernientes a la trayectoria social de las violencias, considero necesario presentar algunos datos para dimensionar la situación de la violencia contra las mujeres en nuestro país. Los informes recientes han registrado que de 46.5 millones de mujeres el 10% de ellas (795 414) informaron haber vivido algún acto violento dentro del espacio familiar, estas violencias llegan a ser de tipo emocional, económica/patrimonial, de tipo física o sexual. También se reportó que los familiares más cercanos son quienes generalmente ejercen estos actos contra ellas, una de cada 10 mujeres dijo que es el padre, hermano/a o madre quien las agredió. Respecto a la violencia en la pareja, se resaltaron las situaciones que inciden en la expresión de estos eventos, estas fueron: el control emocional y los celos de la pareja, los motivos de salud, es decir

el consumo de alcohol y drogas por parte de las mujeres, así como el incumplimiento de responsabilidades domésticas o parentales (INEGI, 2020).

Enfocándonos en los resultados de esta investigación, fue posible develar que la realidad vivida por las mujeres no es ajena a los datos nacionales previamente descritos. El recorrido social de las violencias (ver figura 4 a la 9 en el anexo VI) transitado en su papel como hijas, hermanas, esposas o madres, así como la descripción de las características socioeconómicas no hacen más que demostrar el contexto de precariedad vivido por mis interlocutoras entrevistadas en la segunda etapa. Butler (2009, p.323) señala la precariedad como condición inducida a un grupo de personas para estar socialmente excluidas y materialmente expuestas para vivir con mayores “daños, la violencia y la muerte”, estas situaciones degradan la vida y la condición humana. En concordancia con la autora y con base en los resultados de este análisis, fue posible identificar cómo las diferentes formas de violencia se manifiestan y afectan la vida de las mujeres entrevistadas.

Para Segato (2003) la violencia contra las mujeres se sostiene en la estructura social patriarcal, esta condición también incide en su desigualdad social. Las experiencias contadas por las mujeres ayudan a reconocer que la violencia contra ellas se expresó desde sus primeros años de vida y dentro de su espacio familiar. Los relatos develaron cómo los abusos a los que han estado expuestas ocurren desde sus relaciones parentales más cercanas, por lo general las agresiones eran perpetradas por sus padres hacia las madres de las entrevistadas. Así lo relató una de las participantes.

Por decir mi adolescencia, mi niñez, por decir yo vivo mucho el alcoholismo de mi papá, entonces pues eran pleitos ¿no?, cada fin de semana ¿no?... entonces era más que eso, o sea por decir...como...por decir había momentos en donde él llegaba y hacia algo, se peleaba con los vecinos, se empezaba a pelear con mi mamá. M5-CDMX

Cabe decir que las violencias presenciadas o sufridas de forma directa en su papel de mujeres hijas se manifestaron durante la carrera alcohólica de quien perpetró esta violencia. Los hechos relatados por las mujeres llevaron a pensar que el consumo de alcohol era el causante de los comportamientos de sus padres, si bien el consumo de esta sustancia operó como detonante de la agresión, la ideología del dominio y superioridad de los hombres sobre las mujeres sostuvo la expresión de esta conducta. Las experiencias relatadas por las entrevistadas también mostraron cómo las mujeres concibieron los abusos como inexplicables, o más grave aún, justificables orillándolas a vivir en un contexto de continua opresión. Esto no es un hecho menor, especialmente cuando la violencia ocurrida dentro de la esfera familiar no solo se considera como un asunto privado, sino que se justifica ante el consumo de alcohol. Esta experiencia también fue compartida por una de las entrevistadas.

Cuando a veces tomaba se ponía...contento, pero de repente... ya estaba discutiendo con mi mamá, la agredía y luego nos pegaba a nosotros, a mí me decía que ella era igual que su mamá de él, de mi papá, que era una...una de la calle y nos pegaba. M7-EDOMEX

La violencia vivida por una de las participantes del estudio también estuvo instaurada en el acoso sexual dentro del espacio doméstico, solo que, en el papel de mujer hermana, el temor y el descrédito a su experiencia como una forma más de violencia, la orilló a construir el anhelo de poder escapar de su opresión bajo un nuevo rol, el de esposa, esto se ejemplifica con el relato de una de la participante de Ciudad de México.

Tengo un hermano y la cuestión contra mi hermano era de que...pues me espiaba o sea cuando me bañaba, era el más chico, entonces este... pues yo crezco como con esa situación y coraje contra mi mamá...porque cuando ella se da cuenta y yo se lo digo pues ella no hizo nada....y una vez este...mi hermano quiso entrar desnudo a mi cuarto y yo ya era una señora... pues lo que yo decidí fue salirme de ese hogar, y fue por medio de una pareja, la regla, así como que para que yo volviera a poder entrar a la casa de mis padres era que tenía que estar casada. M10-CDMX.

La reproducción de la violencia de los hombres contra las mujeres es una práctica machista, su histórico arraigo en la cultura patriarcal de nuestro país restringe la posibilidad de pedir ayuda a familiares o cuando estos son avisados e incluso son testigos, no necesariamente responden como grupo de apoyo para detener las agresiones dentro del espacio doméstico, precisamente porque es a través de los otros como se valida y reproduce la ideología de lo masculino como superior a lo femenino (Segato, 2003). La situación de desamparo pone en mayor riesgo a quienes viven bajo esta condición. Desafortunadamente, las experiencias de las violencias frente a la falta de apoyo familiar en el rol de esposa o hija también fueron vividas por mis entrevistadas.

De hecho, mi suegra se daba cuenta, mis cuñadas se daban cuenta, todos los golpes que yo aguanté dentro de ahí, pero pues ellos, como era...pues como eran familia de él, pues le daban toda la razón porque decían que no este...que yo tenía la culpa por estar bebiendo y que yo tenía la culpa por estar ahí afuera y que yo tenía la culpa...y que todo yo, yo, yo...él no. M9-EDOMEX

Lo que pasa es que mi papá siempre llegaba borracho y cuando agredía a mi mamá y la insultaba y le pegaba, la dejaba muy mal... todos llorábamos y yo me iba a buscar a mi tío, unos tíos que vivían cerca, para que fueran a ayudar a mi mamá porque mi papá la estaba golpeando, a la una, dos, tres cuatro de la mañana, era ya en la madrugada, que nos despertábamos con los gritos, los golpes, mi mamá ensangrentada. M7-EDOMEX

El maltrato físico perpetrado por parte de los padres hombres hacia los hijos e hijas menores de edad también fue contado por las mujeres como un comportamiento legitimado, pues los golpes se consideraron como un medio para educarlos/las y corregirlos/las. El siguiente relato lo ejemplifica.

Mis hijos eran chicos y ellos lloraban y le decían [al esposo] que no me pegara. También así tomado, tomado...él les pegaba cuando no obedecían, bueno si era necesario, si no, no. M6-CDMX

En este entendido, es posible demostrar que las aparentes justificaciones para perpetrar la violencia hacia las mujeres y sus hijos e hijas ocurren mediante los mandatos, pues estos definen la relación diferencial y jerárquica entre los géneros (Segato, 2003). Al comparar los hallazgos de la etapa de aproximación-exploración con los hallazgos de este análisis, es posible asumir que uno de estos mandatos en las mujeres es el ideal de su rol como mujer=doméstica, el incumplimiento de este papel justifica el maltrato ejercido por el varón, en este caso en el rol de esposo.

Mi papá siempre ha sido un hombre muy machista, o sea siempre por decir como...la, la descalificación a todo lo que ella [la madre de la entrevistada] hacía, si hacía de comer estaba mal, si le ayudaba...había por decir golpes, luego la corría. M5-CDMX

La violencia presente desde los primeros años de vida de mis interlocutoras continúa en otras etapas de su vida. Las vidas precarizadas se van exponiendo a mayores riesgos, debido a esto la violencia contra las mujeres se expresa de manera sistemática o reiterada, incluso llega a causar la muerte, dejando graves daños a quienes sobreviven a esta condición (Butler, 2009).

Mi padre era un alcoholico, él le dio muy mala vida a mi madre, él este...en un momento de delirios, él tuvo que matar a mi madre (...) de ahí se empezó mi alcoholismo y después se vinieron otras cosas más, vivir con el esposo, golpes, traiciones. M6-CDMX

La experiencia de esta mujer se vio reflejada en la violencia expresada en la etapa joven o adulta de las demás mujeres entrevistadas. Solo que en este caso los celos que bajo este orden patriarcal se piensa deben ejercer los varones hacia las parejas figuraron como una razón para agredirlas. Las mujeres que entrevisté se han visto atrapadas y afectadas en este precepto.

Había golpes...inclusive como su papá bebía ...metía muchos amigos ahí en su casa o en el patio y ya este... yo nada más vivía en un solo cuartito y no podía ni salir del cuarto porque ya decía que ya me estaba haciendo ojitos con alguien, entonces ya se metía y ya me empezaba a decir y...este...y había golpes, muchos golpes a causa de...sus celos. M9-EDOMEX

Un problema adicional de la violencia dentro del espacio doméstico es que sigue siendo visto como un asunto privado, razón por la cual se pide entre familiares sea silenciado, inclusive por quien experimenta el daño de forma directa. Así lo contó una de las mujeres:

Mi mamá era mucho por decir, como de decir como... ¡tú cállate y lo que pasa aquí no lo tienes que decir en algún otro lado! M5-CDMX

El acallamiento de la violencia en la familia o de pareja, no solo las excluye, sino también nutre la condición de privación para las mujeres (Serret, 2001) esto implica mantener invisibilizado el sometimiento de las relaciones de poder y abuso dentro del hogar, con ello el sufrimiento emocional y la degradación de la vida. El ocultamiento de la violencia hacia las mujeres las obliga a lidiar bajo situaciones de constante estrés, temor, tristeza y/o preocupación por el ambiente de evidente amenaza, lo que también afecta su salud y la de las y los menores de edad con quienes vive a quienes además de todo se les exige deben cuidar y proteger (Burin, 2010; Becker,1989) esta expectativa desde luego no se impone a la figura masculina, por el contrario, se le exime de la responsabilidad del daño. El impacto de la violencia en la vida de una mujer se expresó de la siguiente manera.

Mi papá alcohólico pues era de los hombres violentos...o sea...que golpeaba, (...) pero creo que lo que me causó más efecto...es ver sus estados en los que ella [mamá de la entrevistada] se ponía desde antes que él llegara, con mucho miedo, o sea nerviosa, angustiada. M10-CDMX

A manera de cierre, la condición de violencia en la familia y la pareja estuvo presente en las vivencias de las mujeres entrevistadas en la segunda etapa del estudio (ver figuras 4-9). Si retomamos la noción de experiencia propuesta por Scott (2001) es posible identificar que la condición de género determina situaciones de vida como mujeres, esto las constituye en relatos que dan cuenta de la organización sociocultural en la que ellas viven y bajo las cuales interactúan. Las violencias en sus primeros años de vida reproducidas hasta su vida adulta; ya sea como hijas, esposas o madres configura las situaciones asimétricas en otros ámbitos de su vida y relaciones (López, 1999; Hernández de Gante, 2015).

El reconocimiento de las experiencias de las mujeres que son madres y sufren los daños por el consumo de alcohol también visibilizó la falta de apoyo familiar y social, así como la escasa intervención institucional que en todo caso se encuentra obligada a protegerlas de estas condiciones (López, 1999; Butler, 2009) por el contrario, se devela el sostenimiento de una cultura que históricamente se ha apoyado en la asimetría, el abuso y la desigualdad. Por último, los relatos de violencia de las mujeres demostraron que desde su niñez han experimentado la violación a sus derechos humanos al coartar su dignidad, autonomía y libertad, incidiendo en menores oportunidades para ellas, así como una mayor marginación, deterioro de la vida, su salud y bienestar (López, 1999). Situaciones que serán explicadas con mayor detalle en la trayectoria salud-enfermedad.

5.2. Trayectoria salud-enfermedad. Alcoholización en mujeres madres en casa.

Para este apartado primero describo la información recolectada en la tabla 6, posterior a ello explico la alcoholización de las mujeres.

Tabla 6. Datos sobre el inicio en el consumo de alcohol y años de carrera alcohólica de las mujeres entrevistadas de forma directa en la etapa de inmersión-profundización

código	edad al momento de la entrevista	edad de inicio del consumo de alcohol	edad en que inicia la sobriedad	años de carrera alcohólica	años de sobriedad y de participar en "AA"
M5-CDMX	36	14	23	9	13
M6-CDMX	65	22	32	10	35
M7-EDOMEX	52	26	41	15	11
M8-CDMX	74	39	57	18	17
M9-EDOMEX	50	15	39	24	10
M10-CDMX	53	18	43	25	8
$\bar{X} =$	--	22.3	--	16.8	--

Fuente: elaboración propia.

Los datos recabados me ayudaron a ubicar (figuras 4 a la 9) la edad promedio en el inicio del consumo de bebidas alcohólicas por parte de las mujeres, esta fue de 22.3 años. Como puede apreciarse, el consumo de esta sustancia comenzó en diferentes etapas de la vida. En tres de las entrevistadas durante la adolescencia, dos en su etapa joven y una comenzó a beber en la etapa de adultez. La información también reveló que el periodo mínimo de consumo de alcohol fue de 9 años en el caso de una de las mujeres más jóvenes, de forma más alarmante fue identificar que la carrera alcohólica de otras dos mujeres quienes dijeron beber desde la adolescencia duró hasta 24 y 25 años. Estos números indican, por una parte, que cuando el inicio en el consumo de alcohol ocurrió en edades más tempranas las mujeres tuvieron mayor tiempo de exposición a los daños derivados del alcohol, más grave aún fue identificar los años que debieron transcurrir para pedir o recibir la ayuda, develando el retraso en la respuesta de los familiares, en la autoatención y la atención médico-sanitaria.

Los datos anteriores son coincidentes con la explicación de mis interlocutoras al referir que la mujer sufre diversas pérdidas antes de acudir a un grupo de “AA”, dicha información advierte que, aunque pudieron existir diversos intentos por parte de las mujeres para detener o controlar el consumo, estos intentos no fueron suficientes especialmente cuando se desarrolló una dependencia física al alcohol.

Concerniente a los años de abstinencia del alcohol reportados en la tabla 6, las mujeres afirmaron que el programa y apoyo de “AA” ha servido no solo para controlar el consumo, sino para mantenerse en sobriedad. Al ubicarnos nuevamente en los datos, es posible apreciar que la mujer con un menor tiempo en abstinencia (10 años) tuvo una carrera alcohólica más prolongada y un mayor número de años de retraso en su atención (24 años), en tanto la mujer que inició el consumo a los 22 años, con menos tiempo de consumo (10 años), sin minimizar los daños vividos, es la que mayor tiempo de sobriedad (35 años) tiene dada su afiliación en la agrupación. Otro caso ejemplificador, es el de la mujer de 39 años, ella vivió su carrera alcohólica durante 18 años frente a 17 años que actualmente tiene en sobriedad, esto implica que durante su etapa denominada como productiva la vivió con los daños asociados al consumo y en su etapa de adultez a la vejez ha podido mantenerse sin ingerir alcohol. Para concluir con la descripción de la tabla 6, los datos recolectados no son alentadores pues indican –como lo apunté– el prolongado tiempo de alcoholización y advierten el alarmante retraso en la atención de las mujeres de este estudio.

Una vez explicado el contenido de la tabla anterior, profundizaré en el análisis de la trayectoria salud-enfermedad o alcoholización de las mujeres, para esta tarea me apoyé en dos aristas analíticas. La primera arista la expongo en los siguientes tres subapartados: “Se me calmaba el dolor”; “Lo que a mí me pedía el estómago”; “Yo me quería morir vs Sigo siendo un ser humano”, los cuales fueron definidos bajo las expresiones utilizadas por las mujeres al nombrar sus situaciones concretas.

La primera arista corroboró lo que estudios previos señalan al denotar que las motivaciones en el inicio del consumo de alcohol y los daños vinculados se expresan de forma diferenciada para las mujeres (Natera et al., 2007; Becker et al., 2014;

Romero et al., 2017). Además, los relatos de las participantes visibilizaron distintas contradicciones vividas dada su condición social y de género (Burín, 2010, 2012; Basaglia, 1987) las cuales fueron determinando sus modos de vida e incidieron en su sufrimiento y alcoholización. Asimismo, permite ver el contexto de precariedad que ellas han experimentado y constituido (Scott, 2001), estas carencias fueron de tipo afectivas, pero también materiales y de tipo estructural como la pobreza y la violencia.

Al retomar el hallazgo sobre el tiempo promedio de duración de la alcoholización (16.8 años) fue posible identificar los daños asociados. Los resultados permitieron explicar el inicio del consumo, los daños físicos y los padecimientos vividos, pero también develaron divergencias entre la forma en que se calificó la alcoholización de las mujeres y la manera en cómo ellas mostraron su desacuerdo con estos señalamientos, este último punto nutrió la argumentación de la segunda arista de análisis, la cual es abordada en el apartado de consideraciones finales de la trayectoria salud-enfermedad.

5.2.1. “Se me calmaba el dolor”. Las violencias en la determinación del consumo de alcohol

Los resultados de la trayectoria social de las violencias explicadas en el apartado anterior denotan cómo la socialización de las mujeres se instaura en mandatos para reproducir relaciones basadas en la desigualdad. En estas experiencias se evidenció la falta de credibilidad hacia sus vivencias, así como sentimientos o emociones como la vergüenza, la tristeza, la desolación, el temor, la culpa, la angustia y la sujeción en diferentes etapas de su vida como hijas, esposas o madres. De acuerdo con los relatos de las entrevistadas estas emociones se percibían como disminuidas con el consumo de bebidas alcohólicas. Así lo fueron compartiendo varias de ellas:

En ese tiempo para mí era vergonzoso y doloroso...porque había, éramos una familia disfuncional, siempre había peleas este...pleitos, golpes, maltratos (...) Mi primera borrachera fue a los 11 o 12 años (...) mi papá en las borracheras dejó en la mesa, dejó una botella de Don Pedro, cervezas, refresco y...la botella de Don Pedro...me la serví en un vaso, lo vomité y dije: ¡no, no...me tengo que emborrachar a ver si de veras se olvidan las cosas!...y...me la volví a servir, volví a vomitar y después este...me la serví con refresco porque vi que así se servía, entonces ya no me la serví con refresco sino solito y me emborraché, yo creo que ahora como con medio vaso. M7-EDOMEX

Otra de las mujeres así lo compartió:

Al beber sentía este...yo pensaba que al beber se me calmaba el dolor, el recuerdo de mi madre, pero no porque aumentaba más y lloraba, y más tomaba eh...lloraba mucho. M6-CDMX

Como se aprecia las experiencias dolorosas e injustas en la vida de las mujeres fueron un parteaguas en el uso de bebidas alcohólicas. Poder liberarse de los recuerdos o de su situación las llevaron a ver esta sustancia como un medio para experimentar emociones y sensaciones congruentes con sus deseos, muy a pesar de que la opresión y la violencia seguía denigrando sus vidas. Dos de las mujeres entrevistadas también lo expresaron:

Cuando yo por decir tomaba todo eso por decir, como que toda esa carga emocional que yo traía como que se liberaba y me dejaba por decir como ser yo. M5-CDMX.

Una más de las mujeres así lo refirió:

Mi esposo también pues era un enfermo, un enfermo de celos porque yo no me podía asomar a la puerta porque ya empezaba con que ¿a quién esperaba, a quién buscaba? y todo eso ¿no?, entonces yo para fugarme de todos esos problemas, pues me echaba mis tragos porque yo ya no sentía la realidad (...) Alcoholizada pues como que aguantaba ya más los golpes, como que me daba valor para contestarle y...ya así fueron muchas ocasiones. M9-EDOMEX

En los relatos, se identifica el anhelo por una vida diferente a la experimentada desde su niñez, objetando mediante el consumo de alcohol la inhibición, su represión o la obediencia. Las palabras de las mujeres exhibieron por una parte su desacuerdo para continuar resguardando las circunstancias en las que han vivido o en las que se les ha subyugado, pero por otra parte también se evidenció la expectativa femenina que de ellas se tiene para demostrar sumisión para “aguantar” su condición, llevando a naturalizar su sufrimiento (Valls-Llobet, 2009). Los siguientes relatos permiten develar estos hechos.

Cuando empecé a beber a los 27 años este...lo que me gustó del alcohol...no me gustaba el alcohol, me gustaba la reacción, el cambio de personalidad que yo tenía o sea me sentía a gusto, de cosas que no podía hacer sin alcohol, me podía desinhibir, platicar, este...a contar chistes a sentirme más segura, no tener miedo este...pues eso era lo que me ocasionaba el alcohol, por eso me empezó a agrandar (...) Yo no quería venir [a la agrupación “AA”] porque iba a dejar el alcohol y dejar de tomar era lo único que me mantenía así como según bien...para, para poder aguantar toda la realidad de mi vida y todo lo que había hecho. M7-EDOMEX.

La experiencia de otra de las mujeres también constató esta expectativa en ellas:

Cada que bebía pues con quien me juntaba les lloraba mis penas, así como que me desahogaba, volvía a agarrar aire, así como que cargaba la pila y otro rato ¿no?. M10-CDMX.

A manera de cierre, los testimonios de las participantes invitan a reconocer la determinación de la violencia en el inicio del consumo de alcohol y con ello develar las tensiones, así como las contradicciones de tener que lidiar o mantener en silencio y sumisión ante la precariedad e injusticia en la que se han experimentado como mujeres.

5.2.2. “Lo que a mí me pedía el estómago”. Tolerancia física y social en el consumo de alcohol

En este subapartado explico el incremento del consumo de alcohol y la progresión de los daños vividos, cabe advertir que los resultados mostraron divergencias entre las experiencias vividas por las mujeres y algunos de los criterios diagnósticos para determinar el abuso o dependencia. De acuerdo con los relatos de las participantes del estudio, cuando ellas comenzaron a ingerir bebidas embriagantes podían aminorar su malestar emocional derivado de las violencias vividas, sin embargo, también explicaron cómo la compañía de la pareja, familia o amistades quienes también consumían esta sustancia, junto al deseo de convivir, “estar en la fiesta” u ocuparse en un empleo eventual fueron situaciones que incidieron en el incremento de su consumo. Así lo expresaron:

Mi alcoholismo fue como en aumento, en aumento, en ese proceso de conocer a esta segunda pareja (...) con amigas, compañeras de trabajo, compañeras de ¡que vamos a tomar una copaj, cosas así, pero desde ahí empiezo con esa actitud de...pues de beber, pero...o sea como sin límites. M10-CDMX

Cuando yo tenía veinte...veinte dos años...conocí al actual esposo que tengo, también él bebe y este...también lo conocí por afuera...este...trabajando y luego nos íbamos también así...a echar el cotorreo a beber y ya de ahí empecé yo también a beber un poco más. M9-EDOMEX.

Las mujeres compartieron que el consumo de alcohol incrementó conforme transcurría su vida, por ende, los daños aumentaron, no obstante, ellas reconocen que no dejaron de cumplir con las responsabilidades asignadas bajo el rol de esposas o madres. La diferencia en la forma de consumo cambió, este fue solitario, escondido y dentro del hogar, pasando del ámbito público al espacio privado o de privación (Serret y Méndez, 2011) en la mayoría de ellas. Ante esta situación las mujeres, como se identifica en sus testimonios, se nombraron bebedoras de buró.

Bebedoras de buró así lo decimos, cuando somos mamás y empezamos a beber, porque no salimos de casa, nada más nos dedicamos al alcohol como si fuera una actividad del diario dentro de la, del hogar o del trabajo de una madre. M9-EDOMEX

Otra de las mujeres también lo compartió:

Yo siempre bebí en la casa, era yo una borracha de buró, porque en la calle así nadie me conoció que yo bebía, pero yo tomé demasiado (...) pues eso ya fue mí mi alcoholismo. M6-CDMX.

Esta (auto) designación, reproduce la idea de que el espacio vital de las mujeres sigue siendo el doméstico, censurándolas en el espacio público. En el entorno de opresión, explotación y de desigualdad se mantuvo el precepto de que las tareas realizadas en casa son responsabilidad exclusiva de ellas. Los resultados concuerdan con los de la etapa de aproximación-exploración correspondientes a la exigencia del rol como mujer=doméstica. Además, asumirse como bebedoras de buró también incidió para que la falta de control sobre el consumo de esta sustancia y los padecimientos vinculados fueran considerados, ya sea por ellas o sus familiares, como un vicio y no como un problema de salud. El siguiente relato da cuenta de la situación:

Yo este...empezaba bien a hacer mis cosas, empezaba bien a lavar y todo (...) yo realmente siempre, aunque estaba tomada...hacia las cosas, este...guisaba así... a veces me salían mal las cosas, pero... lo hacía (...) Pues ellos no sabían que era una enfermedad ¿no? que...pues ellos decían que era pues...un vicio de que me gustaba el alcohol. M9-EDOMEX

Otra mujer también lo expresó:

Yo no sabía que esto es una enfermedad. M6-CDMX

Al comparar los relatos con los criterios biomédicos, bajo los cuales se determina si la persona con abuso o dependencia a esta sustancia tiene problemas para cumplir con actividades en el hogar, es posible considerar que, la generalidad de este criterio ignora la carga social que las mujeres viven al requerírseles esconder su situación, a la par de sobre exigirles que desempeñen su rol tradicional a pesar de sus padecimientos. En este sentido, se identificó cómo en las mujeres madres estas actividades si bien no se incumplieron sí fueron puestas en jaque frente a la alcoholización, los hallazgos son explicados con mayor amplitud en la trayectoria social de los cuidados.

Otra de las dificultades experimentadas por las mujeres fue la falta de reconocimiento en la progresión y el incremento en el consumo de bebidas alcohólicas. Si bien las participantes, en un momento dado, consideraron que habían aprendido a ingerir alcohol, la manifestación de los síntomas de abstinencia alcohólica fueron un indicador de la adicción a esta sustancia, esta experiencia confluyó con varios criterios biomédicos. Así se lo fueron expresando:

*Yo nunca pensé en esos momentos cuando yo que tomaba, nunca llegué a pensar que esto iba progresando, yo cuando yo tomaba más, decía que yo ya había aprendido a beber [la entrevistada se lo decía a sí misma] ...Yo sí quería dejar de beber ya, pero yo no podía...o sea yo...a lo mejor me aguantaba ocho días, bueno los últimos después de todo eso, este.... me aguantaba yo ocho, quince ...hasta veinte días y volvía yo a beber, por día o sea yo sentía que...o sea me... lo que a mí me pedía el estómago o sea de querer beber, o sea tal vez este...yo decía que no y mi mente sí (...) A veces ya no tomaba porque, sentir, así como la cruda, el vómito, dolor de cabeza, las náuseas, el dolor de estómago, me hacía como pensar este... ¡no ya no vuelvo a tomar, ya no vuelvo a tomar! (...) pero nuevamente volvía a beber.
M7-EDOMEX*

También se identificó que la dependencia física, caracterizada por la falta de control y obsesión por el consumo de alcohol, llevó a las mujeres a desarrollar estrategias para continuar su ingesta. Esta situación solo les dificultó reconocer los daños, negando o retrasando su necesidad para pedir o recibir ayuda. Así lo compartieron varias de las entrevistadas.

Yo ya tomaba sola en la casa, compraba mi mezcal (...) el vino jerez que tenía me lo tomaba y empezaba a tomar (...) empezaba en la mañana haciendo el quehacer, me ponía a lavar o hacía el que hacer, pero a escondidas me tomaba el mezcal... M7-EDOMEX

Escondía mis botellitas por todos lados, luego hasta en la coladera, así levantaba y las escondía porque pues había conflictos con los hijos porque me las sacaban y las tiraban y yo pues me dolía tanto el alcohol...este...pues este...viví, bueno viví eso y ya después dije ¡es que no, ya no es posible! M9-EDOMEX

En los relatos de las mujeres se pudo advertir que cuando el consumo de bebidas embriagantes incrementó en las mujeres también se mostró una menor tolerancia social hacia ellas, esta situación provocó su discriminación. El hecho anterior, desde luego, no es advertido en los criterios de abuso o dependencia alcohólica.

La situación sobre su discriminación se refleja en la vergüenza que los familiares sintieron hacia los comportamientos de las mujeres, no solo porque se espera que ellas no beban o consuman en menor cantidad (Natera y Mora,1995; Mora y Natera,1998; Natera y Casco, 1992; Natera, Mora y Tiburcio, 1997) sino porque estos comportamientos rompen con estereotipos sobre la conducta femenina, lo que histórica y culturalmente se ha delimitado como el deber ser de la mujer (Basaglia, 1987; García y Guzmán, 2019). La desinhibición, la valentía, la liberación mediante el rompimiento del silencio las llevó a expresar sus reclamos haciéndolas ver como peleoneras, en cuanto al llanto exacerbado, se calificó como una falta de control,

más no como una expresión del sufrimiento o deseo por enfrentar su opresión. Así lo fueron relatando tres de las mujeres:

El alcohol me daba valor. M8-CDMX

Tengo problemas con mis padres o sea yo...siempre bebía a sus espaldas de ellos, prácticamente todo mi alcoholismo lo vivía a sus espaldas, entonces ya en esta, en esta situación pues yo ya estaba muy como atrapada por mi alcoholismo, ya, ya en esa ocasión ya...no pensé nada, llegue a casa y como que quise ¿no cómo?, sino desahogar todo lo que yo sentía en contra de mis padres, llego alcoholizada, pero en una forma muy salvaje y empiezo a agredirlos verbalmente, todo eso que yo sentía en contra, sobre todo de mi padre. M10-DCMX

Otra de las mujeres así lo expresó:

Mis hijos siempre me decían que este... ya no tomara...que porque... hacía cosas o me ponía a llorar o me ponía a pelear o a este...muy impertinente con la gente o decirles cosas que no debía de decir, entonces me este...ponía muy necia porque no me quería ir, yo quería seguir tomando en las fiestas, por eso mis hijos y su papá a veces: ¡no, no vamos a ir porque ya sabemos cómo te pones y mejor...para pasar vergüenzas, mejor no vamos! M7-EDOMEX

Un hallazgo final reveló que cuando el consumo de bebidas alcohólicas quedó al descubierto, la discriminación que enfrentaron, más el desconocimiento sobre la dependencia física, operaron en argumentos para que la familia y/o la pareja, en la idea por mantener el “deber ser de las mujeres” continuaran coaccionando las actitudes y conductas mostradas durante la intoxicación alcohólica, más grave aún se fue justificando y con ello normalizando su regulación, el prejuicio, el estigma, así como la violencia contra ellas. Este hecho fue narrado por una de las mujeres:

Todos se dieron cuenta de toda esta situación de los golpes, de la vida que yo tuve, bueno de cómo consumía y entonces este...pues hasta ellos me decían ¡ya no tomes mamá, ya no tomes! y pues yo realmente como ya estaba, pues ellos no sabían que era una enfermedad que...pues ellos decían que era pues...un vicio de que me gustaba el alcohol y ellos siempre me mencionaban también que ya no tomara e inclusive el más grande, ya también lo que hacía su papá de encerrarme en el cuarto, él también, también lo hacía pero él también con tal de ya no...verme tomada o que ya no estuviera yo tomando. M9-EDOMEX

El siguiente relato confirma que el desconocimiento de la sintomatología derivada del consumo de alcohol, más grave aún el precepto de someter el comportamiento de las mujeres justifica su invisibilización. La respuesta de estas figuras socialmente legitimadas para ejercer la autoridad y poder generalmente del varón sobre la mujer expresó una vez más los límites para reconocer los daños asociados:

En cuestión de la mujer es un poco difícil, porque la familia este la mayoría de las veces trata de esconder por decir como a la alcohólica ¿no?, a veces por decir como que el marido antes de llegar como a platicar con la, con la mujer este pues...es como el que se pone en frente y decir “pues sí...sí bebe pero no tanto”, aunque a lo mejor por decir, quien haya pedido la ayuda para esa mujer haya sido su mamá, entonces siempre nos encontramos con eso que, que las mujeres, como que el alcoholismo en la mujer es muy escondido. M5-CDMX

5.2.3. “Yo me quería morir” vs “sigo siendo un ser humano”. Los daños y cuestionamientos de las mujeres madres en casa que consumen alcohol

Los estudios sobre los daños asociados al consumo de alcohol evidencian afectaciones particulares hacia las mujeres. Estas no solo llegan a ser de tipo físicas o sociales, como se ha demostrado, también se clasifican como enfermedades de tipo mental. Las repercusiones más graves, como es el intento suicida, subyacen en los siguientes relatos:

Tomé...pues medicamento, mi abuela tenía hipertensión, bueno tenía muchas cosas ¿no?, muchas...como enfermedades ¿no?, entonces tenía una cajita de...donde juntaba todo su medicamento, entonces en esa ocasión yo ya había planeado esa situación, ese día fui por decir con algunos amigos a tomar ¿no? y regresé a mi casa como, como en un estado por decir como muy...melancólico como algo así y yo dije ¡no, ya este es el momento, ya no quiero estar aquí! ¿no? y entonces fui... a...por todo el medicamento que tenía mi abuela ¿no? y lo subí a mi cuarto, entonces lo empecé este...a vaciar todo, todo y me los empecé a tomar, entonces este...la que se dio cuenta fue mi mamá que había por decir hecho eso...y fue otra vez por decir este...otra llegada como al hospital. M5-CDMX

Si bien los trastornos mentales históricamente han sido nombrados desde la perspectiva médica y psiquiátrica (Ordorika, 2005; García y Guzmán, 2019) los relatos compartidos por las mujeres denotan que, estas expresiones no estuvieron relacionadas con un desequilibrio mental, biológico e individual, sino que son producto de la carga social y relacional desigual a la que han estado subordinadas no solo por su consumo de bebidas alcohólicas y la falta de control sobre éste, sino por los comportamientos que se piensa trasgredieron sus mandatos de género.

La culpa, la tristeza, la dependencia afectiva, su estigmatización, el temor, el rechazo y el abandono familiar, emociones y experiencias configuradas en su opresión ofrecieron componentes suficientemente fuertes en las mujeres para tomar decisiones como culminar con su vida. Desafortunadamente estas determinaciones las fueron definiendo como locas, este concepto históricamente empleado por la medicina y la psiquiatría (García y Guzmán, 2019) fue utilizado para controlar, menospreciar y denigrar a las mujeres por no haber cumplido los mandatos tradicionales como el cuidado de los hijos/as o de la pareja, logrando eximir a este último de su responsabilidad para brindar la ayuda porque se piensa que son las mujeres las encargadas de proteger su salud y la de las/los demás (Garduño, Salinas y González, 2015). Así lo compartió una de las entrevistadas.

Cuando me deja esta persona con la que yo vivía este....tomé mucho medicamento con alcohol, entonces intenté cortarme las, las venas en ese tiempo tenía el número de mi hija, le hablé por teléfono a mi hija y le dije que me perdonara por todo el daño que le había hecho (...) quería pagar la culpa por haberlos abandonando con el suicidio, yo pensaba que con el suicidio podía ser perdonada por ellos...entonces le hable a mi hija y le dije "perdóname, te quiero mucho, estoy arrepentida"...Recuerdo que me tomé mucho medicamento con alcohol, con tequila y este... me dopé, me caía, me hice moratones en el rostro, me corte la venas este...yo quedo ensangrentada en los sillones, el chiste es que cuando llega esta persona, toca y yo no le puedo abrir porque yo cerré por dentro...y yo me acuerdo que arrastrándome este...fue como pude abrir la puerta, y él me dijo este... ¡qué vergüenza, me das asco, solamente una loca este...puede hacer lo que tú estás haciendo, cómo es que tú has llegado hasta esto!. Dormí por dos, dos días estuve tomando y estuve yo sola, porque esta persona pues ya no regresó, ya no regresó. M7-EDOMEX

Este hecho develó las graves sanciones sociales que las mujeres han recibido. Las vivencias sobre la violencia ejercida contra ellas, previo o durante el consumo de alcohol, los comportamientos considerados como "antifemeninos" razón por la cual se les discriminó, la violencia que ellas también reprodujeron con sus hijos/as, conductas calificadas como desnaturalizadas en las mujeres madres, contrario a lo que se evaluó en la violencia ejercida por los varones hacia sus hijos/as, fueron determinando el conjunto de sus malestares (Becker, 1978; Burín, 2010, 2012; Basaglia, 1987; Meler 2012; Lagarde, 2020).

El reconocimiento de todas estas diferenciaciones de género reproducidas en la enfermedad del alcoholismo para las mujeres también ha sido cuestionado por ellas mismas. García y Guzmán (2019) señala que las enfermedades que se piensa son propias de las mujeres, como es el caso de la locura, son la expresión de su sujeción, pero también son una vía de protesta contra su condición, Lagarde (2020) llama a esta protesta como recurso político de las mujeres. En el siguiente relato una de las entrevistadas referenció un acontecimiento histórico para explicar la forma en que ha reconocido las desigualdades entre los hombres y las mujeres que consumen alcohol, denunciando así su constante estigmatización y su

subordinación mediante la ejecución del castigo y la represión. Es así como lo expresó:

A nosotras, a mí como mujer somos más señaladas que los hombres, porque un hombre puede dejar a los hijos, pero una mujer no, es más...señalada, más condenada...yo creo que si estuviera la inquisición nos mandan o me mandan a la hoguera o...a las que las apedreaban por adulterio igual ¿no?, son más mal vistas, más señaladas...este...a veces lo que se necesita es...un poco de más ayuda, más información a lo mejor dar...más información. M7-EDOMEX

Otra de las participantes, también mostró su desacuerdo ante la forma en que son socialmente valoradas, su protesta se centra en haber reconocido la enfermedad sin renunciar a su condición humana. El posicionamiento de esta mujer definió su agencia política para apropiarse de su vida y oponerse al ocultamiento de este problema de salud porque se ha pensado debe ser privado como ha ocurrido con la violencia doméstica:

Yo sigo siendo un ser humano nada más que tengo por decir una condición de alcoholismo ¿no? entonces...esta condición es algo que yo he aprendido como a tratar día con día, así como...puedo desarrollarme por decir como...en mi familia ¿no? este... como, como mujer. M5-EDOMEX

5.2.4. Consideraciones finales de la trayectoria salud-enfermedad

Con el propósito de ampliar la comprensión sobre esta trayectoria integré una segunda arista de análisis para trazar puntos de discrepancia entre las perspectivas biomédica y la perspectiva social en salud, bajo la óptica de género. Al respecto, Videla (2015) señala que las perspectivas científicas son ángulos particulares desde los cuales el investigador/a mira, analiza y comprende determinado hecho o fenómeno, cuando se discute el objeto estudiado desde diversos abordajes mayor

conocimiento habrá sobre él. Bajo este supuesto, delimité la trayectoria salud-enfermedad, es decir, si bien consideré la noción biológica que integra este recorrido también lo reconocí en su dimensión social, cultural e histórica.

Para sostener este argumento me apoyé en el abordaje propuesto por Samaja (2004). El autor ha señalado que, si bien existe un orden biológico relacionado con los estados de salud, es el orden cultural el que lo constituye como proceso. Este orden cultural además de determinar condiciones de vida que inciden en situaciones concretas de la salud-enfermedad, también erige en las colectividades sus normas de salud. En este sentido, y en palabras del autor, toda ciencia abocada al estudio de la salud pretende explicar “lo que la vida humana es a la luz de lo que debería de ser” (p.54) esta definición implica su comprensión desde *el orden del ser*, evaluando las cosas, las causas y sus relaciones, frente al *orden del deber ser*, esto es las representaciones y sus significados. De modo que, ningún hecho nombrado como salud o enfermedad escapa de su valoración histórica sociocultural.

Desde este camino teórico es como fui desplegando el análisis de la alcoholización vivida por las mujeres de la investigación. A partir del enfoque biomédico reconocí en los relatos de las participantes las descripciones sobre las afecciones físicas asociadas al consumo de alcohol, su progresión y la incapacidad para dejar de beber, es decir identifiqué algunos criterios del abuso o dependencia a las bebidas alcohólicas. Esta acción a la cual Foucault (1966) ha señalado como clínica o médica, hace referencia al procedimiento científico objetivo a seguir para identificar signos y síntomas para descartar o comprobar la existencia de la patología. Los resultados de dicha valoración también permiten localizar (objetivar) la enfermedad en el cuerpo humano. Por otra parte, y desde la perspectiva social y de género, fui destacando los significados que las mujeres daban a la sintomatología, también subrayé las valoraciones dadas, de acuerdo con sus condiciones y relaciones sociales mediadas por su condición de género, esto es el *orden del deber ser* (Samaja, 2005; Videla, 2015).

El despliegue de los hallazgos desde diferentes perspectivas propició el trazo de las diferencias entre la perspectiva biomédica positivista y la experiencia de la alcoholización de las mujeres. Una de estas discrepancias fue considerar que la enfermedad solo se expresa bajo determinada sintomatología, por tener mayor tiempo –años– de exposición al consumo o por la cantidad y frecuencia con la que se ingiere alcohol, cumplir con la regla o norma de la enfermedad como lo expresó una de las mujeres. En este entendido, fue posible evidenciar que, al considerar la enfermedad como un estado inamovible, los malestares o daños experimentados por las mujeres se comenzaron a desestimar. El siguiente relato así lo mostró:

Yo era una persona por decir, más joven que había...cometido o había estado por decir ya internada, ¿no? o sea la pérdida por decir como de la memoria, entonces eso sí me confundía ¿no? yo decía por decir este, yo pensé que, que el alcoholismo...se desarrollaba ¿no? o si una persona bebía en grandes cantidades o lo había hecho durante mucho...tiempo ¿no?, como que a esa edad de los cuarenta, los cincuenta pues iba a perder todo y que todo iba a ser una, una regla para todos, (...) entonces o sea empiezo a entender y a, a aprender que esta enfermedad se manifiesta, por decir, en los seres humanos a diferentes edades ¿no?, pero que...pues es igualmente malo que se dé por decir en la juventud, que se dé por decir como en una etapa adulta. M5-EDOMEX

Además, la hegemonización de la perspectiva biomédica para el diagnóstico de la enfermedad se confronta con la manera en que las mujeres identifican, significan y expresan la gravedad de su padecimiento. Como se evidenció en los relatos anteriores, las motivaciones para ingerir alcohol o vivir el malestar ocasionado por el consumo tiene interpretaciones diferentes; ya sea porque se ha naturalizado el malestar bajo la idea de la cultura del sufrimiento para la mujer (Valls-Llobet, 2009) y/o porque la demanda social sumada a la discriminación les ha impuesto el ocultamiento de su consumo (*orden del deber ser*), o porque se considera el consumo de alcohol, la violencia vinculada y los daños como asunto privado de las mujeres y/o porque los daños asociados no son vistos como un problema de salud.

Concretamente, una de las discrepancias entre la perspectiva biomédica y la experiencia de las mujeres se identificó en la idea de que la manifestación de los daños o la gravedad de estos están relacionados con los años de consumo. El relato de la siguiente mujer con código M6-CDMX refirió haber ingerido alcohol durante diez años en su etapa de juventud (figura 5), mientras en las otras cinco mujeres la carrera alcohólica se prolongó inclusive durante más tiempo (ver tabla 6). En este sentido, los años de consumo, también evaluado desde la perspectiva biomédica, se definió, como un criterio para señalar quién tenía la enfermedad y quién no. Así se expresó:

Entrevistada: Yo no sabía que esto es una enfermedad (...) Mi alcoholismo no duro mucho tiempo, no fue muchos años, por eso a veces mis compañeras me dicen ¡tú nada más te subiste a la rueda de la fortuna y ya dices que eres alcohólica! M6-CDMX

Investigadora: ¿Cuántos años, estuvo...? bueno por ejemplo si lo pusiéramos en número de años que usted estuvo bebiendo ¿cuántos fueron?

Entrevistada: ¡vamos así, así, así...10 años! M6-CDMX

Los años vividos bajo el padecimiento y la censura de los daños en las mujeres tampoco es cosa menor, no solo porque ellas quedan en situaciones de mayor vulnerabilidad (Butler, 2009) sino porque también advierte la condición de las mujeres en el descrédito de su experiencia y subjetividad, particularmente frente a la visión biomédica que deduce la enfermedad a partir de las valoraciones objetivas de sus síntomas (Capra, 1992).

Simmel (1941) en su ensayo sobre cultura femenina menciona: “estamos acostumbrados a identificar la objetividad con la masculinidad” (p.11). En su afirmación el autor dilucidó que históricamente se ha pensado que son los hombres quienes, mediante su energía, intelectualidad y objetividad tuvieron mayor contribución al desarrollo científico, tecnológico, artístico, industrial y económico. En

cambio, las mujeres han tenido menores aportaciones, porque se cree que su desempeño se basa en su aparente cualidad intuitiva, su debilidad, inferioridad intelectual y subjetividad. Por lo tanto, la separación desigual entre objetividad entendida como lo equivalente a la masculinidad y subjetividad como equivalente a lo femenino ha logrado demeritar las contribuciones artísticas, científicas o tecnológicas (materiales) de las mujeres.

Si bien Simmel (1941) expone esta representación entre lo objetivo como superior a la subjetivo, el autor reconoce que las condiciones sociales e históricas han limitado las oportunidades de las mujeres. Ahora bien, al centrarme en el planteamiento de la objetividad como superior a la subjetividad, es como también asumo se constituye un desacuerdo adicional entre la visión biomédica que se reproduce en su discurso androcéntrico de la enfermedad frente a la experiencia subjetiva de alcoholización de las mujeres, es decir, configura un desencuentro traducido en el descrédito de la alcoholización de las mujeres, porque los daños han sido expresados desde lo sentimental o emocional, desde su subjetividad (Basaglia, 1987; García y Guzmán, 2019). Este hecho reprodujo la relación de subordinación de las mujeres, desconoció los padecimientos de su alcoholización; ya que aún se piensa en una enfermedad de hombres e incidió en la prolongación de la carrera alcohólica. Así lo mostró el siguiente relato:

Es una enfermedad y que pues yo tuve que vivirla de esa manera y fue donde para mí donde hubo remordimiento, hubo arrepentimientos, llevé años para poderlo superar, en llorar, tarde años, (...). Dicen que tenemos que tocar un fondo para poder aceptarse como alcohólica, o sea un fondo de sufrimiento, pero yo tuve mi fondo de sufrimiento, haber vivido por decir las crudas, el después de recordar y sufrir de lo de mis hijos, entonces para mí fue suficiente. M6-CDMX

Las divergencias entre las perspectivas teóricas señaladas a lo largo del subapartado destacan la forma en que la dimensión sociocultural incide en la valoración y visibilización de la alcoholización de las mujeres. Los resultados en la trayectoria salud-enfermedad permiten advertir la necesidad de que las

perspectivas teóricas confluyan en la identificación de los daños experimentados por ellas.

Esta evidencia resalta el desencuentro entre la perspectiva biomédica, al privilegiar la comprobación objetiva de la enfermedad, mientras la autoatención se apoya en la dimensión subjetiva, es decir, en el reconocimiento de las experiencias de sufrimiento del consumo de alcohol, razón por la cual no se requiere de la valoración médica, esto se lee también en la tercera tradición del programa de Alcohólicos Anónimos, el único requisito para ser miembro de “AA” es querer dejar de beber, “nuestra comunidad debe incluir a todos los que sufren del alcoholismo, por eso no podemos rechazar a nadie que quiera recuperarse” (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008, pp. 190-192).

El reconocimiento de los padecimientos a partir de la tercera tradición permitió a una de mis participantes legitimar su permanencia en el programa para su recuperación, el siguiente relato así lo constató:

Nosotros hablamos aquí de la tercera tradición: el único requisito es dejar de beber y yo ya traía ese requisito, de haber querido dejar de beber y así fue para mí. M6-CDMX

No obstante, y de acuerdo con los relatos de las participantes del estudio, esta condición no siempre es igual entre los hombres y las mujeres que admiten vivir los daños por el consumo de alcohol, pues algunas de ellas se han confrontado con diferentes tensiones por el descrédito de su enfermedad, incluso dentro de los grupos de “AA”. El relato de la siguiente mujer entrevistada durante la etapa de inmersión-exploración también corroboró este hecho. Así fue como lo señaló:

No somos...vistas como enfermas alcohólicas y que también tenemos ese derecho de, de, de pensar y decir lo que, lo que sentimos (...) porque es difícil que una mujer este...acepte o admita, que tiene problemas con su forma de beber, porque desafortunadamente aunque...ya hay mucha información sobre el alcoholismo y dicen que... ¡no que ya estamos en un mundo de

iguales, y que ya hay igualdad; y todo esto, existe mucha...eh...¿cómo se puede decir?, eh...mucho sexismo ¿no?, como que todavía...¡pues sí, si eres mujer, pero ...!, como que...¡pues tu deberías estar en tu casa, lavando los trastes, atendiendo a tus hijos! M4-EDOMEX

A manera de cierre, el enfoque de Samaja (2005) hizo posible destacar las experiencias de las participantes que explican cómo han vivido su padecimiento en tanto su condición sociocultural (Scott, 2001), permitiendo conocer la forma en que su entorno relacional y contextual valora, admite y juzga su función, así como su identidad como mujeres madres consumidoras de alcohol. Por su parte, García y Guzmán (2019) señalan que es en la cultura patriarcal donde se definen modos específicos de enfermar para el género femenino, el consumo de alcohol y, por supuesto, las violencias contra las mujeres forman parte de sus padecimientos. Los criterios clínicos, por su parte, al basar sus explicaciones desde la noción biológica, individual y neutral ponderan a través de sus criterios la validación de la norma de la enfermedad, en tanto eluden la dimensión social, invisibilizando los daños experimentados por ellas. Concretamente, se demostró que las condiciones sociales y culturales marcadas desde la desigualdad para las mujeres definieron el proceso de alcoholización, es decir su trayectoria salud-enfermedad. Asimismo, indicaron la importancia de discutir las diferentes miradas teóricas para tener una mejor comprensión sobre el consumo de alcohol de las mujeres madres en casa.

5.3. Trayectoria sexual-reproductiva

La sexualidad es una construcción social regida por las pautas de cada contexto socio cultural. Su expresión se basa en el cumplimiento de los mandatos de género, las relaciones genéricas, intercambios sociales e institucionales. De acuerdo con Stern (2007) los estereotipos de género determinan en las personas el inicio de sus relaciones sexuales, el uso de los métodos de anticoncepción, el embarazo, entre otros acontecimientos relacionados con la vida sexual y reproductiva.

Las experiencias sobre el consumo de alcohol en las mujeres de este estudio estuvieron vinculadas con eventos significativos en su trayectoria sexual y reproductiva S-R (figuras 4 a la 9). Los acontecimientos vividos fueron el consumo de bebidas con alcohol y el inicio de su vida sexual, la etapa de embarazo y la lactancia, todos estos procesos los enmarco como un hecho social, organizado y reorganizado junto con los cambios histórico-culturales (Calafell, 2018).

Con la información obtenida se identificó que las mujeres entrevistadas que asisten al grupo femenino de “AA” se reconocieron como heterosexuales, cinco de ellas dijeron haber tenido su primera relación sexual, primer embarazo y vida en pareja antes de los 20 años, a excepción de una mujer quien tuvo su primer embarazo a la edad de 25. De las seis mujeres, cuatro estuvieron embarazadas en la etapa de adolescencia convirtiéndose en madres a temprana edad, tres de ellas dijeron beber incluso antes de vivir este acontecimiento (ver tabla 7). Los últimos datos fueron los más significativos en la trayectoria SR de estas mujeres, particularmente porque se reflejaron varios de los determinantes del embarazo adolescente²⁷ (EA), de acuerdo con la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (2021), estos son: baja escolaridad; inicio temprano de la vida sexual sin protección; bajo uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual; matrimonio infantil; falta de un proyecto de vida.

²⁷ En México se toma como embarazo adolescente (EA) cuando este evento ocurre entre 12 a 18 años (Loredo-Abdalá et al., 2017).

Tabla 7. Escolaridad, número de hijos/as y edad promedio en la que se convirtieron en madres las mujeres entrevistadas en la etapa de inmersión-profundización

código	escolaridad	número de hijos/as	edad al momento de tener el primer hijo/a	edad de inicio del consumo de alcohol
M5-CDMX	superior	2	17	14
M6-CDMX	sexto de primaria	5	18	22
M7-EDOMEX	tercero de secundaria	3	16	26
M8-CDMX	secundaria	4	25	39
M9-EDOMEX	secundaria	6	18	15
M10-CDMX	carrera técnica	3	20	18
\bar{x} =	--	4	19	22.3

Fuente: elaboración propia

La importancia de analizar el EA como evento interconectado en la trayectoria SR de las mujeres madres en casa que consumen alcohol, ha sido porque al ocurrir este evento en la vida de una mujer, se incrementa el riesgo para enfermar física y emocionalmente, se suelen limitar las oportunidades y derechos para acceder o permanecer en la educación formal, se obstaculiza el acceso al trabajo remunerado y la obtención de un salario digno para cubrir necesidades básicas, manteniendo la condición de pobreza, de dependencia económica y vulnerabilidad social (Loredó-Abdalá et al., 2017; Venegas y Nayta, 2019). Además de estas condiciones se acumularon, en el caso de mis interlocutoras, las desigualdades de género, el contexto de precariedad, hostilidad, la violencia y las carencias afectivas dentro del seno familiar.

Para brindar un panorama sobre el consumo de alcohol en mujeres en edades tempranas, las prácticas sexuales de riesgo y el EA, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT 2018 (Secretaría General del Consejo Nacional de Población, 2021) señala que el 24.1% de las personas de 15 a 19 años tuvieron

relaciones sexuales, consumieron alcohol y no usaron ningún método anticonceptivo, 18.2% fueron hombres y 27.0% mujeres. Si bien el EA en mis interlocutoras ocurrió en años distintos a los datos reportados por la ENSANUT 2018, en el análisis de la trayectoria SR propuse dar voz a este acontecimiento vivido por las mujeres entrevistadas que asisten al grupo femenino de "AA", más importante aún develar las respuestas dadas por parte de sus familiares y las instituciones de salud.

Debido a todo lo anterior expongo las experiencias relatadas por dos de las mujeres, quienes desde muy jóvenes compartían su vida social con amistades en eventos donde se facilitaba el consumo de bebidas alcohólicas. Bajo el influjo de esta sustancia tuvieron sus primeras relaciones sexuales con parejas varones, de esta forma cumplieron, como lo señala Perdomo (2018), con la pauta cultural que mandata sean los hombres quienes guían la primera relación sexual de las mujeres. Además, la falta de orientación por parte de la familia o tutores, la escasa información sobre el uso de métodos anticonceptivos por parte de ellas como de su pareja sexual y el consumo de bebidas alcohólicas se tradujo en el descubrimiento inesperado y no planeado de su primer embarazo, iniciando de esta forma el proceso reproductivo. Dichas experiencias así se relataron:

No me figuraba ni tener hijos, ni casarme, entonces este...el papá por decir de mi hija, pues los dos tomábamos, antes de que, de que nos casáramos, éramos como esos amigos de farra ¿no?, con los que te podías por decir ir a la disco, ir, regresar ¿no?, entonces este...en una de esas ocasiones empezamos a tener relaciones él y yo, sin protección, entonces este...pues fue pasando el tiempo ¿no? y cuando por decir ya no me baja por decir como la regla, pues entonces es cuando yo me doy cuenta de que estoy embarazada. M5-CDMX

La desprotección de las mujeres desde su niñez y en el seno familiar determinaron su vulnerabilidad en las siguientes etapas de su vida. El EA, la violencia, el consumo de alcohol sumado a otras desventajas sociales se convirtieron en situaciones

capaces de incidir en sus proyectos. El relato de la siguiente participante lo permite evidenciar:

Pues como yo no tenía mucha atención en casa pues me salía con los amigos a las fiestas, ya ve que había fiestas callejeras y yo me iba siempre a las fiestas ahí y pues entre la bebida y en el alcohol pues este...pues a veces uno comete cosas que uno no debe cometer uno y así fue como salí yo embarazada. M9-EDOMEX

Las experiencias compartidas por las interlocutoras permitieron identificar que, desde su percepción, el embarazo fue solo su responsabilidad, y si bien en algún momento tuvieron la expectativa de estar acompañadas por una pareja, siguiendo los parámetros de una relación matrimonial (Beauvoir, 1949; Stern, 2007) la experiencia de la maternidad terminó siendo una etapa que tuvieron que enfrentar en solitario. Por supuesto, la idea del placer y la recreación en la práctica de su sexualidad quedó supeditada al proyecto-imposición como futuras madres.

En este orden de ideas, los siguientes relatos demostraron cómo el embarazo en la etapa adolescente lejos de verse como algo enriquecedor en sus vidas les representó a las mujeres una inevitable carga emocional, forzándolas a vivir la aceptación entre las contradicciones emocionales y los mandatos socioculturales. Así lo fueron expresando:

[El embarazo] era algo que no estaba por decir en mis planes y entonces también eso fue un shock emocional muy fuerte ¿no? porque...de repente por decir verme como mamá era algo que no figuraba por decir en mi mente M5-CDMX

Otra mujer así lo relató:

Pues la verdad este...pues por lo mismo de que yo andaba pues...en el cotorreo, en las fiestas y todo y tuve pues un noviecillo a esa edad, bueno ya llevábamos como un año y este...y pues en el cotorreo yo salí embarazada, lo cual yo no quería este... pues salí y pues lo tuve que, que tener... ...al principio pues este...su papá de ella [de la hija de la mujer entrevistada] pues se hizo responsable durante...un año entre comillas y ya después este...pues él siguió su cotorreo y se fue. M9-EDOMEX

Al ubicar el año en que ocurrió el embarazo para cada una de mis interlocutoras se identificó que, en el caso de la mujer M9-EDOMEX, ocurrió en 1988 cuando ella tenía 18 años (figura 8) y en el caso de la mujer M5-CDMX en el 2001, al tener 17 años (figura 4). Al referir estos datos se reflexiona desde las experiencias narradas que no hubo la posibilidad de decidir si querían ser o no madres, desde luego la interrupción del embarazo no fue apreciada como una opción, al menos desde lo compartido en la entrevista. Las decisiones de mis interlocutoras no estuvieron ajenas a las convenciones sociales de ese contexto capaces de imponerles la maternidad, el cambio sociohistórico en torno a los derechos y libertades en las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y vida reproductiva, se concretó en el año 2007 en el Distrito Federal, ahora Ciudad de México, mediante la aprobación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) donde el sector salud es la figura obligada a garantizar este derecho (Garduño, Salinas y González, 2015).

En esta secuencia y al redirigirme a los relatos de las mujeres sobre la experiencia del embarazo, mis interlocutoras no tardaron en percibir los cambios físicos y hormonales en el cuerpo, sin embargo, los sentimientos y expectativas frente a este proceso, de fuertes matices para ellas, las llevaron a lidiar con las expectativas culturales que les demandaron vivir el acontecimiento como si se hubiera tratado de una glorificación para su identidad. Es como paralelamente estuvieron entre la incertidumbre, la angustia y el enojo causado por la percepción de quedar atrapadas en un proceso biológico y obligado para ellas, no solo porque su adolescencia es asociada —incluso desde el discurso médico— a la idea de ser la etapa potencial reproductiva de la mujer (Miller,1982), sino porque la demanda social les obliga a

asumir este evento como parte de su función, además —y como se apuntó— su medio social no brindó otra opción más que el de la maternidad y la vida en matrimonio. En resumen, las normas sociofamiliares, el panorama dibujado en las carencias, el matrimonio adolescente o el abandono de la pareja también se convirtieron en una fuente de presión y opresión difícil de abatir. Desde luego, sus parejas hombres quedaron socialmente liberados de estas cargas. Así fue como lo expresó una de las mujeres:

Cuando empecé por decir como...como a tener por decir como el estómago más grande y todo eso ¿no?, pues yo no me imaginaba o sea cómo iba a ser ...yo sabía que se me venía algo muy difícil... (...) Me enojaba mucho estar embarazada, me enojaba mucho por decir este...el yo tenerme que quedar y ver por decir que él se iba y si, o sea, este si llegue hasta un cierto grado como a sufrirlo, como sufrir o sea el hecho de ver con otras personas y yo saber que tenía una razón muy importante para no estar y en verdad fue así como un gran esfuerzo o sea...el que hice todo ese tiempo [dejar de beber alcohol] M5-CDMX

Otra circunstancia de enorme presión para las mujeres durante esta etapa fue el requerimiento de mantener la abstinencia del consumo de bebidas alcohólicas, si bien este esfuerzo fue alcanzado por parte de una de las mujeres, para el caso de otra de las participantes este propósito fue imposible de cumplir, pese a sus constantes intentos; por el contrario, el consumo de alcohol se prolongó e incrementó en los posteriores embarazos. Así lo relato una de ellas:

Yo estaba embarazada e inclusive pues...me caí varias veces por lo mismo del alcohol...ahí si lo dejé de beber, luego sigue el otro embarazo de la ya de 20 años y también por igual, o sea yo de ahí yo empiezo esto...a lo mejor unas dos, tres veces a la semana, pero ya después de ese embarazo de, del...tercer...si del tercer, del cuarto embarazo ya empiezo yo a beber diario, diario, diario. M9-EDOMEX

Bajo esta afectación a su salud que implicó el consumo incontrolable de bebidas alcohólicas, se añadió el discurso de los familiares para culpabilizarlas, responsabilizándolas de los daños ocasionados a sus hijos/as. También la familia se vio limitada para poder proporcionar la ayuda. Así lo dejó ver el siguiente testimonio:

Luego si me decían [los familiares] que dejara de beber, qué por qué bebía, que este...que, pues me hacía daño y que cuando estaba yo embarazada pues que a la criatura también y, y ... pues sí, si me llamaban la atención.
M9-EDOMEX

De forma más preocupante fue reconocer que durante la atención prenatal el personal de salud mostró nula respuesta institucional, tampoco se le ofreció alguna referencia médica, es como si ella hubiera pasado inexistente al no reconocerles ninguna necesidad en salud. La falta de capacitación para la identificación del consumo de bebidas alcohólicas durante esta fase, incluso en la lactancia, el ocultamiento de este problema de salud provocado por su triple estigmatización (Diez et al., 2020) al ser mujer madre consumidora de alcohol, más las carencias de infraestructura para la atención obstétrica y especializada en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas limitaron las acciones por parte del personal médico para asegurar la ayuda oportuna y el cuidado tanto de esta mujer como la de sus hijos/as. Dicho maltrato por parte del sector salud y personal sanitario, persistió al menos hasta el año 2006 (figura 8) cuando la mujer entrevistada tuvo su último embarazo. Este hecho se evidenció en el siguiente relato:

Desde que salgo embarazada del segundo este...hijo, sí me atendía en el centro de salud y este...y ahí en el de la Mujer (...) en la mujer de Inguarán...[Hospital Materno Infantil Inguarán en la CDMX] ahí este me atendían, y yo de todos mis hijos me empecé a atender, menos del, del último y ahí pues...pues me tenía que aguantar, cuando iba yo a visita pues me aguantaba porque no bebía y realmente pues los doctores pues nunca se daban cuenta que yo iba ebria pero...nunca me dijeron respecto al ¡no ya no beba! M9-EDOMEX

Otra de las circunstancias que enfrentó mi interlocutora es haber reafirmado desde la institución sanitaria su culpabilización por los daños causados a su criatura. El siguiente relato también evidenció la atención tardía y la desinformación, además develó la forma en que el personal médico se distanció de su quehacer profesional para atender las necesidades en salud de esta mujer.

En el último embarazo pues sí me espantaron porque me decían que tenía como hidrocefalia, en el último embarazo a lo mejor por eso me detuve en no beber...me decían que venía mal, cuando naciera que lo iban a operar de su cabecita, así muchas cosas (...). Dentro del hospital [en el Hospital de Peritanología] me dijeron que este...que mi bebé venía mal por causa del, del alcohol porque yo a veces pues tomaba el alcohol y a veces no tenía para tomar alcohol y tomaba agua y así y que esas complicaciones se, se le iban pues al bebé... por eso, es por lo que el bebé iba a nacer con hidrocefalia, me decían. M9-EDOMEX

A partir de los relatos anteriores es posible develar cómo se va reproduciendo el acuerdo social para mandar en las mujeres entrevistadas la responsabilidad de asegurar el adecuado estado de salud hacia sus hijos/as, y demuestra la inequidad para acceder a las más mínima orientación médica o apoyo de algún otro familiar cercano. La ideología de ser ellas quienes están dotadas de forma biológica y hormonal para procrear, parir, amamantar y cuidar (Bart, 1982) profundizan las desventajas para atender sus problemas de salud, por lo contrario, naturaliza la responsabilidad de la crianza y de lo que le pase a los/las hijos solo en ella. Esta concepción minimiza la participación de la pareja, y más grave aún desdibuja el contexto de desventaja y precariedad social en el que han vivido las mujeres de este estudio, culpándolas en todo momento a ellas por no protegerlos, invisibilizando por otra parte la falta de protección a su salud, pues los relatos demostraron que la atención médico-sanitaria fue limitada y tardía.

Además de todo lo anterior, no cumplir con los estereotipos tradicionales de género como el de la maternidad, oprime severamente a las mujeres, debido a ello se ven juzgadas como desnaturalizadas o malas madres. Y qué decir del periodo de lactancia, culturalmente las mujeres viven bajo presiones sociales para cumplir con el trabajo de alimentar y proveer de defensas al sistema inmunológico de su hijo/a recién nacido, derivando en constantes cuestionamientos y descrédito para quienes no cumplen con su función natural (Gutiérrez, 2021).

Ahora bien, de acuerdo con Lazarre (2018), Calafell (2018) y Gutiérrez (2021) el periodo de lactancia implica en las mujeres que viven estos procesos enfrentar nuevos cambios en su cuerpo, así como la reorganización de su tiempo. En las mujeres que ingieren alcohol y que fueron entrevistadas en la segunda etapa del estudio, esta demanda nuevamente las colocó en el dilema de continuar bebiendo (ser malas madres) o amamantar (ser buenas madres). Ante esta exigencia social una de las participantes del estudio dijo haber tratado de regular nuevamente su comportamiento y su identidad como mujer madre esposa y ahora madre, desafortunadamente este intento solo la llevó a ocultar su consumo de alcohol agravando su condición de salud.

De esta manera es como las dificultades se fueron agregando, pues mi interlocutora tuvo que lidiar con la falta de control sobre el alcohol, continuar el proyecto de la maternidad y la crianza debiendo olvidar el espacio de fiesta y aparente disfrute para limitarse a un espacio confinado, solitario, lleno de culpas y ansiedad. Esta idea refuerza el mandato sobre que las mujeres madres amamantan solo en el espacio doméstico. Así fue como mi interlocutora lo relató:

Cuando yo vuelvo a beber, decido ya dejarla de lactar...porque pues pensaba no que, si yo tomaba y le daba de, de pecho ¿no? pues algo se le iba a poder transmitir ¿no? entonces este pues...hubo una época en donde empiezo a sentir esa necesidad de querer controlar el alcohol ¿no? dejar de consumir, sino que en mi vida ya había algo por decir como importante, que tenía que cuidar, entonces viene esa necesidad...(.) Entonces cuando llega ella o sea empiezo por decir como el tratar de querer controlarlo, fue todo un desastre ¿no?, porque ya no era por decir como la chica ¿no? que se iba a una fiesta

y se emborrachaba, ahora era como la, la mamá y era por decir como la esposa y entonces o sea en las fiestas pues ya era muy distinto ¿no? entonces pues yo trababa de tomar como una o dos, pero yo empezaba a sentir mucha ansiedad ¿no? y entonces esa ansiedad como que yo la empiezo a desahogar no esté...bebiendo pero ya en la casa...a solas, ya asegurándome por decir, que, que mi hija estuviera por decir cómo, como segura, como...que ya termine el día y ya...y ya este...y empiezo a tomar más” M5-CDMX

A manera de cierre, las experiencias sobre la trayectoria SR de las mujeres hicieron posible considerar que el inicio de sus relaciones sexuales estuvo enmarcado en ideologías socioculturales encomendadas a reproducir los binomios como el de la sexualidad es igual a maternidad y maternidad es equivalente a ser mujer. Estos patrones culturales están tan introyectados que ni siquiera se cuestionan, a pesar de no haber protección familiar, ni institucional, además está la expectativa de una relación romántica.

De acuerdo con Stern (2007) el embarazo adolescente en contextos menos favorecidos suele ser visto como un camino para obtener prestigio social y respetabilidad, sin embargo, esta expectativa en las participantes del estudio estuvo alejada de la realidad que tuvieron que enfrentar. Otros autores (Natera, Mora y Tiburcio, 1997; Mora-Ríos y Natera-Rey, 1998; Garduño, Salinas y González, 2015) también han señalado que la maternidad se piensa otorga un estatus social, quizá este acontecimiento llegó a ser visto por las mujeres del estudio como un proceso que daría la oportunidad de borrar las desventajas sociales y de género en las que han vivido, sin embargo y como se evidenció en los relatos estas desventajas solo se profundizaron.

En el caso de la mujer adolescente que consumió alcohol durante el embarazo, este evento, sin embargo, se caracterizó por la frustración, la culpa y el rechazo. Por supuesto, la pareja hombre no quedó bajo este escrutinio social, pues la cultura patriarcal predominante en nuestras formas de organización social condona las acciones y los daños en los cuales se involucran los varones (Lagarde, 2021). Como se pudo apreciar en los relatos, a los varones se les permitió conservar su autonomía, el honor, así como la dignidad evitándoles la culpa, la vergüenza y

responsabilidad de sus acciones, a pesar de su consumo de alcohol. Esto genera una disparidad y es reflejo de la desigualdad y del gran peso que tendrán que cargar para siempre estas mujeres.

Por otra parte, asumo es importante reflexionar que si bien la lucha histórica por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres hoy en día han logrado construir discursos y posicionamientos sobre la no maternidad (Gómez y Tena, 2018) la interrupción legal del embarazo, la autonomía para decidir cuándo y qué momento tener hijos/as, el derecho a la libre expresión de la sexualidad, el acceso a la información para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, por mencionar algunos (Garduño, Salinas y González, 2015) esta realidad está muy distante de las condiciones materiales y sociales que vivieron al menos dos de las mujeres de este estudio.

Ante un contexto de constante transformación social e histórica, a la luz de la lucha por la igualdad y justicia social, que desde luego contempla la salud y el bienestar, resulta trascendente integrar, a los diferentes modos de atención, un enfoque que contemple los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven los daños por el consumo del alcohol.

5.4. Trayectoria social de los cuidados

Los cuidados conciernen a un amplio campo de estudio, razón por la cual tiene diversas miradas analíticas, estas son: la economía del cuidado; el cuidado como derecho; la ética del cuidado y los cuidados como bienestar social (Batthyány, 2020). La diversidad de su análisis produce una continua conceptualización y debate (Martín, 2020).

En este sentido, el análisis de la información ocurrió desde la mirada analítica de la economía del cuidado, la cual tiene como uno de sus propósitos discutir desde el análisis de las desigualdades de género, la contribución de las mujeres en el trabajo de reproducción, el trabajo doméstico y el trabajo productivo (Batthyány, 2020) en

este estudio no se consideró el trabajo productivo. El trabajo de cuidados, de acuerdo con la autora, conlleva al cumplimiento de diversas funciones, estas son: el cuidado directo a otros; el autocuidado; la organización, así como limpieza de la casa, la preparación de alimentos; por último, la planificación, gestión y supervisión del cuidado.

En esta investigación retomé los cuidados, por ser uno de los acontecimientos interconectados en las trayectorias de las mujeres. Los hallazgos indicaron que estas tareas fueron sucesos comunes en las experiencias de las seis mujeres entrevistadas. Si bien, la asignación de su rol social como cuidadoras se reconoce a partir del embarazo (ver figuras 4 a la 9) un elemento particular en esta trayectoria social ocurrió cuando relataron que los episodios más críticos de su alcoholización se expresaron durante la infancia de sus hijos e hijas. Cabe decir que, esta etapa en los seres humanos se caracteriza por una dependencia hacia las personas encomendadas para desempeñar los cuidados, mediante este trabajo cotidiano se asegura la supervivencia, la integridad y el desarrollo físico, social, afectivo, el bienestar y la salud de quienes los reciben y quienes lo brindan, haciendo posible el sostenimiento de la vida dentro de la colectividad ²⁸.

A partir de lo anterior y para el análisis de la trayectoria social de los cuidados (TSC) consideré tres ejes para su comprensión. En el primer eje —y para colocar en contexto el segundo y tercer punto analítico— explico el régimen de cuidados (Pérez-Orozco y López-Gil, 2011) en la determinación de las experiencias de desigualdad vividas por las participantes de este estudio, específicamente analizo la encomienda de los cuidados como una tarea y responsabilidad exclusiva en ellas. En el segundo eje visibilizó las contradicciones, dificultades, tensiones y problemas enfrentados por mis interlocutoras para cumplir con el mandato de los cuidados frente a los momentos más críticos de su consumo de bebidas alcohólicas (Martín, 2020) a estos eventos los nombré *la ruptura del cuidado*. La tercera y última arista

²⁸ Desde luego, esto no significa que los cuidados tengan menor importancia a lo largo de las demás etapas del curso vital, ya que también están presentes de manera informal y/o formal-especializada durante la asistencia de la enfermedad o en el proceso de muerte (Rojas-Ortega y Jarillo-Soto, 2018; Pérez-Orozco y López-Gil, 2011).

me permitió develar la coerción social sufrida por las mujeres madres que consumen alcohol como respuesta dada a la ruptura del cuidado, en este último punto se identificó el momento en que las mujeres pidieron o recibieron la ayuda en los diversos modos de atención.

5.4.1. El régimen de los cuidados y las experiencias de mujeres madres en casa que consumen alcohol

Como lo he expuesto, los cuidados son actividades y prácticas enmarcadas como trabajo orientado a la reproducción y sostenimiento de la vida. Para Bathyány (2020) estas labores además permiten reparar la fuerza de trabajo de los grupos humanos, sin embargo, su asignación como actividad social se sostiene desde estructuras culturales y económicas que en todo caso reproducen la ideología de la distribución del trabajo a partir de las características sexuales de las personas, de forma concreta asignan labores —productivas— específicas para hombres, así como funciones y actividades —de reproducción— particulares para las mujeres, configurando un régimen de cuidados basado en la desigualdad (Pérez-Orozco y López Gil, 2011). En consecuencia, los cuidados reflejan formas históricas de organización social y relacional instituidos tanto en la esfera privada como pública, desde luego el régimen de los cuidados pretende perpetuar la repartición asimétrica de las labores asignadas a las mujeres determinando con ello su identidad, bienestar y salud, el desarrollo personal, educativo e incluso limitando o desdibujando su participación social y económica.

Vinculado con lo anterior, y a partir de la noción del régimen que contempla el cuidado material y afectivo, propuesto en la clasificación de Fraser (2016) interpreté los relatos de las mujeres entrevistadas en la etapa inmersión-profundización. De esta forma, los siguientes testimonios permitieron comprender cómo las mujeres madres de este estudio han sido regidas como seres capaces de cuidar —por su propia naturaleza— a sus hijos/as y esposos, eternizando con ello la idea del

funcionamiento familiar y autorrealización en la maternidad y la vida en pareja. El siguiente relato lo muestra:

Por decir tener a mi hija limpia, su ropa o sea mi ropa, la ropa de su papá, entonces empezamos como a tratar de funcionar como una familia (...) La mayor este... responsabilidad que tengo es como educarlas ¿no? o sea no hacer por decir como que todo lo de la casa, sino como influenciarlos o ayudarlos a que ellos por decir se hagan responsables, por decir de su habitación, de que tienen que convivir por decir como en familia, entonces es la mayor responsabilidad que ahorita tengo, el educar por decir a mis hijas. M5-CDMX

Y si bien, los cuidados materiales pudieron pagarse por quien tuvo la posibilidad económica para hacerlo, como en el caso de la siguiente participante, las tareas afectivas no quedaron exentas de las demandas hechas hacia la mujer. El siguiente relato lo develó:

Tenía quien los cuidara [a los hijos] pero no era igual como yo su madre, o sea estar al pendiente de ellos. M6-CDMX

Al señalar el mandato de los cuidados se demuestra que las mujeres madres en casa han sido socializadas bajo este orden cultural, el cual continúa sosteniéndose incluso una vez en sobriedad. Este hecho implica que, aunque la mujer logra la abstinencia, las tareas y responsabilidades siguen siendo responsabilidad de ella, llevándola a reorganizar su tiempo para cumplir con la sobrecarga de tareas al mismo tiempo que trabaja en la recuperación de su salud. El relato de una de mis interlocutoras durante la fase de aproximación-exploración, lo constató:

Yo tengo un evento [en el grupo de "AA"], por ejemplo... ya sé que el domingo porque ya está programado, ¡yo necesito estar a las diez de la mañana! ok, desde el sábado compro la comida, o lavo en la noche o me levanto muy temprano, dejo mis actividades bien ¡ahora si este tiempo es mío! Yo pienso que, como mujeres, la verdad somos como...muy responsables. M2-EDOMEX.

Las experiencias en torno a la asignación de cuidados demostraron el régimen reproducido. Bajo este reglamento social, se perpetua la ideología heteropatriarcal mediante la cual se sostiene el reparto asimétrico de las tareas materiales y afectivas como función de las mujeres. En los siguientes apartados destaco las contradicciones vividas por las mujeres madres al momento de pretender cumplir con este régimen mientras enfrentaban de forma solitaria la falta de control sobre el consumo de alcohol.

5.4.2 La ruptura del cuidado

El trabajo de cuidados en la esfera privada y familiar tiene dos características principales: una, no son remunerados y la segunda, son actividades invisibilizadas. La primera característica se intenta justificar al asumir que los cuidados son una ocupación natural y cotidiana de las mujeres, razón por la cual no debe tener otra forma de reconocimiento social más que el pago con amor o gratitud por parte de quien recibe los cuidados, la condición de estas labores oculta y sobrevalora la contribución de las mujeres en la vida social. Paradójicamente, cuando se llega al incumplimiento de estas tareas, el cuidado se visibiliza porque se deja de cubrir una necesidad (Martín, 2020), entonces las personas encargadas de realizarlos, en este caso las mujeres quedan bajo los señalamientos de ser malas esposas, ser malas madres, imperfectas o negligentes porque rompen con una norma social (Basaglia, 1978a)²⁹. Desde luego, esto no significa desestimar la integridad y seguridad de quien tiene el derecho a ser cuidado/a.

En relación con las ideas anteriores, abordo una ruptura al régimen de los cuidados *o la ruptura del cuidado*. Sin embargo, es importante diferenciar que al referir este concepto lo hago en varios sentidos, el primero es para ubicar los momentos en los

²⁹ Nótese que la referencia es Franco Basaglia (1978a), dicho autor es diferente a la autora Franca Basaglia (1987) quien también ha sido retomada a lo largo de este documento.

que aconteció la trasgresión de esta regla social, es decir cuando las mujeres de este estudio “quebrantaron” el régimen poniendo en jaque su papel como mujeres madres, “amenazando” el bienestar de sus hijos/as y el segundo sentido, y como una forma de resignificar la idea de la trasgresión, lo empleo para dar nombre a los acontecimientos que pusieron en mayor riesgo tanto a las mujeres como a sus hijos durante el curso de la alcoholización, logrando visibilizar mediante las experiencias compartidas por mis interlocutoras las contradicciones sociales —como producto de un proceso histórico social (Basaglia, 1978a)— expresadas en los dilemas, las culpas, los reclamos, el estigma y sufrimientos vividos.

La propuesta de nombrar estos acontecimientos también ayuda a cuestionar las etiquetas sociales con las cuales se define la identidad de las mujeres que han vivido estas experiencias, fórmulas utilizadas para juzgar, enjuiciar, discriminar y marginar, desvaneciendo las desventajas sociales y materiales que determinan su proceso salud-enfermedad y la de sus menores hijos e hijas, exigiéndoles contradictoriamente el cumplimiento de tareas en condiciones de pobreza, desventaja social, opresión más sus problemas de salud.

En la idea de la ruptura del cuidado, es posible escuchar y comprender las experiencias silenciadas por las mujeres a causa de la vergüenza que les generó verse incapacitadas para cuidar de ellas mismas o ser cuidadas, para participar en la protección de las/los menores, para cubrir necesidades como la alimentación o la escuela, así como las necesidades emocionales de sus hijos/as. Los siguientes testimonios ayudan a revelar esta ruptura.

En una ocasión mi hijo el que iba en la secundaria fui a firmar su boleta y tenía tres materias reprobadas y yo le dije y lo regañe, me molesté mucho y yo le dije ¡mira ese niño de al lado cómo tiene este...puro diez y tú que no te hace falta nada! y yo pienso que, si él hubiera pensado en ese momento en haberme dicho, ¡pues sí...lo más importante me faltas tú, a dónde estás para preocuparte de mis tareas, me das todo, me das dinero, todo...! Él, el mayor (...) le llegaron a quitar los tenis en la escuela, llagaba descalzo y ni eso me hizo a mí pensar y decir ¡voy por ti a la hora de la salida! M6-CDMX

Otras dos mujeres así lo relataron:

Yo también había vivido ciertas situaciones por decir cómo, a veces no...no sabía por decir este...en dónde estaba por decir mi hija ¿no? este... estábamos en la misma casa, pero, pero...entonces por decir como que yo llegaba como a una laguna mental, entonces yo perdía como que la noción, como de la conciencia y al otro día que despertaba yo decía ¿dónde está mi hija? ¿no? Y pues...muchas veces mi hija o la dejaba por decir en la cama o luego estaba en la cuna ¿no?, un día la encontré por decir en un montón de ropa que yo tenía ahí. M5-CDMX

Fue lo único que no me arrebató mi alcoholismo, pues apoyarlos, por lo menos eso, que, que, pues físicamente, emocionalmente nunca estuve con mi familia. M10-CDMX

La información proporcionada por las mujeres también permitió destacar que mientras a ellas se les delegó el cuidado como su función primordial, paralelamente se fue agravando su consumo de alcohol, como consecuencia se agudizó la falta de reconocimiento y respuesta ante su problema de salud. Así se pudo identificar:

Yo temprano pues me paraba así bien...bien fuerte, no tenía gota de alcohol bueno, sí tenía de un día antes, pero pues al otro día este...como mi esposo siempre se ha ido como a las diez de la mañana, once de la mañana a trabajar pues temprano yo no lo entraba al alcohol y los llevábamos a la escuela [a los hijos/as], como iban un poco retirados los llevábamos en el carro, ya los llevábamos a la escuela y este... ya regresábamos, le daba de almorzar, así...entre medio bien, le daba de almorzar a mi esposo y ya se iba a trabajar y ya de ahí de ese lapso pues ya empezaba yo ...que es que hacer mis actividades, entre tomada y haciendo mis actividades. M9-EDOMEX

Estos hechos prolongaron la alcoholización de las mujeres, exponiéndolas a ellas y a sus hijos/as a mayores daños, en el caso de una de las entrevistadas dichos eventos pusieron al descubierto la desolación vivida por ella, el nulo involucramiento del padre en las tareas de crianza, llevando a la condonación de su consumo de alcohol y justificando la reacción del entorno que calificó de forma negativa y diferenciada a la mujer. Los testimonios compartidos por las mujeres así lo relevaron:

Pues yo estaba por decir, así como tomando y pues se me olvidaban las mamilas en la estufa y pues se me quemaban (...) Olvidaba llegar por la niña pero si él [el padre de la menor] no llegaba estaba bien, pero si yo por decir prometía estar como en cierta hora y no llegaba era una reacción completamente diferente, porque como que mi familia trataba por decir, cómo me daba a entender que eso era abandono y que a lo mejor el abandono en un, en un hombre...está bien, pero en una mujer no, en una mujer por decir o sea es como más este...pues yo lo sentía así como que es peor ¿no?, o sea que una mujer abandone un hijo, que un hombre se desentienda por irse a tomar. M5-CDMX

En el interés por proteger a las/los menores ante la ruptura del cuidado por parte de las mujeres madres que consumen alcohol, comenzó a actuar el cuidado de las abuelas o mujeres hijas. Este hecho si bien demuestra relaciones de solidaridad que pueden surgir entre ellas, finalmente perpetua el mandato del cuidado en las mujeres —y la desigualdad entre los géneros— para eximir a los hombres de la responsabilidad para proteger de otras personas, especialmente las más vulneradas. Así lo compartieron dos de mis interlocutoras:

Les daba de comer [a los hijos/as] y así, luego a veces estaba toda tomada y les daba de comer (...) si ya...de plano ya estaba muy tomada, mi suegra era la que les daba de comer. M9-EDOMEX

Mis hijas sobre todo la mayor que fue a la que más daño le causé, porque ella se quedó ocupando el papel de madre, pues ella cuidaba a mis otros dos hijos. M7-EDOMEX

Un aspecto de no menor relevancia ocurrió cuando las mujeres no lograron recibir ninguna forma de ayuda. La falta de respuesta familiar como primer grupo de apoyo hace que los daños no solo sean mayores sino irreversibles³⁰. La muerte de los niños/as y/o la afectación permanente ante la ausencia de soporte y cuidado familiar, social o institucional llegaron a ser varias de las secuelas³¹. Una de las entrevistadas compartió su experiencia al conocer a otras mujeres que develaron mayores daños:

Había una compañera que me compartía cómo había perdido por decir a su hijo, y que, que su mayor fondo de sufrimiento o sea había sido el hecho, de ir por decir como a su tumba y llorarle y entonces yo decía ¡no quiero vivir por decir como esas situaciones!, porque pues su hijo murió como, como por producto de, pues de una borrachera ¿no? o sea tuvo un accidente el niño y cuando ella despertó o sea el niño ya no tenía vida y entonces ese tipo por decir como de experiencias, eran las que yo decía ¡no! o sea y por dentro o sea sabía que...que a lo mejor sí iba a llegar a algo así, porque yo perdía la conciencia. M5-CDMX

Por último, es conveniente acotar cómo las mujeres al nombrar sus experiencias en torno a lo que he definido la ruptura del cuidado, dejaron de acallar vivencias privadas que las oprimían y estigmatizaban, por lo contrario, al colectivizar la experiencia dentro de su agrupación de “AA” estas vivencias fueron entendidas como un problema que afecta a varias mujeres que lidian con la alcoholización.

³⁰ En una de las conversaciones informales, mi interlocutora explicó que algunas de las mujeres participantes en “AA” dentro del penal de Santa Martha Acatitla, CDMX, también participaron en la comunidad cuando estaban en libertad, desafortunadamente resulta difícil conocer las circunstancias que les impidieron permanecer en el programa. Lo anterior indica que la falta o retraso en la ayuda para los problemas del consumo de alcohol puede acarrear mayores daños en la vida de las mujeres y sus familiares (información obtenida del diario de campo para esta investigación).

³¹ La muerte de los hijos o hijas son una de las consecuencias irreversibles que algunas mujeres consumidoras de alcohol deben soportar. Desafortunadamente la responsabilidad de estos decesos recae solo en ellas, minimizando el contexto de desventaja social y precariedad que por condición de género ellas viven. Las historias sobre la muerte accidental de los hijos o hijas vinculado con este problema de salud siguen siendo un problema poco reconocido y estudiado. Con el propósito de continuar visibilizando estos daños sugiero la novela “A Lupita le gustaba planchar” de la autora Laura Esquivel (2017). La historia de la protagonista quien vive en la CDMX, refiere el contexto de pobreza, de abuso sexual, el consumo de sustancias, el dolor causado por la muerte accidental de su hijo y su rehabilitación en un centro clandestino. Las situaciones narradas en esta historia tienen pasajes similares con las trayectorias sociales de atención de esta investigación.

5.4.3. Medidas de coerción ante la ruptura del rol de cuidadora

Los cuidados generan tensiones entre quienes deben otorgarlos, quienes deben recibirlos y quienes van vigilando su cumplimiento. Dichas tensiones guardan sus propios riesgos (Martín, 2020) como son la coacción, el maltrato y el abuso. En el caso de las mujeres madres que no cumplieron con su rol como cuidadoras, la coacción se concretó en su señalamiento o simplemente se decidió que otra mujer quedará al cuidado de las/los menores, aunque en esta última también recayera la exigencia de tener que criar o proteger en un contexto de precariedad y falta de apoyo. Finalmente, el despojo de los hijos/as en mis interlocutoras se expresó como una sanción social digna de merecer al no saber cuidar. Así lo expresaron dos de las mujeres entrevistadas:

Mi mamá me decía ¡que, qué vergüenza! ¡que, qué pecado! ¡Vergüenza de verme que mis hijos me vieran! ... ¡la borracha...!. M8-CDMX

Al principio pues me sentía yo mal, porque decía ¿cómo es posible de qué...de qué no me quieran entregar a mi hijo...? (...) Me lo quitaron porque por lo mismo de cómo me veían, entonces este...ahí influyó mi suegra también, me dijo: ¡no pues mejor que se quede porque si no cómo le va a hacer con su tomadera y él! M9-EDOMEX

Ante la ruptura del cuidado, las mujeres también sufrieron agresiones verbales y/o físicas, fueron amenazadas para ser denunciadas ante las autoridades judiciales o simplemente se les expulsó de su hogar. Esta coerción nuevamente invisibilizó los riesgos que ellas y sus hijos/as padecían, reforzó los designios naturalmente marcados sobre la idea de la mujer cuidadora y orilló a las mujeres a afrontar individualmente los cuidados y la dificultad para controlar el consumo del alcohol. Así fue como me lo compartieron:

Yo tenía mucho la costumbre de bañarlos por la noche [a los hijos], entonces como yo todo el día realmente me la pasaba tomando una ocasión a una niña la bañé en la noche y yo como ya andaba bien bebida este... pues yo me acosté en la cama y me quede dormida y la dejé sentadita en el agua, hasta que llegó mi esposo y que me levanta de las greñas y todo, yo ahí comprendo que, que, pues fue su reacción de él del coraje de ver cómo estaba la niña entonces...este, pues ya también a su mamá le dijo: ¿qué no te das cuenta que la deja?, ¡pues es que ella se encerró! [contestó la mujer] Y ahí hasta que llegó él pues ya la vistieron y todo yo bien, bien tomada estaba ahí y este...y también este...una vez le cambié el pañal y por entretenerla o sea mi inconciencia de que andaba yo tomada, le cambié el pañal, le estaba cambiando el pañal y le doy unas monedas en la mano y la agarró así [me enseña con sus manos] y se le va una moneda de cincuenta centavos a su boquita, entons la niña ya se estaba ahogando y yo no hallaba ni qué hacer, entonces mi esposo la agarró y le empezó a pegar en la espalda y le metió el dedo y le votó la moneda y ya hasta le estaba saliendo sangre de la nariz, mi hija y le dije yo después y con eso dije: ¡ya no voy a tomar, ya no voy a beber, ya no voy a beber! pero... otra vez ...vuelvo a empezar otra vez... M9-EDOMEX

Las siguientes mujeres así lo vivieron:

Me hablaron fuerte, me hablaron por decir con groserías, un día me cerraron por decir su casa ¿no?, yo no tenía por decir como permitido entrar ¿no? Este...me decían que pues si quería vivir así que ya lo hiciera fuera [del hogar]. M5-CDMX

Porque ninguno de mis hijos quería saber nada de mí, ni el papá de mis hijos, mis hijos, ni mis papás, ni mi familia por mi manera de beber, dejaba la casa y regresaba, la dejaba hasta que me dijeron que ya no me querían ver. M7-EDOMEX.

Como otra medida de coacción también se les condicionó al encierro; ya sea en la hospitalización psiquiátrica o en algún anexo. Las experiencias de todas las mujeres evidenciaron estas sanciones sociales hacia ellas. Así lo narró una de las mujeres:

¡La única manera en que te podemos ayudar es que tú te internes, si tú no quieres acceder a esto ... este... pues a tratarte! me decían, que se iba a iniciar un proceso para quitarme a mi hija, un proceso por decir legal. M5-CDMX

A manera de cierre, la razón de explicar la trayectoria social de los cuidados no solo surgió de la información compartida por las mujeres, sino por el propio interés de visibilizar las sanciones y riesgos a las que quedaron expuestas junto con sus menores hijos/as. Como lo he señalado en los relatos, la falta de cuidado por parte de ellas estuvo severamente sancionada por la familia y la comunidad en su conjunto, esta situación agravó su condición de desigualdad e incidió en el deterioro de su salud y bienestar.

Las mujeres entrevistadas en la fase de inmersión-profundización coincidieron en afirmar que su necesidad de pedir o recibir ayuda surgió una vez que admitieron la ruptura de su rol como cuidadoras, llevándolas al anhelo de querer proteger a sus hijos/as. Estos hechos son un punto decisivo para enmarcar su trayectoria de atención, sin embargo, este proceso inició bajo la incertidumbre, la culpa y el desconocimiento para controlar o detener el consumo, más grave aún fue no poder identificar los lugares o instituciones dónde podrían ser ayudadas. Las mujeres así lo relataron:

Mis hermanos me decían que ya no bebiera tanto, que era una borracha (...) pues ellos [los hermanos de la mujer entrevistada] me querían ayudar y decirme que no bebiera, pero no me decían cómo (...) Llegó un momento que ya no quería beber, como le dije hace un rato por mis hijos, porque ellos ya iban creciendo más y me decían que pues que no bebiera y yo también ya no quería, yo ya no quería beber, ya no... porque realmente a mí, ya me hacía mucho daño y dije... ¡no!, ¡es que yo ya no quiero beber, pero no puedo, no sé cómo!, ¿cómo le voy a hacer?. M6-CDMX.

Otra de las mujeres también lo expresó:

Una de, mis clientas me había platicado, no precisamente así me lo puso como "AA", pero me había platicado que había un lugar donde pues a ella le había cambiado la vida, que ahora ella tenía otro tipo de vida ¿no? o sea... comunicación con su familia, que se llevaban muy bien, situaciones así...entonces cuando yo quedo fuera del hogar, yo esperaba con ansias que llegara esa amiga, esa clienta ¿no? para preguntarle, decirle que...¿qué dónde era ese lugar?...M10-CDMX

En este el último testimonio se puede advertir la carencia de opciones o de información sobre los modos de atención que brindan la ayuda a las mujeres madres que han vivido los daños por el consumo de alcohol. Además, resulta complicado identificar quién las pueda apoyar.

Para finalizar este apartado, las respuestas de cuidado generalmente han estado orientadas bajo la tradición social, por ejemplo, cuando la mujer madre enferma, el cuidado de sus hijos/as menores queda bajo la responsabilidad del grupo familiar, sin embargo y, como se mostró, en el caso de las mujeres madres que consumieron bebidas alcohólicas las primeras respuestas han quedado históricamente pensadas bajo la lógica de la coerción, el maltrato o el abandono (García y Guzmán, 2019; Basaglia, 1987).

5.5. Trayectoria de atención

Samaja (2004) señala que la noción salud-enfermedad es inseparable del término de la atención, este último concepto se refiere a las acciones —sociohistóricas— deliberadas para solucionar enfermedades que afectan a los grupos humanos, la falta de respuesta produce consecuencias dañinas de forma individual, familiar y/o comunitaria. Si bien prevalecen diversas perspectivas para definir este concepto, como la atención vista desde la provisión de servicios sanitarios que incluyen: la promoción de la salud; la prevención de la enfermedad; la atención curativa y la

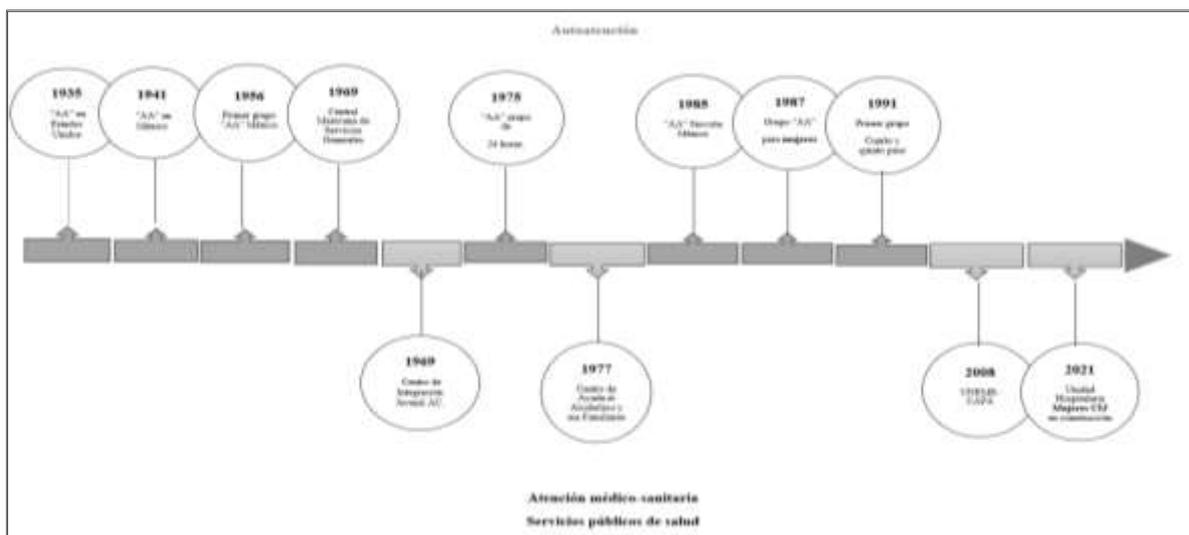
rehabilitación (Ruales, 2004) también es posible asumirla —y como lo expuse al inicio de este trabajo— como las respuestas organizadas colectivamente —en este caso— para atender los daños vinculados por el consumo de alcohol en las mujeres madres en casa. Dichas respuestas componen los modos de atención, estos son: la atención médico-sanitaria y la autoatención.

A partir de la diferenciación entre perspectivas de atención, dos fueron los argumentos para comprender la trayectoria social de atención de las mujeres en esta fase de la investigación. La primera argumentación consistió en asumir la atención no solo como una conducta individual basada en la voluntad, sino como un recorrido colectivo configurado por distintos determinantes socioculturales. El segundo argumento se concretó en la propuesta teórica y metodológica empleadas en esta investigación para evitar reducir la atención como acontecimiento lineal y unicausal, por lo contrario, se develó la concatenación de la trayectoria de atención con otros recorridos sociales que también la determinaron.

Para explicar la trayectoria de atención en este subapartado, me baso en la secuencia de la ayuda narrada por mis interlocutoras, cabe decir que esta información también permitió ubicar el grupo de mujeres de “AA” en el desarrollo cronológico de los modos de atención en México (figura 10) ³².

³² El antecedente histórico permite visibilizar distintas acciones colectivas como los grupos de autoconciencia, grupos de autoayuda en salud y grupos de apoyo mutuo, así como colectivos de la salud mental como “orgullo loco” expresado en varias partes del mundo incluyendo México. Los diversos movimientos sociales de apoyo y gestión de la salud de las mujeres han sido influenciados por los planteamientos y luchas feministas (Guzmán et al., 2020), estas últimas también han contribuido en el desarrollo de perspectivas epistemológicas contrahegemónicas de la salud mental de las mujeres, derivado de lo anterior, consideré indispensable ubicar en nuestro contexto aquellas acciones organizadas por mujeres para dar atención a los problemas derivados del consumo de alcohol, desde luego afirmar la influencia de estos movimientos sociales en la conformación del grupo rebasan los objetivos del presente trabajo, sin embargo me permito enmarcar este precedente para futuras investigaciones.

Figura 10. Antecedentes y desarrollo de los modos de atención a los problemas de alcoholización en México



Fuente: elaboración propia con información de Ettore (1998); Natera y Valencia (2001); Borges et al. (2009); Rosovsky (2009); Marín-Navarrete, Medina-Mora, y Tena-Suck, (2014); Menéndez (2018); Prado (2021).

Derivado de todo lo anterior y retomando el análisis de este estudio, primero explico la experiencia de las mujeres en los anexos³³ y el programa de cuarto y quinto paso³⁴, estos programas de autoatención fueron una de las primeras respuestas dadas a tres de las mujeres del estudio. En segundo lugar, ubico la atención médico-sanitaria, es decir los tratamientos especializados. En tercer lugar, se reconoce la ayuda recibida en un grupo tradicional de hora y media de Alcohólicos Anónimos, quizá este fue el hallazgo emergente en esta trayectoria, pues la comprensión de

³³ También conocidos como Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones, CRAMAA (Marín-Navarrete et al., 2013). Las personas encargadas de estos centros generalmente son personas ex consumidoras de sustancias psicoactivas, las intervenciones durante el internamiento, voluntario o no, de quien pretende dejar de consumir sustancias están basadas en la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, el encierro recomendado suele ser de tres meses aproximadamente.

³⁴ Ambos programas retoman la literatura de los doce pasos de "AA". El "anexo" se caracteriza por la situación de encierro. El segundo grupo se guía en el cuarto y quinto paso del programa, cada paso enuncia lo siguiente: "sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos" y "admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos" (Cruz, 2021, p. 214).

las experiencias de las mujeres de manera directa, junto con las estrategias de recolección de información permitieron comprender las acciones, prácticas y sus saberes en torno a su proceso de recuperación. Un hallazgo adicional, fue comprender cómo el sentido del tiempo en la autoatención es distinto al que se le da en el tratamiento médico-sanitario.

5.5.1. Anexos, el cuarto y quinto paso. El peregrinaje para la atención de las mujeres madres en casa que consumen alcohol

Como se anticipó en la trayectoria social del cuidado, la ruptura de este mandato social representó una posibilidad o apertura para que las mujeres recibieran o pidieran la ayuda. En un sentido sociológico y de acuerdo con la explicación de Goffman (1972), el inicio de una trayectoria o la carrera de un enfermo mental se caracteriza por la vigilancia inicial por parte de la familia hacia quien manifiesta una enfermedad, este grupo al testificar la anormalidad mental o conductual de la persona suele inferir la necesidad, primero de tratar de corregir el comportamiento, ya sea mediante la coerción, el control, la amenaza y/o el castigo, o en su caso comienza a recomendar una vigilancia psicológica o psiquiátrica instituidas en su medio social.

Sin embargo, en el caso de mis interlocutoras, tanto ellas como sus familiares, al querer encontrar o recibir ayuda se fueron enfrentando con diversas circunstancias, una de ellas, es desestimar el consumo de alcohol como un problema que genera daños a la salud, una mayor estigmatización y la frustración de los familiares al ver cómo las mujeres por sí solas no lograron detener el consumo. También se sumó la falta de información sobre los centros especializados para recibir orientación, esta situación las llevó a deambular o peregrinar³⁵, en este caso en organizaciones religiosas que ofrecieron soluciones milagrosas a cambio de la aportación

³⁵ Almanza (2011) hace uso de esta palabra para señalar la situación que las personas con VIH viven al buscar tratamiento para mejorar sus condiciones de vida y acceder al respeto de sus derechos humanos. Dicho andar está influido por el estigma asignado al padecer la enfermedad.

monetaria³⁶. La desinformación contribuyó al deterioro de la salud de las mujeres, al quedar expuestas a mayores daños y sufrimientos. Una de las mujeres así lo refirió:

Había yo acudido, por la desesperación de mi esposo, me había llevado al ¡Pare de sufrir! ese que sale en la tele, pero yo, yo me burlaba o sea yo como...me echaba primero mis alcoholes y luego iba, fui como dos veces y este...y ya pues lo que hacen ahí que ¡cierra los ojos! y no sé qué tanto... pero realmente, yo realmente dije... ¿porque cobraban una cuota?, pues si...cobraban y dije: ¿y por qué van a cobrar aquí? y dije ¡no!, ¡ya no! pero fui como dos veces, pero no me gustó. (...) Ya los veía así [a los familiares]... como que muy desesperados, o sea como que ya no encontraban la salida conmigo, así los veía y al final de cuentas, este...provocar la neurosis de mi marido y cuando se enoja pues aventaba madrazos y todo con perdón de usted este...y ya yo creo que si me hubiera sacado a la calle. M9-EDOMEX

La exposición a los daños se tradujo en la continuación del consumo de alcohol y, en algunos casos, provocó la hospitalización por accidentes o intoxicaciones agudas. Otro elemento determinante del atraso en la atención fue la carencia de programas e infraestructura para cubrir las demandas que las personas necesitaban. Debido a lo anterior, el anexo voluntario, coaccionado o involuntario, fue visto por las familias o por las propias mujeres como una alternativa a sus problemas, pues estos centros promovieron el encierro para las mujeres como una solución para detener el consumo de bebidas alcohólicas. Los siguientes testimonios permitieron identificar el contexto en que las personas vivieron este proceso:

³⁶ En México la organización identificada con el nombre de Pare de Sufrir, con sede original en Brasil, inició sus operaciones en 1994, esta agrupación religiosa se ha caracterizado por prometer a las personas que se afilian a ellos, la solución de diversos problemas como los de la salud. La extensión de estos grupos se ha relacionado con crisis sociales (Gómez, 20 de noviembre de 2011). Solo para ubicar en el contexto histórico, en ese año el país atravesó por varias crisis económicas, políticas y sociales como lo fue el levantamiento en armas del Movimiento Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) contra el gobierno de Carlos Salinas de Gortari y entró en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) entre los gobiernos de Estados Unidos y Canadá (Betancourt, 2012).

Estuve internada en Voca 7 [Hospital General Regional Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”] me intoxicqué, o sea este...consumí droga y entonces...pues nosotros aquí le decimos como que, como que...me estaba quedando en el viaje. Mis papás se enteran de que a mí me habían internado y entonces a mi papá por decir este...dice ¡no, es que no le va a funcionar, ella tiene que estar internada o sea se tiene que desintoxicar primero! entonces por eso me anexaron. (...) Había un dormitorio de puras mujeres y un dormitorio de puros hombres [en el anexo] (...) De ese lugar se informó este...mi mamá, porque mi mamá este...en esa época asistía a los grupos de AL ANON, que son este...de familiares de alcohólicos y ella obtuvo ahí esa información. M5-CDMX, anexada en el año 2003, ver figura 4.

Una mujer más así lo compartió:

Como yo no podía dejar de beber yo dije: ¡la solución es que me encierren en un...en un 24 horas o en un anexo! Entonces yo le hablé a una de mis compañeras y le dije yo que me quería yo anexar a ver si era la solución y este...me dijo ¡sí, sí te ayudo! entonces yo fui a caer a un anexo de puras mujeres. M9-EDOMEX, anexada en el año 2004, ver figura 8.

Cabe evidenciar que el aislamiento de las mujeres en los anexos implicó en ellas el despojo de su rol (Goffman, 1972) en este caso ser madres, intercambiando, bajo la presión de otros, su identidad por el de alcohólicas en la idea de la incompetencia para cumplir con su mandato social, finalmente esta situación provocó la renuncia de sus derechos como madres. Así lo compartieron dos de las mujeres:

Para el cuidado por decir de mi hija, este...mis papás y mi hermana, o sea ellos fueron por decir...mientras yo estuve anexada, ellos fueron por decir como quienes se hicieron cargo de ella [de la hija de la mujer entrevistada]. M5-CDMX.

Los únicos que me iban a ver [al anexo] eran mi suegra y mi marido y uno de mis cuñados por parte de mi hermana este...fueron los que me iban a ver, mis hijos nunca me fueron a ver porque ellos mismos no querían este... bueno mi suegra no quería, ni mi marido no querían que fueran a ver dónde estaba. M9-EDOMEX.

Como se observa, esta nueva condición para la vida de las mujeres que, además es mayormente cuestionada cuando son jóvenes, fue configurando su nueva situación social. Es decir, que al desdibujar la desigualdad social y de género experimentada previa a su encierro, los familiares asumieron que el problema está en ella, en su individualidad, así me lo expresó una de ellas:

Todo mundo como que me trataba este...como de hacer entender que el mejor lugar donde podría estar en esos momentos era ahí [en el anexo], que tenía muchas cosas por decir como que por vivir como para que siguiera desperdiciando mi vida drogándome o alcoholizándome. M5-CDMX.

Como parte de este encierro, una de las mujeres experimentó el apoyo en su proceso de internamiento porque su consumo se le denotó como un problema, además ella percibió haber sido cuidada cuando una de las mujeres internadas le compartió su experiencia sobre los daños vividos. La identificación de las vivencias comunes entre mujeres³⁷ se transformó en un nuevo punto de apertura, contrario a la ruptura a la que me referí en el subapartado anterior, en este punto de encuentro entre experiencias, mi interlocutora identificó la posibilidad para detener el consumo de sustancias iniciando su autocuidado. Este momento también la llevó a sensibilizarse sobre los problemas específicos, fatales e irreparables enfrentados por las mujeres ante el consumo de bebidas alcohólicas. La mujer así lo compartió:

Los compañeros te tratan de integrar como en la terapia de...como de recuperación y pues una de las, de las primeras cosas por decir que me, pues que me compartían pues era el hecho de que estaba enferma, de que pues...lo que hacía no era normal (...) Había una persona ¿no? este... que me cuidaba, o sea este...como una persona asignada, que les llaman padrinos, era una mujer y ella este...pues me compartía todo lo que había pasado, ella vivía en el anexo porque ella había perdido a su familia ¿no? entonces, le daban, pues oportunidad y tenía pues bastantes años, ya ahí y entonces pues ella como que hacían sus pláticas como que concientizar el hecho de que, pues tarde o temprano iba a acabar así y pues yo también le

³⁷ Este hallazgo es coincidente con el estudio de Lozano-Verduzco, Romero-Mendoza y Marín-Navarrete (2016).

compartía como toda esa secuencia de estar internada, de llegar por decir, como en los hospitales y me decía que... pues...o quedaba ahí ¿no?, o sea sin familia o que verdaderamente me iba a quedar, así como que en el viaje. M5-CDMX.

Contrario al testimonio anterior, otra de las mujeres consideró que el lugar donde ocurrió su encierro fue inapropiado porque le ocasionó mayores daños. Ella testificó cómo las mujeres al ingresar en un anexo no siempre logran detener el consumo una vez saliendo de este. La información recolectada, con mi interlocutora, develó las irregularidades y las condiciones inapropiadas en las que operan algunos anexos, violatorios de sus derechos humanos, donde no figura ninguna otra alternativa de ayuda más que asumir el aislamiento como la solución a los problemas de alcoholización.

Al respecto, es necesario referir que, la medicalización, la hospitalización psiquiátrica y el encierro han sido tomadas como medidas para controlar o aislar a las personas señaladas como anormales, débiles o incompetentes a las funciones exigidas en su medio sociohistórico (Basaglia, 1987; Erro, 2021), la sobriedad inclusive puede ser vista como una exigencia cultural para ellas (Brown y Stewart, 2021). Desde luego que las mujeres también han estado sometidas a estos mecanismos sociales particularmente cuando se piensa han atentado contra los roles y estereotipos femeninos como ser consumidoras de alcohol u otras sustancias, fallar en su papel como madres, debido a sus preferencias sexuales, entre otros comportamientos que irrumpen el orden social femenino (Basaglia, 1978b; Guzmán et al., 2021). Esto no es cosa menor, pues el siguiente testimonio también develó cómo en las mujeres se reprodujo la noción de disfunción y una vez “liberadas” sin recibir otras formas de apoyo o cuidado, continuaron prolongando y peregrinando por lugares en tanto se fue exacerbando el deterioro físico, el sufrimiento emocional, incrementando sus necesidades en salud, los problemas individuales, así como familiares. Así lo relató:

Llego a ese anexo y pues ¡oh sorpresa! ¿no?, este...en primera era de este...de mucho lesbianismo ¿cómo se dice? de muchas lesbianas, la que anexaba ahí la mera madrina que dicen...pues era lesbiana vivía con otra y luego llegaban muchas muchachillas como de 16, 17 años así de droga y alcohol y ahí nada más las encerraban. La que era encargada del anexo ya agarraba y nos daba un estéreo y ahí empezaban a hacer su cotorreo como si estuviéramos afuera este...en una fiesta (...) Yo no obtuve ninguna cosa buena ahí... todo era un show, un caos y salían las compañeras y volvían a lo mismo, yo cuando estuve ahí anexada que fueron tres meses exacto, salió una compañera y como al mes volvió a regresar otra vez ahí... (...) pues realmente yo era la más grande del anexo luego me metieron a la cocina y yo les preparaba la comida... siempre había arroz este...papas y lentejas, diario, diario, diario era la comida así...arroz blanco, papás y lentejas, ese era nuestra comida, pan duro. M9-EDOMEX

También es importante referir que los anexos ocuparon como método de recuperación actividades que en todo caso reprodujeron la subordinación de las mujeres, justificando actos de disciplinamiento y el castigo para ellas. Además, mis interlocutoras lidiaron con los malestares físicos causados por la interrupción repentina del alcohol, este hecho se convirtió en un problema adicional durante el encierro de las dos mujeres, y a pesar de la existencia de intervenciones farmacológicas para reducir la sintomatología por abstinencia alcohólica, queda claro que en ese momento mis interlocutoras no pudieron beneficiarse por este tipo de tratamientos. La condición socioeconómica vivida les limita acceder u optar por la atención médico-sanitaria disponible, este hecho evidencia una situación más de su desigualdad en salud.

La situación anterior se vio reflejada en los siguientes relatos, pero además develó cómo las mujeres van asumiendo experiencias de precariedad, maltrato y malestar como algo que es necesario vivir para dejar de ingerir alcohol. es decir, el precio que tienen que pagar, es la suma de las subordinaciones y malestares.

Fue un lugar en donde por decir como que...todo mundo, aunque eran muy estrictos, o sea este...estrictos en el hecho por decir que de que, si me decían ¡te sientas ahí, es te sientas ahí! ... o sea este... ¡sirve café! y tenía que servir café ¿no?, pero por decir de...en el otro lado como que eran...muy,

muy amables por decir este...como que me cobijaron mucho, pero pues sí fue difícil porque el....se llama como síndrome de abstinencia ¿no?, o sea los primeros días o sea fueron como que fatales, pero me ayudaban por decir, porque ellos estaban ahí o sea este...por decir como...me bañaba por decir como que en sudor, pues ya había alguien que me decía: ¡tranquila a mí también me pasó esto!, ¡vamos a dar una vuelta!. ¡fúmate un cigarro! M5-CDMX.

Otra de las mujeres así me lo compartió:

Cuando yo dejé de beber en el anexo, pues este...pues era bien difícil porque pues este...me entraban como ataques de nervios...neurosis de desesperación aja...de... probar una copa de alcohol y mis pensamientos eran ¡a qué vine, mejor estuviera tomando, aquí no me ayudan en nada!... y esos eran mis pensamientos, me sentía muy desesperada. M9-EDOMEX

Una alternativa al anexo son los grupos del cuarto y quinto paso. En estos programas se comparten testimonios sobre el uso del alcohol u otras drogas, problemas de celos, infidelidad, codependencia, depresión, entre otros. Mediante el ritual de la experiencia personal se busca transformar o liberar a la persona de enfermedades principalmente emocionales³⁸. Sin embargo, para una de mis interlocutoras si bien su afiliación le ayudó a detener el consumo de alcohol, su participación en estos grupos se caracterizó por la incomodidad que sintió al escuchar experiencias de tipo sexual frente a sus compañeros hombres, esta situación muestra los señalamientos que las mujeres reciben cuando relatan aspectos de su vida íntima. Así lo explicó una de las entrevistadas:

³⁸ Para ampliar la información sobre los rituales del cuarto y quinto paso véase Cruz (2021). Encontrando mi enfermedad. Producción de las relaciones sociales en el grupo de autoayuda Nuevo Atardecer de cuarto y quinto paso. <https://doi.org/10.31644/ED.V8.N1.2021.A09>

El poquito tiempo que estuve militando en el cuarto y quinto paso como que me espantaba escuchar pues sus experiencias de los compañeros ¿no?... y que hubiera compañeros o que había compañeras que decían sus experiencias y yo decía ¡ay no le da pena, si aquí está éste, casi creo que se lo está figurando! sobre todo en los temas como sexuales y todo eso...entonces así de yo...o sea mi mente bien, bien mal, bien distorsionada...y todo o sea...pensaba yo: ¡ay pues casi se le está ofreciendo! o...cosas así. M10-CDMX

El relato anterior, permite diferenciar que mientras a las mujeres se les censura para hablar de estos temas debido a que las experiencias de alcoholización y sexuales generalmente son relacionadas con la promiscuidad, los hombres en cambio tienen la libertad de pregonar dentro de las agrupaciones, o en cualquier otro espacio, este tipo de vivencias (Brandes, 2004). Finalmente, los varones van demostrando y reforzando mediante sus relatos, su masculinidad, supremacía e incluso reiteran que las mujeres son vistas por ellos como objeto de placer.

Por último, quiero resaltar que la experiencia de encierro en los anexos develó la situación punitiva de las mujeres, al ser ellas quienes se vieron despojadas de su identidad como madres, esta medida constituyó una situación más de desigualdad para las mujeres de este estudio.

En relación con lo anterior se destaca que, en el estado de Jalisco, se encuentra en construcción la primera Unidad de Hospitalización para Mujeres del Centro de Integración Juvenil (Prado, 2021). La institución atenderá exclusivamente a las mujeres quienes podrán permanecer con sus menores hijos/as durante su internamiento. Acciones como estas responden a las demandas de diseñar e implementar programas para la atención de las adicciones con perspectiva de género, ya que como se pudo identificar en las experiencias de las participantes de este estudio, los daños más críticos derivados del consumo de alcohol ocurrieron cuando sus hijos fueron menores de edad.

5.5.2. Experiencias en la atención médico-sanitaria para las mujeres madres en casa que consumen alcohol

La atención vista como la dispensación de servicios sanitarios pretenden mejorar o responder a los problemas de salud. Su visión es de tipo biomédica al asumir la enfermedad como desviación, anormalidad o la falla de una función de origen principalmente biológica, desde esta noción, la enfermedad requiere la intervención técnico-científica para su reparación, es decir implementa un tratamiento para lograr la curación o reajuste a la normalidad (Capra,1992). Dentro de este orden de ideas Spinelli (2016) destaca que los programas sanitarios conservan una visión biomédica, sus características de intervención se basan en la respuesta a lo individual haciendo recortes de la realidad social y se apoya en la clasificación. Las características señaladas por el autor fueron identificadas en la atención de las mujeres cuando acudieron a los servicios sanitarios.

En este sentido el análisis develó el peregrinaje, pero ahora dentro de las unidades sanitarias. Uno de los relatos de mis interlocutoras identifica que cuando asistió con un profesional de la salud, ella no recibió información sobre los daños asociados al consumo de alcohol, tampoco se le orientó sobre las unidades especializadas para la atención de los daños derivados del consumo de esta sustancia. Estos hechos, no son un problema menor, dado que expresan la indiferencia de las instituciones sanitarias ante las necesidades de salud de las mujeres, situación que también fue agravando su condición, Así fue como lo relató una de las mujeres:

Una ocasión sí fui al médico por causa de, del...no del alcohol, sino...o sea yo fui por, porque andaba creo que mala de la gripe y todo, entonces el médico me dijo que, si bebía y que, si fumaba, yo le dije que sí y ya fue cuando me dijo: ¡es que hay lugares donde les ayudan también!, pero nunca me dio direcciones, nada, nada. M9-EDOMEX

Un problema adicional fue identificar las dificultades experimentadas por las mujeres para reconocer frente a los profesionales de la salud los problemas vinculados con el consumo de bebidas alcohólicas, incluso si ya no lo ingieren. La vergüenza de una de las mujeres la llevó a explicar sus malestares y sufrimientos emocionales a causa de otros factores, a esto se sumó el temor a ser juzgada no solo por su consumo, sino por haber pertenecido a los programas como el cuarto y quinto paso. La situación de mi interlocutora, además de ocurrir durante la atención psiquiátrica, permitió apuntar que la relación jerarquizada establecida entre la/el médico y el/la paciente no siempre garantiza un ambiente de confianza o seguridad donde las mujeres sientan la libertad de expresar sus padecimientos. Estos hechos también revelaron que las mujeres reciben una orientación médica limitada, donde la atención quedó condicionada a los prejuicios o desconocimiento del personal de salud.

Adicional a lo anterior, mi interlocutora consideró que los tratamientos médicos le darían soluciones inmediatas, quizá esta idea se ha construido porque la medicina moderna en su racionalidad técnica ofrece intervenciones curativas de solución eficaz e inmediata a los problemas de salud, dejando de considerar la determinación sociocultural en la alcoholización y los años que tardaron las mujeres para recibir o solicitar la ayuda (ver figuras 4 la 9). Al respecto Spinelli (2016) señala cómo los problemas de salud suelen complejizarse cuando no se atienden y el deterioro ocurre porque los problemas socioculturales en la determinación de la enfermedad también se hacen más graves.

En relación con lo anterior, se sumó la visión biomédica bajo la que comúnmente es entrenado y formado el personal de salud. La noción hegemónica sobre la enfermedad suele descartar las contradicciones sociales expresadas en los padecimientos de las mujeres —como lo señalé en la trayectoria social de las violencias, trayectoria salud enfermedad y trayectoria social de los cuidados— dicha perspectiva médica también orienta al personal de la salud a centrar su atención en la aplicación de sus propias técnicas, resguardándose en su institución sanitaria y en su gremio para distanciarse sin cuestionamiento alguno de la condición

sociocultural de las mujeres (Basaglia, 1978b; Samaja, 2004; Spinelli, 2016) y sus necesidades en salud. Finalmente, esta situación también incidió en la manera en que mi interlocutora individualizó y mantuvo en lo privado el problema y la enfermedad al culparse de su condición y de la atención médica recibida. Así se pudo ver en el siguiente relato.

Dejé de beber, fue algo tan milagroso que, que yo...vaya que no sentí la necesidad de volver a beber, entonces para mí eso fue como que suficiente y me retiré del grupo [del programa del cuarto y quinto paso]. Tomé unas, unas este...terapias con un psiquiatra, pero no me llenaba...allá en el hospital de especialidades, en el de enfermedad mental, del psiquiátrico (...) Al doctor nunca le dije que yo tenía problemas con el alcohol, mucho menos que iba a un grupo, porque como que...alguna vez hubo un comentario y él como que no creía en eso de los grupos, cosas así, entonces fue así como que... [la mujer expresó sorpresa en su rostro] (...) A parte, de que quería resultados rápido ¿no? un cambio en lo que yo sentía, rápido, pero...me sentía muy mal en no decirle [al médico psiquiatra]...o sea, esa culpa que yo, o sea le decía que yo me sentía culpable, pero nunca le dije jes que me siento culpable porque bebí, hice esto, esto, esto...! por eso ya hasta llegó el punto de sentirme mal con él...él ¿Cómo iba a avanzar si yo nunca fui honesta?. M10-CDMX

Un hallazgo adicional indicó que mis interlocutoras identificaron las instituciones donde se brinda el tratamiento especializado cuando se afiliaron a un grupo de "AA". La atención médico-sanitaria tardía proporcionada a dos de ellas, se caracterizó por la intervención individual promotora del autocuidado que consistió en recibir terapias psicológicas y grupales, prescripción y vigilancia de tratamiento psiquiátrico, así mismo se les recomendó continuar en la agrupación de mujeres, sin explicarles las razones para seguir en el programa de ayuda mutua. Ante este proceso, mis interlocutoras también retomaron su rol como madres, pero en una nueva condición de sobrecargas, demandas sociofamiliares y de constante tensión al tener que conseguir un trabajo para poder cubrir, entre otras necesidades básicas, los gastos generados por su tratamiento pretendiendo asegurar su derecho a la protección de la salud y el acceso a los medicamentos. Bajo los siguientes relatos propongo visibilizar este proceso desde la voz de las mujeres:

Yo sentía mucha depresión o sea me sentía muy triste, como un sentimiento, como si mi vida se hubiera acabado y entonces recibí por decir este... ayuda por parte de una compañera de aquí [agrupación de mujeres de "AA"] y llegué a... al CAAF, que es un Centro de Ayuda para Alcohólicos y sus Familiares y entonces ahí empecé a recibir ayuda psiquiátrica, psicológica y tenía que ir a las terapias de grupo, pero al mismo, al, al igual a la par, tenía por decir o sea que, que trabajar, tenía que atender por decir a mi hija. (...) Yo estuve medicada este...con flouxitina y pues me decía no o sea este... como que también a mí me concientizaron mucho el hecho de que, si iba a empezar un tratamiento, que lo tenía que terminar. (...) Estuve un año ahí [en CAAF], entonces me daban citas, yo tenía que ir una vez a la semana, este...el mismo día por decir cómo, como yo les planteé esta parte por decir, pues yo tenía que trabajar entonces me daban por decir las citas el día que tenía por decir como a la terapia de grupo y ese mismo día me atendía por decir el psicólogo, el psiquiatra, entonces todo lo hacía por decir el día que descansaba, ya estaba trabajando y luego pues en las tardes me venía aquí [agrupación de mujeres de "AA"]. El psiquiatra me dio de alta. M5-CDMX.

Otra de las mujeres así lo compartió:

Yo intenté el suicidó antes de llegar a alcohólicos anónimos y cuando llegué a alcohólicos anónimos pues estaba más mal y aquí me dieron la sugerencia de que fuera al CAAF, Centro de Atención para el Alcohólico y sus Familiares y de allí me hicieron un estudio, electroencefalograma en el Ramón de la Fuente en el psiquiátrico y de ahí estuve yendo a la ayuda con profesionales, psiquiátrico, psicológico y grupal en el CAAF más a parte aquí en Alcohólicos Anónimos. (...) Me hicieron en el CAAF un estudio socioeconómico, (...) me ayudaron a conseguir un trabajo, una señora que ni siquiera me conocía pero que en ese momento me la puso Dios... me llamó y me dijo: ¡ya le encontré trabajo! y entonces...con el trabajo y el estudio socioeconómico me empezaron, empecé a pagar todo, también el medicamento psiquiátrico...Habré estado como dos años, pero no terminé la terapia (...) Después yo me fui al CAPA [Centro de Atención Primaria para las Adicciones] al centro de salud, donde también dan la ayuda (...) me empezaron a dar medicamento para bajar la ansiedad porque me dijeron que tenía trastorno de la personalidad y estaba muy depresiva y me empezaron a dar medicamento antidepresivo durante...como unos 6 años la flouxitina. M7-EDOMEX

Sobre la prescripción temporal de los medicamentos en una de las juntas de hora y media del grupo de mujeres de "AA" a las que asistí, una de las compañeras (M8-CDMX) compartió su analogía para expresar su cuestionamiento hacia los medicamentos psiquiátricos. Ella nos explicó que veía el uso del medicamento como algo que cura una herida en la mano, que solo es hacer una curación, pero después se coloca una venda que es como dar una caricia, que el grupo le brindó esa caricia cuando ella lo necesitó, y a mi entender le dio a mi interlocutora la fortaleza para levantar la voz al expresar que existen alternativas a la medicalización de los malestares de las mujeres (información obtenida del diario de campo para esta investigación). Por su parte Gúzman et al. (2021), subrayan el papel de los grupos de apoyo mutuo en los procesos de desmedicalización, además mediante estos modos de ayuda se cuestiona la idea de que los problemas de salud mental son causados y vividos de forma individual (Erro, 2021), contrario a esta noción se enfrentan los problemas y sufrimientos de forma colectiva, solidaria, activa y contrahegemónica a los mecanismos convencionales sobre la salud mental, en este caso los daños por el consumo de alcohol.

En relación con lo anterior se destaca que los tratamientos farmacológicos son empleados solo para determinados casos, por ejemplo, la intervención médica psiquiátrica consistió, según lo compartido por las mujeres, en la orientación sobre el manejo temporal de fármacos para aminorar la sintomatología física asociada a estados de depresión y/o ansiedad experimentados por las mujeres cuando dejaron de ingerir bebidas alcohólicas, así mismo recibieron supervisión médica especializada ante la expresión de los intentos de suicidio.

Cabe destacar que las mujeres mantuvieron la ayuda de sus compañeras del grupo femenino de "AA", este apoyo difiere de la intervención individual temporal centrada en el autocuidado. El apoyo entre las compañeras de la agrupación consiste en proporcionar en lo colectivo, información sobre los servicios de atención especializada, situación que difirió del personal de salud cuando les sugirieron mantenerse en las juntas de Alcohólicos Anónimos, también visitan a sus compañeras cuando se encuentran hospitalizadas, sensibilizan a los familiares

sobre la situación de salud de las mujeres e incluso cooperan para la compra de medicamentos. Así lo compartió una de las participantes:

Apenas tuvimos una experiencia con una compañera que tenía delirios y eso combinado por decir con el alcohol. Entonces por decir cuando nosotros vemos pues les sugerimos ¿no? ¡Mira...no está demás que vayas por decir como con un psiquiatra, porque a lo mejor necesitas medicamento! ¿no? y ya por decir a ella la canalizamos al psiquiátrico de Santa Catarina o por decir como al CAAF, también existe este lugar o sea puedes acudir al toxicológico (...) Lo que hacemos por decir es invitarlas ¿no? este...hay un toxicológico aquí en Pantitlán, entonces a esa compañera por decir este...tuvimos que ir a internar allá que es por decir un centro...pues de salud pública ¿no? pues donde igual están psiquiatras, está la parte médica y ella estuvo internada un tiempo ahí, entonces en ese, cuando nosotros por decir le decimos a la familia: ¡sabe, existe este lugar!, pero usted se tiene que ir, tiene que haber un familiar responsable, porque nosotros no nos podemos hacer responsables [en las unidades médicas no les permiten ser responsables del tratamiento si no son familiares directos] pero...la familia queda como responsable, pero nosotros vamos a verla, necesita por decir ayuda de que...les piden algún medicamento pues ya nosotros por decir como que contribuimos, no estamos obligados. M5-CDMX.

Sin embargo, también es importante revelar el retraso de la orientación o tratamiento médico especializado, pues las mujeres experimentaron desde años atrás la tristeza, melancolía, frustración ante las experiencias vividas desde sus primeras etapas de vida (trayectoria salud-enfermedad).

Las experiencias relatadas develan que las mujeres han estado sujetas a condiciones estructurales de desigualdad, provocando las violencias contra ellas, hacia sus madres y hermanos/as desde el seno familiar, viviendo bajo la injusticia, así como con el silenciamiento de las relaciones de opresión. Una condición más de desigualdad para las mujeres del estudio ha sido la pobreza, donde además el mandato de género les impuso el papel de ser madres o esposas, limitándoles el desarrollo de sus propios anhelos, dejando en ellas la sensación de “incapacidad” para cuidar de sus hijos e hijas pese a su problema de salud, debiendo vivir bajo el estigma, la discriminación y violencia por ser consumidoras de bebidas alcohólicas.

Finalmente, las desigualdades acumuladas, que además son violatorias de sus derechos humanos como mujeres, se constituyen en los determinantes de sus padecimientos, más grave aún en el retraso y la forma de atenderlos.

Como consideración final para este apartado, es necesario contextualizar la problemática del acceso a los medicamentos que las mujeres M5-CDMX y M7-EDOMEX vivieron durante la atención sanitaria entre los años 2003 y 2010 respectivamente (ver figuras 4 y 6). Para ello, antecede que en el año 2000 la Secretaría de Salud del Distrito Federal, ahora Ciudad de México, puso en marcha el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG) dirigido a las y los capitalinos que no contaban con seguridad social laboral, dicho proyecto se concretó en Ley en el año 2006. Estas nuevas políticas centradas en los principios de “universalidad, gratuidad y equidad, entendida como la no discriminación en los servicios” (Laurell y Cisneros, 2015, p. 55) priorizaron la salud como derecho social y humano y el Gobierno como figura obligada para garantizarlo. Bajo este nuevo esquema social, se buscó erradicar las desigualdades en salud, sin embargo, las acciones se debatieron con los proyectos federales en esta materia. La creación en el 2003 del Sistema de Protección Social en Salud operado mediante el Seguro Popular limitó, por diferencias en la concepción de la salud como derecho humano y por razones burocráticas, así como de mercado, que las instituciones Federales ubicadas en la ahora llamada Ciudad de México proporcionaran de forma gratuita los tratamientos y medicamentos. Este hecho posiblemente determinó la falta de acceso gratuito de medicamentos en el caso de las mujeres de este estudio.

En el año 2020, la política nacional de salud emprendió la sustitución del Seguro Popular por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI, 2020), entre varios de sus objetivos se encuentran garantizar el derecho humano a la protección de la salud bajo los principios de igualdad y universalidad (p.13) por lo tanto, la prestación de tratamientos y medicamentos deben ser gratuitos para toda la población sin seguridad social, incluyendo los fármacos de uso psiquiátrico. Con base en lo anterior asumo que, si bien los cambios en el sistema de salud están en proceso,

es de esperarse que estas transformaciones también se vean reflejadas en la oportuna atención médico-sanitaria e integral para las mujeres que viven los daños por el consumo de alcohol (INSABI, 2020).

5.5.3. ¡Se pensó en la mujer! Prácticas y saberes en la recuperación de su salud

Spinelli (2016) ha referido al territorio como un espacio colectivo e histórico en el que de forma continua y cotidiana se apropian, negocian, gestionan y construyen saberes, así como prácticas en salud, un espacio como sitio del hacer. Esta deliberación también afirma que, si bien los saberes de la medicina científica son necesarios y útiles para la recuperación de determinadas enfermedades, no son los únicos a emplearse, de ahí que se puede pensar en salud o en su recuperación “más allá de la biomedicina” (p.150). Apoyada en la disertación del autor, concretamente sobre el sentido del territorio, primero explico las experiencias de las mujeres al recibir ayuda en grupos de Alcohólicos Anónimos (territorio/sitio del hacer) destacando el antecedente histórico social de los grupos de apoyo mutuo (Gúzman et al., 2021). Posteriormente, muestro el sentido de lo colectivo en la producción y apropiación de prácticas y saberes en el proceso de su recuperación.

¡Se pensó en la mujer! (M6-CDMX), así lo expresó una de mis interlocutoras cuando le pregunte ¿por qué pensaron en abrir un grupo de mujeres que mejor irse a una agrupación mixta?, entonces respondió y comenzó a contarme la historia de su agrupación. Fue en el año de 1987 cuando ella y varias de sus compañeras al conocerse dentro de un grupo mixto decidieron formar su congregación. Y es que la comunidad “AA” de esa época aún era reducida como para pensar en otras opciones según me lo explicó con las siguientes palabras: “*en ese entonces eran muy pocos los grupos y no había mucha información*”. Al retomar la figura 10 sobre la cronología de los modos de atención, se identifica que los Centros de Integración Juvenil y el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares ya brindaba tratamiento especializado en esos mismos años, sin embargo, mi interlocutora solo identificó a

las agrupaciones como opción para pedir la ayuda. Aun así, las necesidades para construir un nuevo espacio para las mujeres que vivieron los daños por el consumo de alcohol fueron más grandes que lidiar con las circunstancias existentes dentro del grupo mixto.

Estas necesidades consistieron en superar, por parte de las mujeres madres, el temor que aún seguían teniendo cuando subían a la tribuna para compartir sus experiencias, pertenecer a un grupo de “AA” en el que la recuperación consiste primordialmente en expresar sus vivencias entre “iguales” o frente a sus compañeros se convirtió en un espacio donde no podían romperse estereotipos como la pasividad, asimismo se convertía en una fuente más de represión para silenciar las relaciones de poder y violencia que ejercieron algunos varones contra ellas. La mujer a la que entrevisté me compartió cómo se sentía al estar en la misma agrupación donde asistió su pareja:

*Como a él siempre le tuve mucho, más bien miedo y uno vaya a decir algo que él [esposo de la entrevistada], por decir pues alguna cosa que vivimos él y yo, como la mala vida, como él andar con otras personas, entonces...por eso yo no podía hablar, no podía decirle y yo la verdad fui siempre una persona tímida, yo no hablaba, yo no participaba, yo me quedaba callada, me preguntaban ¿cómo estás?, ¡bien, bien! nada más era lo único que decía.
M6-CDMX*

Fue a partir de que las mujeres comenzaron a tomar conciencia de la falta de alternativas y de las dificultades para recuperarse de su consumo de alcohol, aun estando en el lugar para hacerlo, las agrupaciones en su mayoría organizadas y representadas por hombres con problemas por el alcohol seguía incidiendo en la censura de estas mujeres. Pese a lo anterior, para ellas fue más importante saber de su capacidad, así como de su creatividad para reorganizarse y emprender, en un contexto de precariedad, un espacio entre mujeres y para mujeres consolidando la creación, así como la apropiación de un nuevo lugar, que además representó un

sitio alternativo al espacio doméstico donde se habían ocultado como bebedoras de buró³⁹. Así mi participante lo explicó:

Mujer: Los prejuicios, muchas veces la mujer no se puede desahogar cuando hay hombres, para eso fue la idea de abrir ese grupo

Investigadora: ¿cómo se dio cuenta usted de eso?

Mujer: para mí me di cuenta con mi esposo, que yo no podía participar cuando él estaba, ni él se podía desahogar cuando yo estaba, entonces ese era el motivo de que esta compañera veía eso así y... ¡vamos a abrir un grupo de puras mujeres! M6-CDMX

Cabe decir, que en este breve testimonio mi entrevistada brindó la guía a seguir para ir contestando varias de las preguntas en esta investigación⁴⁰. Pues mediante la frase “*se pensó en la mujer*”, fue posible visibilizar el conjunto de daños relacionados al consumo de alcohol, para reconocer y develar sus necesidades en salud mediante su propia voz. Sensibilizarme como lo sugirió Ettore (1998) hizo posible la identificación y cuestionamiento de las condiciones sociales y de género determinantes en la alcoholización de las mujeres y en su atención frente a un contexto en el que el consumo del alcohol como problema de salud ha sido concebido desde una mirada androcéntrica, desvaneciendo el malestar y las emociones cuando se interpretan las experiencias desde el enfoque biomédico.

En esta trayectoria de atención también se destacó la participación de mis interlocutoras para encontrar respuestas a sus problemas cotidianos y lograr la abstinencia, así como para revelar las acciones empleadas en el mantenimiento de un espacio, de un territorio —apoyadas en las tradiciones de la comunidad de “AA”

³⁹ Ver trayectoria salud-enfermedad

⁴⁰ En la página 24 de este trabajo, así planteé mis cuestionamientos: “Este punto de discusión me llevaba a detenerme y preguntar: ¿por qué ellas?, ¿por qué las mujeres? o ¿por qué las experiencias de las mujeres, no? ¿acaso las mujeres no protagonizan su recuperación? ¿acaso se piensa que ellas no existen o no son vistas?, ¿acaso parte del problema es su invisibilización? ¿cómo sostener la importancia de su estudio debido a los daños a la salud por el consumo de esta sustancia? y sobre todo ¿cómo explicar su proceso de atención?, esta última pregunta sacudía y debilitaba mi inicial cuestionamiento, el cual había sido ¿si existen tratamientos especializados para el alcoholismo, por qué las mujeres no acuden? “

— que les instigó a seguir trabajando por ellas y por las mujeres que también pueden acudir a su agrupación. Una de las participantes así me lo explicó:

Aquí se nos enseña por decir el servicio ¿no? y uno por decir como de los principales objetivos de “AA” es transmitir el mensaje, entonces hay una oficina en donde... vienen y se sacan como datos, de informaciones por decir que hacen como en un hospital, entonces se levantan fichas, esas fichas llegan aquí y nosotros vamos a visitar por decir como a las personas, a las mujeres que es a lo que es por decir más a lo que yo me he dedicado porque a los hombres no, entonces me ha tocado por decir ir a su casa a platicar con ellas o invitarlas por decir a un grupo. M5-CDMX

En este sentido, las acciones para recuperar su salud han consistido en brindar confianza y aceptación reduciendo el estigma y discriminación vividos durante la alcoholización o en sus largas trayectorias para al buscar la ayuda. El apoyo brindado entre mis interlocutoras les permitió contribuir con acciones para mantener espacios donde trabajan acompañadas contra los problemas y malestares que les aquejan. Difícilmente se sienten solas cuando expresan sus vivencias y emociones en confianza, libertad y aceptación, identificando necesidades comunes⁴¹. En el siguiente relato la mujer reconoció cómo la agrupación de mujeres le brindó el apoyo para iniciar su proceso de recuperación. Particularmente porque ella creyó que después de varios lugares a donde había acudido como el programa de cuarto y quinto paso, ya no tendría más opciones a donde ir y es que mi interlocutora desconocía, hasta ese momento otras alternativas para su atención. La siguiente experiencia lo develó:

⁴¹ En enero de 2021 asistí al aniversario de una de las compañeras. Como parte de una plática informal, una mujer de la agrupación me explicó que este ritual tiene el objetivo de testificar que es posible alcanzar la sobriedad en “AA”. La mujer con quien conversé me compartió lo difícil que había sido para su compañera llegar a este momento, pues el consumo de alcohol se facilita en fiestas decembrinas. Ante tal situación, la mujer que cumpliría su primer aniversario expresó frente a sus compañeras de grupo la angustia vivida ante el peligro de recaer, por tal motivo pidió no la dejaran sola el 24 de diciembre de 2020, fue entonces como decidieron entre todas organizar una pequeña cena después de realizar la junta de hora y media. Finalmente, el festejo del primer aniversario se celebró, ese día todas las mujeres reunidas estaban muy contentas y orgullosas de haber ayudado a su compañera, también yo me sentía alegre de haber recibido su invitación y poder compartir ese momento con ellas (información del diario de campo para esta investigación).

Se me hizo, se me hizo como más cómodo y, y que de verdad sí, si yo quería avanzar tenía que encontrarme en un lugar donde yo me sintiera a gusto, que, que no hubiera como prejuicio para mí, para hablar, para decir mis cosas ¿no?, porque en mi vida me ha sido difícil como relacionarme como con mujeres, siempre fui muy dada a relacionarme con hombres y de repente decidir estar entre mujeres donde yo no como...que no podía encajar, pero era más así la necesidad de lo que yo sentía y como me sentía ¿no? y desde que yo llegué tuve como el firme propósito, así como que ¡no te conflictúes, no te metas en problemas, porque ya no hay más a donde vayas!” M10-CDMX.

El testimonio anterior también ayudó a reconocer que el trabajo colectivo emprendido por las mujeres contribuye en la reducción de las desigualdades en la autoatención, dicha situación no necesariamente se observó en la atención médica-sanitaria, quizá porque la concepción de la enfermedad y su reparación ocurren bajo una visión individual, además la relación con el profesional de la salud se presentó desde la asimetría.

Cabe apuntar, que las mujeres retomaron su capacidad para reorganizarse, incluso en el contexto de la crisis sociosanitaria actual. Esto muestra cómo desde el territorio, los microgrupos y las mujeres tienen la capacidad de agruparse y responder a sus necesidades en salud, disminuyendo las brechas en la atención de mujeres que viven los daños por el consumo de alcohol. Esto no significa que el sector público de salud deje de garantizar la disponibilidad y accesibilidad de tratamientos médico-sanitarios con perspectiva de género y con enfoque en los derechos de las mujeres, sin embargo, también es necesario que la respuesta dada por dicho sector fortalezca su articulación con las necesidades en salud identificadas desde la autoatención. Así lo expresaron las mujeres:

El grupo fue cerrado cuando fue lo de la pandemia, de hecho, por decir cuando empezó empezamos a sesionar por decir, nada más tres días a la semana, luego pues aquí hubo la experiencia de que una compañera falleció de COVID y entonces, a partir de cuando ella falleció el grupo se cerró, entonces lo que hicimos fue este...como llamadas virtuales (...) Convocamos una junta por el Whats App y ya pues en, en agosto, como a mediados de agosto nos reunimos aquí y entonces ya empezamos a decir pues cómo

vamos a regresar y...pues bueno ya este...pues todas las recomendaciones ¿no? de la sana distancia, todas por decir llegamos de la calle y nos lavamos las manos [recomendaciones sanitarias de la Secretaria de Salud, México] y entonces se decidió vamos ya entonces ya a regresar. M5-CDMX

Dentro de las experiencias recolectadas, una mujer compartió su necesidad de continuar en la agrupación de “AA” en el contexto de la pandemia por COVID-19. Su relato expresa el significado que el grupo, desde la autoatención, da a su vida y su salud. En la experiencia de mi interlocutora, también se develó el riesgo de ignorar las condiciones sociales y materiales de estas mujeres que inciden en la falta de oportunidades para acceder a su recuperación con el uso de la tecnología, para reforzar la noción de que la salud es su responsabilidad y sí enferma o recae en el consumo es por su culpa. Mantener cerrado o limitar el acceso de estas mujeres a la autoatención o a un tratamiento especializado, constituye una desventaja más en el rezago de la atención de las mujeres con este problema de salud. Así fue como mi interlocutora me compartió la importancia de la agrupación para ella:

Mujer: un teléfono bueno pues no lo tengo...no me podía yo conectar yo con las compañeras...pero sí tenía llamadas joye, fíjate que me siento mal! ya me daban el aliento y ya...así fue como yo me la pasé...durante...los meses que se cerró aquí el grupo

Investigadora: cuando volvieron a abrir ¿qué significo para usted?

Mujer: ¡ay! pues una alegría tan grande porque dije: ¡otra vez Dios mío me vas a salvar la vida! M9-EDOMEX

Al retomar las anotaciones del diario de campo durante mis visitas en el grupo de “AA” de mujeres, pude observar la práctica de “la séptima”, la llaman así para hacer referencia a la séptima tradición de la comunidad de alcohólicos anónimos, esta es: “los grupos de A.A. deben mantenerse completamente con las contribuciones voluntarias de sus miembros” (Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2008, p.193). Dar la séptima (una cooperación económica al

terminar la junta de hora y media) permite el sostenimiento mutuo de la agrupación y por supuesto de la recuperación. La recolección del dinero entre las mujeres, según pude escuchar, se utiliza para el pago de la renta del modesto y reducido local donde sesionan, incluye el pago de la energía eléctrica, el gas, la despensa, el jabón y gel antibacterial para seguir las medidas de sanitización. La cooperación con mucha probabilidad excede sus posibilidades, pues recordemos son mujeres que en su gran mayoría dependen económicamente de la pareja. Al destacar esta información, pretendo visibilizar las condiciones materiales y el contexto de precariedad en las que se realiza su proceso de recuperación, las limitaciones reflejadas en el local donde realizan sus juntas eran para las mujeres de esta investigación, un desafío más que tenían que abatir para alcanzar o mantenerse en sobriedad, para continuar sintiéndose seguras al apoyarse mutuamente como mujeres (información obtenida del diario de campo para esta investigación).

Con el propósito de mostrar el trabajo colectivo emprendido por mis interlocutoras y contrastar con la atención en los servicios sanitarios, los siguientes testimonios mostraron el recibimiento dado a dos de las mujeres cuando iniciaron su recuperación en la agrupación:

Alguien me había hablado de este grupo que era de puras mujeres y decido darme a la tarea de buscar su ubicación, dónde estaba y es como llego aquí al grupo yo estaba sentada acá atrás de la esquina, tengo mucho eso ¿no? me quedo muy...o sea me comparaba, así como un perrito cuando ya está perdido y veo pasar a una persona, a una señora muy guapa, muy arreglada, sus gafas y me vengo, la sigo y se da la vuelta y se detiene y es cuando me le acerco, ya me empezó a preguntar y a responder y qué si quería pasar y todo...y sí y me recibieron y aquí estoy. M10-CDMX.

En el siguiente relato también se pudo identificar que el grupo no condicionó de ninguna forma la asistencia de las mujeres, ellas pueden ingresar y regresar a recibir la ayuda en el momento en que lo requieran, incluso si recaen, así fue como me lo explicaron:

Siempre de que yo...quería dejar de beber así...por lapsos, este yo venía y tocaba y las compañeras pues me recibían con las puertas abiertas y ellas siempre me lo dijeron: ¡el día en que tú de veras quieras dejar de beber de todos modos va a estar aquí el grupo abierto para ti!. M9-EDOMEX.

Al destacar estos hechos, también se develaron algunas de las desventajas vividas por las mujeres para recibir ayuda de forma oportuna en la agrupación femenina de "AA". Situaciones como el desconocimiento del trabajo que realiza la agrupación y la comunidad "AA" en general, influye para que las mujeres tarden en recibir el apoyo en la autoatención, el siguiente relato lo devela:

Las compañeras que han llegado aquí [en la agrupación "AA"] se les da por decir la información, tratamos de platicar por decir con ellas, de invitarlas por decir que se den la oportunidad de conocer qué es lo que hacemos, cómo trabaja por decir como el grupo, a compartirlas las experiencias. M5-CDMX

Las siguientes situaciones también influyen en el tardanza de su atención: la pérdida del sentido de vida, razón por la cual se pensó era preferible morir; la desconfianza para intentar la recuperación; el temor a regresar a un anexo o a continuar recibiendo maltrato; el miedo a fallar o ser abandonadas; recibir castigos familiares; su discriminación; hasta sanciones judiciales son tan solo algunas de las situaciones y emociones, que incluso por condición de género, las mujeres experimentaron para decidir integrarse o mantenerse en el grupo. Una de las mujeres quién llegó a la agrupación femenina de "AA" en 2010 (figura 6) así lo compartió:

Yo decía: ¡pues bueno venir a alcohólicos anónimos un tiempo y ya después me voy, si yo no quiero estar aquí por siempre! y este...y yo me acuerdo que le dije a mi conocida, ella me propuso ¡vente a alcohólicos anónimos! y ya le dije: ¡pero para qué, si ya perdí todo...a qué voy si ya perdí todo, no puedo ganar nada! y ya ella me dijo: ¡todavía ni lo intentas y dices que ya!. M7-EDOMEX.

La siguiente mujer inicio su atención en el año 2004, logrando su sobriedad en la agrupación de mujeres de “AA” en el año 2010 (figura 9). Así me compartió su experiencia:

Yo conozco aquí la agrupación porque él [esposo] tiene, bueno tenemos una comadre y ella iba a una agrupación de drogadictos, él le pidió la ayuda de que ¿a dónde me podían atender o a dónde me podían llevar? ya después al último, después de tantos años de golpes y la tomadera y todo eso, él este...acudió con ella y le dijo que ¿adónde me podían ayudar?... ya después mi esposo agarro y me trajo para acá me dijo: ¡ve a pedir información allá! ... nada más me dijo ¡ve y pide informes!, entonces yo vine, toqué la puerta y ya me subieron para allá arriba y ya me dieron la información, pero él esperando abajo (...) Cuando yo llego aquí pues yo sentí que me iban a encerrar [ríe], yo dije: ¡si entro ya no voy a salir de aquí, porque qué casualidad de que me manda sola! y yo no quería, yo no quería entrar ...entonces ya me dijeron: ¡no si sí te vas a ir, nada más es hora y media! y ya me convencieron, pero como en ese rato yo venía...tomada, pues yo no...les entendía nada y nada más les decía: ¡que sí, que sí! entonces ...al otro día este... volví a regresar, me volvió a traer, como una semana, yo conozco aquí en el 2004. M9-EDOMEX

Cabe decir que, en este caso, los intentos por dejar de consumir alcohol llevaron a mi interlocutora a recibir mayor maltrato al ser llamada como loca, mediante este término históricamente utilizado para enmarcar el desmerito hacia las mujeres, se le juzgó como una persona que constantemente ha vivido en el error y, en todo caso, requiere reunirse con quien al igual que ella ha fallado en su mandato femenino (Basaglia, 1987; Lagarde, 2020; Guzmán et al., 2021). En este sentido, las acciones calificadas desde la visión masculina les merecieron ser llamadas como “las locas”. El siguiente relato así lo devela:

Por eso le digo de las recaídas, me iba...volvía a beber otros meses, volvía a entrar, hasta que en el 2010...este...definitivamente él [esposo] me dijo: ¡si no regresas con las locas! dijo: ¡te voy a encerrar, pero en otro lado! ... y ya agarré y ya desde entonces de ahí para acá. M9-EDOMEX

En este sentido, se observó cómo el problema de la estigmatización y violencia continúa persistiendo en las mujeres madres, incluso son objeto de señalamientos aun participando en agrupaciones de “AA”. Desde luego, la familia no solo desconoció o minimizó que el consumo de alcohol puede afectar la salud de quien lo ingiere y de las personas cercanas, sino también expresó su desconfianza a los grupos de apoyo pues se piensa son perjudiciales para quienes acuden a ellos. Esta situación reveló que, en nuestro contexto, siguen sin reconocerse los saberes gestionados en torno a la salud y su recuperación dentro de las agrupaciones de apoyo mutuo, particularmente los que están centrados en la ayuda a mujeres.

Otra de mis interlocutoras quien inició su participación en 2011 (figura 9) dentro del grupo de mujeres de “AA”, así me lo expresó:

La única persona que sabe que vengo a un grupo es mi hija... mi papá, mi hermano, saben que voy a unas pláticas, pero ellos tienen como otro concepto de “AA”... ¡si usted va a esos lugares, sale peor...! es lo que dice mi papá, dice: ¡fulanito no tomaba tanto, se fue a meter ahí [a “AA”] y ahora está pues peor! M10-CDMX.

Otro de los hallazgos fue reconocer que, las experiencias compartidas entre las mujeres dentro de la agrupación les ayudaron a ver el consumo de alcohol como una enfermedad y no como parte de su identidad, de acuerdo con lo relatado la mayoría de ellas carecían de información sobre el consumo de esta sustancia y los daños que causa.

En un principio siempre quise dejar de beber, pero yo sola nunca pude hasta que llego a un grupo, al escuchar experiencias y empezar a que me ayudaran y que me decían que esto es una enfermedad y que son de consecuencias fatales. M6-CDMX

Una vez identificados los daños vinculados con el consumo de bebidas, a partir de su propia subjetividad y no solo por criterios médicos preestablecidos, también fue posible diferenciar el malestar físico de su malestar emocional. Las participantes del grupo no solo comprenden el proceso de enfermedad, también se apropian de los saberes para su proceso de recuperación, este hecho les ha permitido gestionar y orientar a sus compañeras, particularmente de los saberes construidos sobre lo que ellas y en la comunidad de “AA” se le nombra enfermedad emocional, en este caso considerando su subjetividad como mujeres.

Pese a ello, también se develó la desconfianza en torno a los saberes sobre la recuperación desde la autoatención, quizá porque se ha asumido que el conocimiento sobre la salud y su cura debe provenir desde la voz del profesional médico, y no desde los espacios que han gestionado las propias mujeres madres en “AA”. Esta circunstancia en parte se explica porque históricamente a las mujeres se les ha descalificado y marginado de la apropiación de saberes y prácticas en salud (Fernández, 2004). El siguiente relato lo ha podido denotar:

Pues aquí yo llego casi sin poder caminar, ya era una situación sin beber, pero...una situación física muy deteriorada, muy deteriorada...eh...tengo problemas de, de escoliosis, tengo escoliosis lumbalgica [escoliosis lumbar], entonces este...pues de hecho hasta aquí en el grupo me lo dijeron que yo iba a tener cambios que porque un cincuenta por ciento de mi enfermedad era emocional y a mí eso me molestaba, porque decía ¡es que ellas ni siquiera saben lo que a mí me duele, cómo se atreven a decirme eso, si ni siquiera son doctoras! y hoy le puedo decir que es cierto, hoy es cierto. M10-CDMX.

Por otra parte, tomar conciencia individual y de las necesidades comunes dentro de un grupo de apoyo, lo que también significa gestionarse fuera de los dispositivos médicos de la salud mental (Guzmán et al., 2021), les brindó a las mujeres madres legitimidad y confianza para expresar, cuestionar y denunciar lo que no puede quedar más en silencio e incluso nombrar las desigualdades que aún siguen sin atenderse. Mediante esta forma de concientización y uso colectivo de sus

experiencias como mujeres madres, se logró nombrar la enfermedad, así como los daños que otras personas les han causado o los daños en los que ellas participaron, finalmente esta expresión y recurso político de las mujeres (Lagarde, 2021) les permitió reconocer responsabilidades cuestionando las injusticias relacionadas con sus malestares e ir trabajando en su sobriedad. Así fue como se explicó:

Desde que yo llego al grupo dejo de beber y no vuelvo a beber, no hubo recaídas en cuestión del alcoholismo, porque, porque en un principio yo dije ¡por ustedes! pero al llegar a un grupo me enseñan que las cosas no son así, porque soy yo, la del problema soy yo, no ellos, si al rato ellos, cualquier falla, un error que yo vea de ellos y vuelvo a beber ¡por su culpa de ustedes volví a beber! y es donde uno culpa los demás, buscamos culpables y ya en una agrupación uno va entendiendo que no es así, que no es así, que no hubo ningún culpable, simplemente que es una enfermedad. M6-CDMX

Otra mujer así lo compartió:

Qué hacían mis hijos, ¡eso no era correcto! Cuando llego aquí me doy cuenta de que yo... ¿por qué aguante infidelidades, golpes y alcohol? cuando me defendí, me empecé a revelar. M8-CDMX

Mi entrevistada al compartir su relato, empleó la palabra “revelar” para señalar la exigencia de sus derechos no reconocidos por años y por generaciones. Su derecho a la salud y a una vida donde no se naturalice ni legitime la violencia contra ella comienzan a ser reclamados frente a las compañeras que al igual que ella viven opresiones comunes por su condición como mujeres y madres sumado a su situación de salud.

Otra de las transformaciones para las mujeres madres que han participado en este grupo de “AA” fue reconocer no solo los cambios personales, sino la forma en que ellas han trabajado sobre su aceptación, reconocimiento y respeto, no sin dejar de aprender a cuidarse de forma grupal y en comunidad por el sentido de espacio vital que les otorga el grupo de “AA”. Desde luego no pretendo afirmar que las mujeres

solo cambiaron de actitud frente al problema de su consumo, es el reconocimiento de malestares e injusticias comunes que las afectan como se van involucrando de forma conjunta para reconocer su derecho a cuidar de ellas, disminuyendo desde el primer contacto con el grupo, los señalamientos, el rechazo y maltrato de las que han sido objeto. Mediante su afiliación también van legitimando sus prácticas de recuperación y al continuar compartiendo o “colectivizando” (Guzmán et al., 2021) dignifican su experiencia y vida como mujeres, manteniendo espacios de recuperación abiertos para otras mujeres con estos problemas de salud. Así me lo fueron compartiendo varias de ellas:

Aquí en “AA” me enseñaron mucho por decir...como a quererme ¿no?, porque había muchos actos ¿no?...yo podría decir que me quería, pero en realidad pues me estaba destruyendo, entonces también por decir me ha llevado como en ese proceso de reestablecer mi autoestima de...también por decir cómo realizarme en un aspecto como profesional ¿no? este...pues como en el aspecto por decir como que sentimental, entonces para mí por decir el día de hoy ser, ser este...ser mujer ¿no? y saber por decir que tengo una enfermedad. M5-CDMX

Otras mujeres así lo compartieron:

Si yo le platicara todo lo que me ha regalado “AA”, me pongo a llorar, hoy tengo una buena relación con mis dos hijos. M10-CDMX

Pues yo he visto muchos cambios en la casa, por ejemplo, la confianza de mis hijos, el respeto, el pues la confianza entre...hoy en día que hay entre la pareja y yo, porque antes pues antes, la pareja no me quería dejar ni salir ni a la puerta, porque ya pensaba que me iba a tomar con quien sabe quién o qué me iba a ir de la casa. M9-EDOMEX

Este hallazgo coincidió con el testimonio de una de las mujeres que entrevisté durante la fase de aproximación-exploración.

[La agrupación] *me dio la vida, porque me dio la oportunidad de continuar (...) Porque hoy sé que de mi depende, que alguna mujer que padezca de esta enfermedad sepa que hay una alternativa de solución y que si se puede (...) Porque en el momento en el que está abierto [un grupo de "AA"] se está transmitiendo vida, y una oportunidad para aquella persona que llegue y toque, que nosotros la podamos recibir. M1-EDOMEX.*

Otra de las situaciones que me interesa destacar es que, al compartir sus experiencias sobre la ruptura del cuidado, invariablemente surge dentro del grupo un espacio colectivo para la apertura, es decir, a través de sus experiencias personales y comunes las mujeres han podido cuestionar su papel como madres atrapadas en el consumo de alcohol, identificar contradicciones impuestas en la maternidad como lo son su ideal del amor, la frustración ante el desconocimiento de ejercer una tarea vital como la de criar y cuidar (Lazarre, 2018) mandato exigido en un contexto de precariedad. Así mismo encontraron guías para disminuir el riesgo al que antes de ingresar al grupo estaban expuestas ellas y sus menores hijos e hijas a causa del alcohol y la violencia. Mi interlocutora así lo compartió:

Aprendí que...que del programa tienes que tomar lo mejor y aplicarlo en tu vida, entonces, este...yo en algún momento por decir, como que me doy cuenta que me faltan por decir como muchos aspectos, por decir en esa cuestión de ser mamá y entonces pues yo le empiezo a preguntar ¿no? como que a mis compañeras y la mayoría de ellas me hablaba de las cosas que no habían hecho por sus hijos, porque muchas de ellas por decir habían pasado su alcoholismo y ya habían llegado como a una etapa más adulta, y yo por decir había llegado en una etapa más joven y pues mi hija estaba chiquita, entonces este...pues empiezo a tomar por decir como de ellas y a preguntarles o sea a este...¿cómo le hicieron aquí? este...¿cómo por decir le enseñan a su niño a ir al baño? ¿Cómo por decir, haces a un lado tú neurosis? para no por decir como...como pues agarrarlo por decir, en una descarga, así como de enojo, porque a veces por decir este...a mí se me complicó mucho porque yo vengo de una familia en donde ... por decir mi papá alcohólico y mi mamá neurótica ¿no? entonces este...pues eran cosas que yo me sentía incapaz. M5-CDMX

En este punto de apertura al que me he referido, también se observó cuando las mujeres-madres lograron expresar dentro del grupo el riesgo que corrieron sus hijos cuando ellas estaban bajo el influjo del alcohol, el apoyo entre las mujeres para poder nombrar estos acontecimientos de ruptura del cuidado, incluso expresarse su acompañamiento en el proceso de muerte si deciden continuar bebiendo, pudiendo reconocer el riesgo en el que han vivido. Las mujeres entrevistadas también lograron permanecer activas para evitar mayores daños, encontrar un punto de cambio o reparación como ellas lo llaman.

Además, la escritura de su inventario o historial como práctica de recuperación⁴², su preparación mediante el estudio de la literatura de Alcohólicos Anónimos, la práctica de servir, ver por el cuidado de ellas mismas, transmitir el mensaje así como recibir el apadrinamiento o amadrinamiento, las llevaron a trabajar en sus anhelos, dicho proceso, al que algunas mujeres identificaron como un milagro, también permitieron develar lo que otras mujeres han logrado, llevándolas a aspirar y trabajar en lo que un día ellas mismas pensaron no lograrían al verse solas y estigmatizadas. Los siguientes relatos permitieron identificar estos hechos:

Fue algo increíble, para mí es algo increíble...un milagro de Dios todavía pasa un 15 de septiembre de 2010 y este...todavía yo vivo este...así...bien, bien alcoholizada... ya de ahí este...dije...dije: ¡no ya esto ya no es...! (...) Fue un 17 de septiembre cuando empecé a venir aquí otra vez al grupo ya pues las compañeras este...pues me hicieron bolita, la rueda y ya me empezaron a decir: ¿qué que más esperaba? El 17 de septiembre fue cuando dije ¡no, hasta aquí! y venía diario, diario, diario, diario y dije ¡bueno! pues fue algo increíble porque yo nunca podía dejar de beber! (...) Una compañera me dijo: ¿te quieres morir, te quieres morir del alcohol? ¡órale vamos, yo te compro una botella y hasta...¡con perdón de usted me dijo ¡hasta que cagues sangre...órale, vamos! y yo ya me quedé así [muestra sorpresa en su rostro]...este... y dije: ¡no, pues ahora no!. yo entré mi dije: ¡ahora te voy a demostrar que si puedo dejar de beber y si voy a ser una de ustedes! entonces fue cuando dije ¡no, no, no! y empecé a leer y empecé a agarrar servicio y ya de ahí se me fue yendo, se me fue yendo...la obsesión....[dejar de beber alcohol] (...) Ver cómo, cómo iba cambiando su

⁴² Práctica de sanación que queda abierta para otras investigaciones

vida de ellas y sus experiencias que me platicaban, este...ver cómo iban cambiando, hasta venían riéndose, contentas y...y yo dije: ¿por qué no puedo vivir esa vida? y también una que ya falleció, gracias a ella también me dijo: ¡es que tú también lo puedes hacer, tú también puedes reírte, puedes estar alegre, pero siempre y cuando...tú quieras! entonces ya me metí en la cabeza ¡yo quiero, yo quiero, yo quiero ser feliz!. M9-EDOMEX

5.5.4. Consideraciones finales.

Spinelli (2016) ha señalado dos principales perspectivas que guían la respuesta a los problemas de salud, la racionalidad técnica que predomina en el campo de la atención médico-sanitaria la cual diseña sus acciones y toma las decisiones de forma vertical, individual y basada en la clasificación y la otra perspectiva que ha consistido en pensar en la salud y su recuperación, pero desde el territorio, reconociendo el proceso cultural, histórico y los sujetos sociales actuantes en él.

En el caso de la atención del consumo del alcohol, el tratamiento especializado se provee dentro de las instituciones sanitarias durante un número determinado de consultas para llevar a cabo la intervención o tratamiento médico de forma individual, la persona se cosifica al verla como objeto al que es necesario restaurar, se le despoja de la comprensión de su contexto razón por la cual se le deja de ver como sujeto histórico, más aún cuando se asume que el tratamiento se proporciona de forma indistinta a la condición social y de género del “paciente”. Para el autor realizar este tipo de intervenciones desde la biomedicina se traduce en una incisión vertical la cual ocurre en un determinado tiempo que el personal de salud decide otorgar, desde una posición jerárquica y burocrática.

Contrario a esta visión resultó el proceso de recuperación de las mujeres en el grupo femenino de “AA”, como se pudo observar su recuperación puede llevarlas a trabajar por su salud de forma personal y colectiva durante varios años, a la par que van modificando situaciones concretas de vida. La participación grupal y organización de las mujeres en este estudio de caso también ha aportado al proceso de cambio histórico a largo plazo, como se pudo ver ante la organización de las

mujeres que fundaron este grupo de apoyo. Debido a esto, el sentido del tiempo adquiere otra dimensión para las mujeres madres, ellas se apropian del tiempo para organizarlo y dedicarlo a su cuidado, el cuidado de sus compañeras dentro de la agrupación, manteniéndolas en un continuo proceso de recuperación del consumo de alcohol.

Una última consideración, es confirmar que la existencia de los grupos de autoatención, históricamente han gestionado respuestas a las necesidades de salud y protección de la vida de las mujeres que viven con esta u otras condiciones de salud mental (Guzmán et al., 2021). Su trabajo colectivo y organizado ha sido un punto de apertura vital para varias de ellas.

Sin embargo, el siguiente relato invita a reflexionar que este problema de salud en las mujeres se mantiene e incluso se ha incrementado, dado que persisten las condiciones de desigualdad para las mujeres, concretamente la desigualdad para su atención oportuna e integral tanto en la atención médico-sanitaria como en la autoatención, resultando en graves e irreversibles daños para ellas, sus hijos e hijas y demás familiares. Una de las mujeres así lo explica:

Me doy cuenta que el alcoholismo ha crecido mucho en las mujeres, cuando yo...llegue por decir a "AA", manejaban una estadística de que...por cada diez hombres que tomaban solamente tomaba como ...tres mujeres y ahorita por decir como que la estadística cambió, muchísimo, ahora estamos a la par...entonces me doy cuenta de que pues muchas mujeres necesitan ayuda ¿no?, y a lo mejor por decir los mecanismos que nosotros tenemos en "AA", como ir visitarlas por decir como a la casa, pero yo creo que toda esta información si llegara más a tiempo, por decir a una persona que padece alcoholismo, pues se podría por decir como salvar más o no tendrían por qué llegar a un psiquiátrico o a un reclusorio a una...o tal vez por decir como a un hasta a un anexo ¿no?, porque hay muchos anexos como de mala muerte ¿no? en donde en vez por decir como de ayudarlas, como que complican más su situación y su llegada, por decir como...a qué verdaderamente reciban una ayuda, y que pueda esta ayuda por decir como que llegar de una manera por decir más pronta. M5-CDMX.

Finalmente, esta situación lleva a destacar la importancia de recibir la ayuda, así como repensar las estrategias y políticas desde el sector público y desde los-las actoras en los grupos de autoatención que han contribuido en la gestión de la salud y bienestar en esta materia. También resulta impostergable atender los daños de forma integral asegurando el derecho humano y social de la protección a la salud de las mujeres, contribuyendo con ello a garantizar sus derechos como la libertad, la igualdad social y de género, en este caso para la atención a los problemas por el consumo de alcohol, incluyendo la erradicación de las violencias contra ellas.

VI. Conclusiones

El propósito de este apartado es señalar las consideraciones finales que se despliegan del objetivo de esta investigación, el cual fue: *Conocer la experiencia de las mujeres madres en casa, en torno a la atención que reciben debido a los daños vinculados al consumo de alcohol*. Así, destaco los siguientes puntos:

La respuesta social para enfrentar los problemas por el consumo de alcohol se encuentra organizada por dos primordiales modos de atención, estos son: la atención médico-sanitaria y la autoatención en grupos de ayuda mutua como las agrupaciones tradicionales de Alcohólicos Anónimos “AA”.

Las perspectivas teóricas de la respuesta social organizada y la perspectiva de género me llevaron a comprender la atención a partir de la concatenación entre distintas dimensiones que fui analizando al considerar los niveles de mayor complejidad hasta los hechos concretos, estos niveles —entendidos desde la mirada de las mujeres mediante sus trayectorias sociales— fueron el social e histórico, el cultural, la respuesta de la institución médica, la respuesta colectiva cotidiana, así mismo nombré —en los hechos concretos— las consecuencias físicas y/o psicosociales asociadas al consumo de alcohol que requirieron la atención.

Desde estas perspectivas teóricas, el análisis permitió la reflexión sobre los puntos de encuentro o contradicción entre enfoques para abordar los problemas por el consumo de alcohol. Para ejemplificar lo anterior, al inicio de este trabajo tomé dos enfoques teóricos desde los cuales miré de forma crítica la atención de las mujeres-madres entrevistadas en este estudio, el primer enfoque fue el de la atención simplificada a las acciones individuales, la conducta, basada en la atemporalidad y el segundo abordaje fue el modelo biomédico empleado en el tratamiento especializado. Las mujeres madres entrevistadas en ambas fases del estudio nos enseñan que si explico la atención solo desde la primera orientación teórica, es probable reproducir el estigma y la discriminación al enfocarme solo en la conducta de las mujeres que beben alcohol, invisibilizando las condiciones sociohistóricas y

socioeconómicas en la determinación de su atención y subestimando otros modos de respuesta —porque se piensa carecen de un fundamento médico— a los problemas por la alcoholización como la autoatención en los grupos tradicionales de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos, especialmente las agrupaciones sensibles a las necesidades de salud de las mujeres.

La atención vista como un proceso complejo develó la concatenación de la desigualdad social, de género y desigualdad económica que determinó en las mujeres de este estudio beneficiarse de los tratamientos o programas para cuidar o recuperar la salud y con ello garantizar el derecho a su protección en los servicios sanitarios de carácter público.

La condición de género para las mujeres de esta investigación no solo expresó su desigualdad en las respuestas para apoyarlas dentro de los grupos, también se expresó en otros espacios como el familiar. La desigualdad que ellas vivieron durante sus primeros años de vida se fue sumando a otras situaciones de mayor desventaja como la maternidad no planeada o el matrimonio infantil, estos hechos impidieron mantenerse en una trayectoria escolar en la mayoría de ellas, ya que su tiempo estuvo destinado al mandato de la maternidad y el cuidado.

La persistencia del problema del consumo de alcohol en mujeres es tal que nuevamente se identificó que tanto esta práctica como los daños se ocultan y que en el caso de las mujeres entrevistadas en la segunda etapa de la investigación se vieron obligadas a esconder las consecuencias negativas y la violencia de la que fueron objeto. Cuando asistieron a la atención médico-sanitaria recibieron rechazo, viviendo bajo la culpa. Durante la etapa de embarazo también fueron señaladas y que decir de su decisión de amamantar. Este papel en ellas se desarrolló en solitario y lleno de ansiedad por no poder asegurar a sus hijos/as una condición de salud del que ellas mismas carecen. Esto muestra la reproducción del discurso en torno a que la salud depende de la mujer, y es ella quien debe asegurarla aún y cuando no cuente con las condiciones sociales, familiares o institucionales para hacerlo. El Estado, a través del sector público de salud, así como las instituciones de asistencia social requieren articularse para lograr atender oportunamente esta problemática

que daña la vida y bienestar de las mujeres y de quienes las rodean, no hacerlo implica perpetuar afectaciones y desigualdades incluso de forma intergeneracional, según lo demostraron en las experiencias de mis interlocutoras.

Concerniente al modelo biomédico en el tratamiento especializado, los resultados del estudio me llevaron a señalar la sintomatología sufrida desde la experiencia de las mujeres, sin embargo y como se develó en las trayectorias sociales, no es suficiente con asociar las consecuencias físicas al tipo de consumo de alcohol y a partir de esta asociación determinar la enfermedad. Tampoco basta con considerar que ante cierto tipo de consumo es cuando se necesita buscar la atención.

Por esta razón, es fundamental reforzar las acciones oportunas para que ante los primeros síntomas o malestares se dé respuesta a este problema de salud aun cuando el consumo ocurra en menores cantidades. Dicha información necesita ser explicada en actividades de prevención, así como en la detección, ya que como lo demostraron los hallazgos, las mujeres suelen pedir o recibir la ayuda cuando las consecuencias en ellas o en quienes las rodean son graves o irreversibles.

Bajo el enfoque biomédico y de acuerdo con los hallazgos, fue necesario identificar que el tratamiento farmacológico es una alternativa a la que pueden acceder las mujeres que lo requieran para controlar los síntomas de abstinencia por el alcohol, por lo tanto, es preciso que este grupo de la población disponga de información oportuna sobre el uso temporal de medicamentos, las alternativas sobre los modos de atención, además de contar con la orientación adecuada. Carecer de información oportuna sobre modelos de tratamientos como los de tipo psiquiátrico incide en la falta de oportunidades de recuperación del consumo de alcohol, y de años de sufrimiento, desde luego que estas intervenciones también deben contar con una orientación basada en la perspectiva de género y el respeto a los derechos humanos de las mujeres.

Desafortunadamente para mis interlocutoras, acceder a tratamientos basados en el control del consumo de alcohol fue prácticamente imposible, las características socioeconómicas también limitaron su participación en este tipo de intervenciones.

En este sentido, es necesario garantizar la política de acceso a servicios especializados de salud y medicamento gratuito.

La falta de información sobre opciones de tratamiento y acceso a servicios especializados y medicamentos gratuitos constituyó para las mujeres de esta segunda fase de la investigación un elemento más que profundiza la desigualdad en el acceso a la salud, a esto se añaden las desventajas con las que lidiaron las mujeres entrevistadas para ingresar o permanecer en la autoatención, el conjunto de las dificultades que enfrentaron sugiere que la opción para ellas es continuar como “*bebedoras de buró*”.

Respecto a la autoatención, si bien destacué la participación de las mujeres en los grupos de “AA”, se precisa que su selección como participantes del estudio de caso obedeció a la estrategia metodológica, como lo mencioné, las agrupaciones son el lugar donde pude recopilar experiencias sobre sus trayectorias sociales de atención. Cabe decir que en la investigación no tuve como propósito evaluar este modo de respuesta, mucho menos comparar la eficacia entre grupos tradicionales de “AA” y las ramificaciones del modelo de Alcohólicos Anónimos, sin embargo, fue indispensable referirme a los antecedentes de los grupos para visibilizar de forma crítica su participación en la atención de la alcoholización, así como lograr ubicar la temporalidad de esta forma de respuesta social en nuestro país.

En este sentido, la aproximación a las experiencias sobre las trayectorias sociales de atención de las mujeres que asisten a “AA” —los hechos concretos— develaron que su recuperación ha transitado principalmente en estos programas de ayuda mutua, dejando ver que la carencia de servicios públicos sanitarios sensibles a sus necesidades en salud aún persiste. De forma más preocupante, fue conocer que el retraso en la atención prolongó la carrera alcohólica de las mujeres llevándolas a empeorar sus padecimientos y las consecuencias, precarizando la vida y su bienestar. Esto no es un hecho menor, particularmente cuando la atención que recibieron las participantes en esta investigación puede ejemplificar la atención que reciben otras mujeres madres en condiciones de salud, de desigualdad de género y/o socioeconómicas similares.

Respecto a las conclusiones sobre la autoatención y las mujeres que acuden a grupos de “AA”, puedo reafirmar que este modo de atención forma parte de la acción colectiva para cuidar, prevenir o responder a determinadas enfermedades o padecimientos. Las trayectorias sociales de atención dieron cuenta de la organización de las mujeres para construir espacios-territorios seguros donde se realizan acciones basadas en sus prácticas y saberes. Este hallazgo también me llevó a destacar el carácter histórico sobre la participación que las mujeres han tenido para proteger, recuperar la salud o enfrentar la enfermedad. La conformación y continuidad del grupo femenino de “AA” —de acuerdo con la información proporcionada por mis interlocutoras en la segunda etapa de la investigación— fue un hecho que constató esta apreciación.

En este orden, debo indicar que las mujeres que han pensado en cuidar de otras compañeras mediante la construcción de espacios-territorios disponibles y seguros para ellas, tienen la convicción de reivindicar su dignidad como mujeres al disminuir actos de discriminación por su problema de salud, por lo tanto ellas realizan una actividad política al posicionarse desde una experiencia individual, privada, incluso privativa hacia la experiencia común y de gestión colectiva para su salud, para defender sus derechos, como el de la recuperación.

Los actos convocados por las mujeres que conformaron el grupo de AA también resaltaron que la atención a los problemas derivados del consumo y los saberes para lograr la sobriedad no son propiedad exclusiva de la institución médica-sanitaria ni mucho menos deben asumirse como responsabilidad única del profesional de la salud, desde luego esto no elude la responsabilidad que el personal médico tiene para garantizar el acceso a los servicios sanitarios especializados.

Las precisiones anteriores me permiten destacar el trabajo conjunto que han realizado las/los integrantes de “AA” y los profesionales de la salud, sin embargo, es necesario que en esta colaboración se refuerce y destaque la participación de las mujeres en los procesos de recuperación del consumo de alcohol.

Así también, es necesario incrementar el estudio sobre la atención que reciben las mujeres por su consumo de alcohol, el sesgo de género debe resolverse y no reproducirse porque se piensa que las mujeres van menos a la atención. Como lo destaqué, las mujeres acceden en menor proporción a la atención porque ellas tienen menores oportunidades para recibir el apoyo tanto en el ámbito familiar, el médico sanitario como en la autoatención.

Asimismo, es indispensable conocer las acciones que las mujeres han organizado para hacer frente a los daños vinculados al consumo de sustancias como el alcohol. Los grupos de mujeres de la comunidad LGTBIQ+, mujeres jóvenes o de grupos de 60 años y más, mujeres en situación de reclusión e incluso mujeres de localidades rurales, evidencian la heterogeneidad en las necesidades de atención.

Por último, y de manera no menos importante, fue reconocer que la violencia ejercida contra las mujeres antes de su consumo de alcohol o durante la carrera alcohólica o durante la recuperación, es una de las experiencias a la que están continuamente expuestas, no solo por su condición de género, sino porque la violencia encuentra una justificación para ser exacerbada cuando ellas rebasan los parámetros permitidos de consumo o bien porque se piensa que la recuperación debe ocurrir bajo la coerción. Y qué decir si esta mujer es madre, la violencia contra ella incluso se agrava bajo la justificación de la ruptura del rol de cuidadora, esta serie de hechos también conducen al abandono e impiden reconocer sus padecimientos. Por lo tanto, se debe continuar visibilizando la coexistencia entre la violencia y el consumo de alcohol, para que, en el caso de la atención de las diversas formas de violencia, la que ocurre en casa desde los primeros años de vida, en el sector público de salud e incluso en los programas de recuperación dentro de la autoatención sea erradicada.

Para finalizar este apartado, señalo que la redacción de estas conclusiones no constituye el fin de la discusión sobre la atención de las mujeres madres que consumen alcohol, a mi consideración he dejado al menos dos líneas de investigación abiertas, estas son: la influencia de los movimientos feministas en la

conformación de grupos de ayuda mutua y la investigación sobre la diversidad de mujeres que se auto atienden en grupos como los de Alcohólicos Anónimos.

Referencias bibliográficas

- Aibar, J., Cortés, F., Martínez, L. y Zarembeg, Z. (2013). *El helicoide de la investigación: metodología en tesis de ciencias sociales*. FLACSO.
- Alcocer, J. (2019). Necesitamos incrementar la capacitación de recursos humanos para mejorar la salud mental. *En: Secretaría de Salud. Salud y bienestar*, 3 pp. 6-7.
- Alcocer, M. (2014). "Prostitutas, infieles y drogadictas". Juicios y prejuicios de género en la prensa sobre las víctimas de feminicidio: el caso de Guerrero, México. *Revista de Antropología, Arqueología*, No. 220, pp. 97-118.
- Almanza, A. (2011). *Narrativas acerca del VIH: la mirada del paciente y su red social* (Tesis doctoral), Universidad Nacional Autónoma de México. Repositorio institucional <http://132.248.9.195/ptb2011/diciembre/0675608/Index.html>
- Almanza, A., y Gómez, A. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud colectiva*, 16: 1-17, doi: 10.18294/sc.2020.2533
- Almeida-Filho, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Revista Salud Colectiva*. doi: 10.18294/sc.2020.2751
- Alonso, M., Caufield, C. y Gómez, M. (2005). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres trabajadoras de Monterrey, N.L. México. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13, número especial, 1155-1163.
- Alonso, M., Musayón, F., Scherlowski, H. y Gómez, M. (2006). Consumo de drogas y violencia laboral en mujeres que trabajan, un estudio multicéntrico: México, Perú, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(2), 155-162.
- Antunes, E. y Gallante, J. (2010). Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, 14(34), 539-550.

- Arango, G., López, M., Fernández, S., Arbeláez, M. y Gómez, G. (2004). Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, 22(1), 24-39.
- Bachelard, G. (1974). *La formación del espíritu científico*. Siglo XXI.
- Bart, P. (1982). Determinismo biológico y sexismo ¿está todo en los ovarios? En: López-Fanjul (Coord). *La biología como arma social*. España: Pearson Alhambra
- Basaglia, Franca. (1987). *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla.
- Basaglia, Franco. (1978a). La institucionalización psiquiátrica de la violencia. En: Suarez, A. (Coord.). *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI.
- Basaglia, Franco. (1978b). ¿Psiquiatría o ideología de la cultura? En: Suarez, A. (Coord.). *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI.
- Batthyány, K. (2020). *Miradas latinoamericanas al cuidado*. CLACSO: México. Siglo XXI.
- Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Debolsillo. Año 2019. Décima reimpresión.
- Becker, L. (1989). *El drama invisible. La angustia de las mujeres ante el cambio*. Editorial Pax.
- Becker, L., Ferreira, L., de Mello PadoinII, S., Oliveira, I., Cardoso, C., y Gómez, M. (2014). Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. *Rev Bras Enferm*, 67(3), 366-72. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140048>
- Bega-Martínez, R. (2018). Atravesar las rejas, mujeres en manicomios, violencias y encierro. En: Miranda, M. (Comp). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. Editorial Universidad Nacional de la Plata. pp: 209-235.

- Bello, M., Puentes-Rosas, E. y Medina-Mora, M. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Salud Pública*, 23(4), 231-236.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed. S. M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Suara, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Berenzon, S., Romero, M. Tiburcio, M. Medina, M. y Rojas, E. (2007). Riesgos asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en mujeres alcohólicas de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 30 (1), 31-38.
- Berger, P. y Luckman, T. (2012). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu. Vigésimo tercera reimpresión.
- Berruecos, L. (2013). Repercusiones en la salud por el consumo de alcohol en una sociedad indígena mexicana. UAM-Xochimilco. *Estudios de Antropología Biológica*, XVI, pp. 795-810.
- Berruecos, L. (2017). El abuso en el consumo de alcohol en la comunidad indígena de San Sebastián, Puebla. UAM-Azcapotzalco. *El cotidiano. Revista de la realidad mexicana actual*, No. 201, pp.97-106.
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Balletierra
- Betancourt, C. (2012). *México contemporáneo. Cronología (1968-2000)*. Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México. Secretaría de Educación Pública.
- Borges, G., Medina-Mora, E., Orozco, R., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. y Zembre, S. (2009). Unmet needs for treatment of alcohol and drug use in four cities in Mexico. *Salud Mental*, 32(4), 327-333.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. y Adams, J. (2013). *Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de doce países*. Resumen informe. Organización Panamericana de la Salud.

- Brandes, S. (2004). *Estar sobrio en la Ciudad de México*. México: Random House Mondadori.
- Breilh, J. (1991). *La triple carga: trabajo, práctica doméstica y procreación. Deterioro prematuro de la mujer en el neoliberalismo*. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. CEAS.
- Brown, C. y Stewart, S. (2021). Harm reduction for women in treatment for alcohol use problems: exploring the impact of dominant addiction discourse. *Qualitative Health Research*, 31(1), 54-69. <https://doi.org/10.1177/1049732320954396>
- Bruner, E. (1986). *Experience and Expressions*. En: Tuner, V., y Bruner, E. (Ed.). *The anthropology of experience*. University of Illinois Press.
- Burín, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. En: *Burín, M. Género y salud mental*. Clase llevada a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina. pp.63-78.
- Burín, M. (2012). Masculinidades y feminidades: identidades laborales en crisis. En: Hazaki, C. (Comp.). *La crisis del patriarcado*. Topia.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *Revista de antropología iberoamericana*, 4(3), pp-321-336.
- Calafell, N. (2018). Aproximación a las maternidades (eco) feministas. *Revista de Ciencias Sociales y Humanas del Instituto de Investigaciones Socio-Económicas*, 11(11), 253-256. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/194>
- Canguilhem, G. (1971). *Lo moral y lo patológico*. Argentina: Siglo XXI.
- Capra, F. (1992). *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*. Troquel.
- Carrasco, M., Natera, G., Arenas, L. y Pacheco, L. (2015). ¡Ya no sé ni qué hacer!: barreras para la búsqueda de atención de las necesidades derivadas del

consumo de alcohol. *Salud Mental*, 38 (3), pp. 185-194.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.026>

- Castañeda-Salgado, M. (2005). Mujeres, subjetividad y salud mental. Perspectivas desde la teoría feminista. En: Favela, M. y Muñoz, J. (Coord). *Jornadas Anuales de Investigación*. México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM. pp. 197-214.
- Castro, R. (2021). Algunas claves en la recuperación del Estado en tiempos de COVID-19 en México. En: Pereira, C., Boy, M., Rosales, R., Marmolejo, J. y Muñoz, C. (Coord). *La pandemia social de COVID-19 en América Latina. Reflexiones desde la salud colectiva*. Teseo, pp. 115-137.
- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos (2008). *Libro grande, el texto básico de Alcohólicos Anónimos*. MB. Quinta reimpresión.
- Centro de Integración Juvenil. CIJ. (2019). *Guía de estudio de género. Departamento de capacitación a distancia*. CIJ.
- Chávez-Ayala, R. Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., Sánchez-Estrada, M., y Lazcano-Ponce. E. (2013). Orientación al rol de género y uso de tabaco y alcohol en jóvenes de Morelos. *Salud Pública de México*, 55 (1), 43-56.
- Cherpitel, C. Ye, Y., y Monteiro, M. (2018). Risk of violence-related injury from alcohol consumption and its burden to society in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*, número 42, 1-9.
- Coffey, C., Espinoza, P., Harvey, R., Lawson, M., Parvaez, A., Piaget, JK., Sarosi, D., y Thekkudan, J. (2020). *Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad*. Informe OXFAM Internacional. Disponible en: <https://oxfamilibrary.openrepository.com/handle/10546/620928>.
- Colimil, F. y Paz, D. (2016). La opresión del género sobre las trayectorias de vida de mujeres alcohólicas. *Revista temas sociológicos*, número. 20, pp. 111–135.

- Creswell, J. (2007). *Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications.
- Criado-Pérez, C. (2020). *La mujer invisible*. Planeta.
- Cruz, D. (2021). Encontrando mi enfermedad. Producción de las relaciones sociales en el grupo de autoayuda Nuevo Atardecer de cuarto y quinto paso. *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 1(16), 212-240. <https://doi.org/10.31644/ED.V8.N1.2021.A09>
- de la Cuesta-Bejumea, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.005>
- De Souza Minayo, M. (2002), "Hermenéutica-dialéctica como caminho do pensamento social", en De Souza Minayo, María Cecilia y Suely Ferreira Deslandes, (Organizadoras). *Caminhos do pensamento. Epistemología y método*. Editora Fiocruz, RJ., Brasil, pp. 83-107.
- Diez, M., Pía, M., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Carina, J., Muñiz, A. y Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina. *Revista Salud Colectiva*, Universidad Nacional de Lanús, pp-1-19.
- Encuesta Nacional de Adicciones. E.N.A. (2011). *Alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. ENCODAT 2016-2017. *Reporte de alcohol*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.
- Engels, Federico (1983). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Ed. Progreso, Moscú.
- Erro, J. (2021). *Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile*. Virus.

- Escalante, M. (2015). Salud física y mental de las mujeres presas y sus hijos. En: López-Arellano, O. Y Peña, Saint, F. (Coord). *Salud, condiciones de vida y políticas sociales. Miradas sobre México*. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, pp. 152-188.
- Esquivel, L. (2017). *A Lupita le gustaba planchar*. Debolsillo.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol. ¿placer privado o problema público?* Narcea. ediciones.
- Fernández, I. (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata. Revista de filosofía*, número 33, pp. 191-198.
- Flores, G., Saiz, J. y Cuello, L. (2010). Alcohol. En: Pereiro-Gómez, C. (editor). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Socidroalcohol, pp. 309-420.
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI.
- Foucault M. (2000). *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, N. (2016). Las contradicciones del capital y los cuidados. *New left review*. Segunda época, septiembre-octubre, pp. 111-132., <https://newleftreview.es/issues/100>
- Fuster, N. (2012). La ciudad medicalizada. Michel Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. *Contextos*, 28, pp. 69-82.
- Galaviz, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación. Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Revista Salud Colectiva*, 11(3), 367-379.
- Garazi, D. (2016). Experiencia, lenguaje e identidad: algunas notas sobre el concepto de experiencia en la obra de Joan W. Scott. *Trabajos y comunicaciones*, 43 e013, pp. 2-11.

- García, D. y Guzmán, G. (2019). Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia. *Átopos*, pp. 57-82. https://www.researchgate.net/publication/333787164_Locura_y_feminismo_viajes_de_sujecion_y_resistencia
- Garduño, M. Salinas, A., y González, D. (2015). El derecho de las mujeres a la salud. En: López-Arellano y López-Moreno. (Coord). *Derecho a la salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Pp. 187- 208.
- Goffman, E. (1970). *El ritual de la interacción*. Tiempo Contemporáneo.
- Goffman, E. (1972). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores.
- Gómez, B., y Tena, O., (2018). Narrativas de mujeres en torno a su experiencia de no maternidad: resistencias ante tecnología de género. *Revista interdisciplinaria de estudios de género*. El Colegio de México, 4: 2-35. e310, <http://dx.doi.org/10.24201/eg.v4i0.310>
- Gómez, C. (20 de noviembre de 2011). *Pare de Sufrir: soluciones milagrosas para los fieles; veta financiera para sus ministros*. *La Jornada*, p. 2. <https://www.jornada.com.mx/2011/11/20/politica/002n1pol>
- Gómez-Dantés, O., Alonso-Concheiro, A., Razo-García, C., Bravo-Ruiz, M., Orozco, E., Serván-Mori, E., Alpuche-Aranda, C., Hernández-Ávila, M., Híjar-Medina, M., Lamadrid-Figueroa, H., Medina-Mora, M., Mohar-Betancourt, A., Reynales-Shigematsu, L., Rivera-Dommarco, J., Riojas-Rodríguez, H., Campillo-García, J., Lozano-Ascencio, R y Martínez-Palomo, A. (2017). *Prioridades de investigación en salud en México*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Góngora, P. y Leyva, M. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. El cotidiano. *Revista de la realidad mexicana actual. División de Ciencias Sociales y Humanidades*. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. No. 132:84-91

- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Paidós.
- Gundermann, H. (2018). El método de los estudios de caso. En: Tarrés, M. (Coord). *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. FLACSO México y El Colegio de México. Tercera reimpresión. pp.231-264.
- Gutiérrez, A. (2021). Lo “natural” es político experiencias sobre lactancia materna en Ciudad de México y Morelos. En: Barcenás, K. (Coord). *Género y sexualidad en disputa. Desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico*. Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM.
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A. y Juárez, F. (2007). La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30 (4), 62-68.
- Gutiérrez, R., Medina-Mora, E., Jiménez, A., Casanova, L. y Natera, R. (2015). Estilos de afrontamiento a la “obsesión mental por beber” (*craving*) en bebedores en proceso de recuperación. *Salud Mental*, 38(3), 177-182. <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.025>
- Guzmán, G., Pujal, M., Mora, E., García, D. (2021). Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. Mujeres, adicción y rehabilitación. Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Revista Salud Colectiva*, pp. 1-16. doi: 10.18294/sc.2021.3274
- Hernández-Antonio, A., Sánchez-Sánchez, M., Pérez-Cervera., Y., Vlesco-Sosa, T. y Marcos-Melgar, J. (2017). Síndrome alcohólico fetal. Avances en Ciencia, *Salud y Medicina*, 4(1), 22-25.
- Hernández de Gante, A. (2015). Entre la violencia y la equidad desde la perspectiva de género. En: Mendieta-Ramírez, A. (Coord). *¿Legitimidad o reconocimiento? de las investigadoras del SNI*. Retos y propuestas. México, La Biblioteca, pp.91-99.

- Herrera, J. y Arena, C. (2010). Consumo de alcohol y violencia domestica contra las mujeres: un estudio con estudiantes universitarias de México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (Spec), 557-564.
- Hutton, F., Wright, S., y Saunders, E. (2013). Cultures of intoxication: Young women, alcohol and harm reduction. No.1. pp. 451-480. <https://doi.org/10.1177%2F009145091304000402>
- Informe sobre la situación mundial de alcohol y la salud 2018. (2019). *Resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ingleby, D. (1982). Comprender las enfermedades mentales. En: Ingleby, D. (ed). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo. p. 23-86.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.
- Instituto de Salud para el Bienestar –INSABI–. (2020). *Modelo de salud para el bienestar dirigido a las personas sin seguridad social, basado en la Atención Primaria en Salud*. México Secretaría de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. –INEGI–. (2019). *Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/534997/INEGI_SCT_IFT_ENDUTIH_2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. –INEGI–. (2020). *Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. –INEGI–. (2021). *Cuantificando la clase media en México 2010-2020*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. –INEGI–. (2021, enero 27). *Características de las defunciones registradas en México durante enero a agosto de 2020*. México. Comunicado de prensa núm. 61/21. pp. 1.4.

- Jarillo, E. y Arroyave, M. (1995). El conocimiento de la salud y las ciencias sociales. *Rev. Esp. Salud Pública*, 3(4), 265-274.
- Jarpa, C., Parra, Y. y Escamilla, D. (2016). Historia de vida de mujeres en proceso de rehabilitación de drogas. *Comunic-acción*, 7(1), 27-37.
- Kleinman, A. (2012). Culture, Bereavement and Psychiatry. *The Lancet*, 379 (9816), 608-609.
- Kovel, J. (1982). La industria norteamericana de la salud mental. En: Ingleby, D. (Ed). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Grijalbo. pp. 87-128.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Morata.
- Lagarde, M. (2020). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Siglo XXI.
- Laurell, A. (1982). La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico-sociales*. UAM-Xochimilco no. 19. pp. 1-11.
- Laurell, A. (1994). La concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez, I. (Coord.). *Lo biológico y lo social. Serie desarrollo de recursos humanos*. No. 101. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. pp. 1-19.
- Laurell, A. y Cisneros, A. (2015). Construcción de un proyecto contra-hegemónico de salud. El caso del Distrito Federal, México. En: Tetelboin, C. y Laurell, A. (Coord.). *Por el derecho universal a la salud. Una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. UAM-X y CLACSO.
- Lazarre, J. (2018). *El nudo materno*. España: Las afueras editorial.
- Levesque, J., Harris, M. y Grant, R. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 2-9.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Última reforma publicada DOF 01-06-2021.

- López-Arellano, O. y Blanco-Gil, J. (2004). Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Revista Salud Problema*, 8 (14-15), 7-16.
- López-Arellano, O., López-Moreno, S. y Moreno-Altamirano, A. (2015). El derecho a la salud en México. (Coord). *Derecho a la salud en México*. Universidad Autónoma de México. Unidad Xochimilco. pp. 51-82.
- López, I. (1999). La dimensión de género de los derechos humanos y la cooperación internacional. En: López, I. y Alcalde, A. (Coords.). *Relaciones de género y desarrollo. Hacia la equidad de la cooperación*. La Catarata-IUDC/UCM, Madrid, pp. 1-11.
- Loredo-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz., A., González-Corona., J. y Gutiérrez-Leyva. C. (2015). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-229. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172o.pdf>
- Lozano, R., Gómez-Dantes, H., Garrido-Latorre, F., Jiménez-Corona, A., Camposano-Rincon, J., Franco-Marina, F., Medina-Mora, M., Borges, G., Naghavi, M., Wang, H., Vos, T., López, A. y Murray, C. (2013). La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 55 (6), 580-594.
- Lozano-Verduzco, I., Romero-Mendoza, M., y Marín-Navarrete, R. (2016). Violence narratives of Mexican women treated in mutual-aid residential centers for addiction treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11 (39), 2-10.
- Marín-Navarrete, R., Eloísa-Hernández, A., Lozano-Verduzco., I., Fernández-De la Fuente, C., Turnbull, B. y Tena-Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *México. Salud Mental*, Vol. 36. (5), 293-40

- Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M. y Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. TSOP. *Orientación psicológica y adicciones*. VIII. P, 1-6.
- Martín, M. (2020). Dibujar los contornos del trabajo de cuidado. En: Batthyány, K. (Coord). *Miradas latinoamericanas al cuidado*. CLACSO: México. Siglo XXI. pp. 243-287.
- Martínez, J., Torres, M. y Orozco, E. (2020). *Características, medidas de política pública y riesgos de la pandemia del Covid-19*. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República. Recuperado de: <http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/4816/Covid19%20%28doc%20de%20trabajo%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Martínez-Salgado, C. (2010). *Por los caminos de la investigación. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 17 (3), 613-619
- Medina-Mora, M. (1993). *Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más en una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán*. (Tesis doctoral). Facultad de psicología UNAM.
- Medina-Mora, M. (1994). Drinking and oppression of women: the Mexican experience. *Addiction*. 89 (8): 958-960.
- Medina-Mora, M. (2002). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Asunción, L. y Salgado de Snyder, V. (Comp). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicanas*. México: Editorial PAX. Pp. 70-84.

- Meler, I. (2012). Las relaciones de género: su impacto en la salud mental de mujeres y varones. En: Hazaki, C. (Comp). *La crisis del patriarcado*. Buenos Aires: Topia.
- Méndez, R. (2017). *Estudio de la carrera moral de mujeres y hombres en el proceso de institucionalización para su tratamiento del alcoholismo: barreras y facilitadores* (Tesis de maestría). Facultad de Estudios Superiores de Cuautla. UAEM.
- Méndez, N., Romero, M., y Salinas, A. (2020). "Ahí voy a estar hasta que Dios me preste vida". Mujeres en grupos de Alcohólicos Anónimos durante la emergencia sanitaria por el COVID-19. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 35-44. ISSN: 2448-573X
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*. México: Editorial Patria.
- Menéndez, E. (2009). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y saúde coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Menéndez, E. (2009). De rituales y subjetividades: reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos*, número 29, pp. 107-120.
- Menéndez, E. (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras. En: Armando Haro (Coord.). *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Lugar Editorial, pp. 33-66.
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, número, 58.pp. 104-113.
- Míguez, C., y Permuy, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. España, *Facultad de Medicina*, 65 (1), 15-22.
- Miller, R. (1982). La ciencia y el papel de los sexos en la era victoriana. En: López-Fanjul. (Coord). *La biología como arma social*. Pearson Alhambra

- Módena, M. (2009). Diferencias, desigualdades y conflicto en un grupo de Alcohólicos Anónimos. *Desacatos*, número, 29. Pp.31-46.
- Mondragón, L., Romero, M., y Borges, G. (2008). Ethnography in an emergency room: Evaluating patients with alcohol consumption. *Salud Pública de México*. 50 (4), 308-315.
- Monteiro, M. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, 25(2), 99-105.
- Mora-Ríos, J. y Natera-Rey, G. (1998). Malestar Psicológico en mujeres y estrés asociado al consumo de drogas en la familia. *La psicología social en México* Vol. 7.p: 260-265.
- Moreno, S. (2020). Entre “saber y no saber tomar”; representaciones y prácticas de varones y mujeres sobre el consumo de alcohol en Yucatán. *Revista Salud colectiva*, 16, 1-22. doi: 10.18294/sc.2020.2533
- Musayón, Y., Vaiz, R., Loncharich, N. y Leal, H. (2007). Mujer, drogas y violencia: complejidades de un fenómeno actual. *Invest Educ Enferm*, 25(2), 84-95.
- Natera, G. (2017). Restauración de emociones en mujeres indígenas con parejas que abusan del alcohol. En: Esteinou, R. y Hansberg, O. (Eds). *Acercamientos multidisciplinares a las emociones*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. pp. 237-261.
- Natera., G. y Casco, M. (1992). La mujer frente al consumo de alcohol (un rol adicional). *Revista de Prevención, Salud y Sociedad*, 5, 31-39.
- Natera, G., Juárez, F., Medina-Mora, M. y Tiburcio, M. (2007). La depresión y su relación con la violencia de pareja y el consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 165-173.
- Natera, G. y Mora, J. (1995). Atribuciones al género femenino en la prevención de las adicciones. En: Pérez-Gil, DS. Ramírez, J. y Ravelo, P. (Coord). *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. CIESAS,

Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de la Nutrición. "Salvador Zubiran". p: 109-123.

Natera, G., Mora, J. y Tiburcio, M. (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 13(2), 165-190.

Natera, G., Moreno, M., Toledano, F., Juárez, F. y Villatoro, J. (2020). Intimate-partner violence and its relationship with substance consumption by Mexican men and women: National Survey on Addictions. *Salud Mental*, 44(3), 135-143. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2021.018

Natera, G. y Valencia, E. (2001). Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Una experiencia de atención al alcoholismo en México. En: Ayala, H. y Echeverría, L. (Coord). *Tratamiento de conductas adictivas*. Universidad Nacional Autónoma de México, p. 93-106.

Navarro, P. y Díaz, C. (1993). Análisis de contenido, En: Delgado, J. y Gutiérrez, J. (Coord). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Síntesis, pp. 177-224.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. (2009). *Para la Prevención, Tratamiento y control de las Adicciones*. Secretaría de Salud.

Ordorika, T. (2005). El concepto de enfermedad: un enfoque conceptual desde la sociología. En: Favela, M. y Muñoz, J. (Coord). *Jornadas Anuales de Investigación*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. UNAM. pp.15-226.

Organización de los Estados Americanos –OEA–. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD.

Páez, O. (2019). Desigualdades horizontales: trabajo de cuidados y bienestar subjetivo a lo largo del ciclo de vida de las familias. *Coyuntura Demográfica*, Número 16, pp. 17-24.

- Perdomo, A. (2018). Signos de la construcción social de la sexualidad femenina. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 23(59), 73-87.
- Pérez-López, C., González, L., Rosovsky, H. y Casanova, L. (1992). La mujer en los grupos de alcohólicos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. pp.125-129.
- Pérez-Orozco, A. y López-Gil, S. (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados. Coerciones en el empleo de hogar y políticas públicas*. ONU Mujeres.
- Prado, C. (2021). Inicia la construcción de la Unidad de Hospitalización para Mujeres en Jalisco. *Centro de Integración Juvenil- Informa*, 26 (93), 23. <https://es.calameo.com/read/006163091ca972e3d7c5c>
- Quintero, S., y Ramírez, M. (2020). El uso del método estudio de caso en el estudio de las vejeces. Una oportunidad para el acercamiento vivenciado de la realidad del adulto mayor. En: Jiménez, R., Mendoza, C., Rodríguez, A. (Coord). *Introducción a la metodología cualitativa para el estudio de la vejez y el envejecimiento*. Universidad Autónoma de Tlaxcala. pp. 108-126.
- Ragin, C. (2007). *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. Sage.
- Ramírez, L. y Antonia, L. (2008). Surge en mi otra mujer: significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Universidad Federal do Rio de Janeiro*, 12(4), 693-698.
- Ramírez, S. (2013). Usos y desusos del método etnográfico. Las limitaciones de las narrativas en el campo de la salud. En: Romaní, O. (Ed). *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. URV, pp. 43-63.
- Ramos, I. y Saltijeral, T. (2008). ¿Violencia episódica o terrorismo íntimo? Una propuesta exploratoria para clasificar la violencia física contra la mujer en las relaciones de pareja. *Salud Mental*. 31 (6): 469-478

- Reporte de la sociedad civil sobre consumo nocivo de alcohol. (2020). *Coalición Latinoamericana saludable*. NCD Alliance.
- Rodríguez, E., Fuentes, P., Ramos-Lira, L., Gutiérrez, R. y Ruiz, E. (2014). Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 37 (4), 355-360.
- Rodríguez, E., Romero, M., Durant-Smith, A., Colmenares, E. y Saldívar, G. (2006). Experiencias de violencia física ejercida por la pareja en mujeres en reclusión. *Salud Mental*. 29 (2): 59-67.
- Rojas-Ortega, L. y Jarillo-Soto, E. (2018). El cuidado en salud: referentes desde la Salud Colectiva. En: Jarillo-Soto, E. y López-Arellano, O. (Coord). *La salud colectiva en México. Quince años del Doctorado en la UAM*. UAM-Xochimilco. pp: 105-125.
- Romero, M. (1998). *Estudio de las adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental*. (Tesis doctoral). Facultad de filosofía y letras. Universidad Nacional Autónoma de México. U.N.A.M.
- Romero, M. (2011). Mujeres y adicciones. Reflexiones desde una perspectiva de género. En: Romero, M., Medina-Mora, M. y Rodríguez, C. (Ed). *Mujeres y adicciones*. CENADIC. pp. 19-36.
- Romero-Mendoza., M. y Díaz-Martínez, A. (2002). Ciclo vital femenino y abuso de sustancias psicoactivas. En: Asunción, L. y Salgado de Snyder, V. (Comp). *Cálmese, son sus nervios, tómese un tecito. La salud mental de las mujeres mexicana*. PAX, pp. 85-103.
- Romero, M., Lozano-Verduzco, I., Saldívar, G. y Manríquez, Q. (2017). "Something that could get rid of the cold inside". Women's motives for using addictive substances from a gender perspective. *Journal of Substance Use*, pp. 1-5.
- Romero-Mendoza, M., Medina-Mora, M., Villatoro-Velázquez, J., Fleiz, C., Casanova, L. y Juárez, F. (2010a). El alcohol y la violencia física en la pareja en Ciudad Juárez, Monterrey, Querétaro y Tijuana. En: Graham, K.,

- Bernards, S., Munne, M. y Wilsnack. S. (Eds.). *El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas*. OPS. Pp. 155-172.
- Romero, M., Saldivar, G., Loyola, L., Rodríguez, E. y Galván, J. (2010b). Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud Mental*, 33(6), 499-506.
- Romero, M., Rodríguez, E. y Saldívar, G. (2004). La reducción del daño por el abuso de drogas en mujeres. En: Romero (Coord). *Mujeres en Prisión: una mirada a la salud mental*. Liberaddictus, pp. 155-175.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos, número 29*, pp. 13-30.
- Ruales, J. (2004). *Tendencias en servicios de salud y modelos de atención a la salud*. Facultad Nacional de Salud Pública, 22(3), 33-39.
- Sagot, M. (2008). Los límites de las reformas: violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Rev. Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica*, 120, pp. 35-48.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud. Reproducción social subjetividad y transdisciplina*. Editorial. Lugar.
- Sánchez, A. (2008). Alcohólicos Anónimos, qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9(1),1-11.
- Sánchez-Carretero, C. (2003). Voces y escritura: La reflexividad en el texto etnográfico. *Disparidades. Revista De Antropología*, 58(1), 71–84. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2003.v58.i1.164>
- San Martín, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 16(1), 104-122.
- Sánchez-Muñoz., C. (2016). *Beauvoir. Del sexo al género*. Arcángel Maggio.

- Saraceno, B. (2018). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Herder.
- Scott, J. (1996). El género: una categoría analítica útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México. p. 265-302.
- Scott, J. (2001). Experiencia. *La ventana*, número. 13, pp. 43-73.
- Secretaría General del Consejo Nacional de Población. –CONAPO–. (2021). *Determinantes del embarazo adolescente en México y su impacto socioeconómico*. Secretaría de Gobernación. México. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/determinantes-del-embarazo-adolescente-en-mexico-y-su-impacto-socioeconomico>
- Secretaría de Salud. –SSA–. (2019). *Información sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-las-drogas-en-mexico-y-su-atencion-integral-2019?state=published>
- Secretaría de Salud. –SSA–. (2020). *Lineamientos para la estimación de riesgos del semáforo por regiones por COVID-19*. Versión 5.1 Fecha: 14 de agosto de 2020. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/10/SemaforoCOVID_Metodo.pdf
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género, entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Serret, E. y Méndez, J. (2011). *Sexo, género y feminismo. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación*. Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. Instituto Electoral del Distrito Federal.
- Simmel, G. (1941). *Cultura femenina y otros ensayos*. Austral.
- Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Revista Salud Colectiva*, 12 (2), 149-171. doi: 10.18294/sc.2016.976

- Stern, C. (2007). Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Estudios Sociológicos, El Colegio de México*, 25(1), 105-129.
- Stolkiner, A. y Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat*, Vol. 22, 57-67.
- Taylor, S. y Bodgan., R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- Tenorio, R., Figueroa, E. y Natera, G. (1994). *Relación familiar con el sujeto alcoholico: una aproximación sistémica*. Revista de la Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. 2 (6-7), p. 74-86.
- Treacher, A., y Baruch, G. (1982). Hacia una historia critica de la profesión psiquiátrica. En: Ingleby, D. (Ed). *Psiquiatría critica. La política de la salud mental*. Grijalbo. pp. 155-192.
- Turner, W. (1986). Dewey, Dilthey, and Drama: An Essay in the Anthropology of Experience. En: Turner, W. y Bruner, E. (Ed.). *The anthropology of experience*. University of Illinois Press. p, 33-44.
- Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco. (25 agosto de 2021). *Lineamientos de proyectos de investigación de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Aprobado por Consejo Divisional de CBS en su Sesión 3/17 del 16 de marzo de 2017*. <http://www2.xoc.uam.mx/oferta-educativa/divisiones/cbs/lineamientos/>
- Valdez-Santiago. R., Hajar-Medina., M., Salgado-Snyder, N., Rivera-Rivera. L., Ávila-Burgos, L., y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud pública de México*, 48(2), 5221-5231.

- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K. y Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Pública de México*, 61(6), <https://doi.org/10.21149/11924>
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Universitat de Valencia. Instituto de la mujer. Ediciones: Catedra. Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K. y Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Pública de México*, 61(6), <https://doi.org/10.21149/11924>
- Van Den Bergh, N. (1991). Having Bitten the Apple: A feminist perspective on addictions. En: Van Den (Ed). *Feminist pespectives on addictions*. Springer publishing company, pp. 3-31.
- Venegas, M., y Nayta, B. (2019). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 21(83), 109-119. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n83/1139-7632-pap-21-83-e109.pdf>
- Videla, J. (2015). Recepción de Juan Samaja de la noción “salud”, de Georges Cangilhem. *Revista estudios avanzados*, número 24, pp. 110-124.

Anexo I

Carta de consentimiento informado

Agrupación "AA" _____ Número de identificación _____

NOMBRE DEL PROYECTO:

Descripción de la investigación:

Como parte del proceso para la obtención del grado de Doctora en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, se está realizando una investigación que permita avanzar en el conocimiento sobre la manera en que las mujeres madres amas de casa son atendidas por los problemas por el abuso o dependencia del consumo de alcohol.

Beneficios esperados:

Como persona directamente involucrada, la información que usted nos proporcione ayudará a aportar evidencias sobre la atención que se encuentran recibiendo.

Firmas que otorgan el consentimiento.

Yo, _____ acepto participar en este estudio de investigación, ya que se me ha explicado el folleto sobre la misma y he comprendido toda la información y mis dudas fueron resueltas. He sido informada y entiendo que los resultados pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento informado.

Fecha: Firma del Participante en el estudio

Fecha. Nombre y firma testigo 1.

Fecha. Nombre y firma testigo 2.

En caso de analfabetismo.

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar. El testigo tiene que ser elegido por la informante y no estar relacionado con el equipo de investigación. (Deberán colocar su huella dactilar).

He sido testigo de la lectura y explicación del consentimiento a la participante, y ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la participante ha dado consentimiento libremente

Testigo

HUELLA

Fecha

He explicado a _____ los propósitos de este estudio de investigación; le he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a sus preguntas y le he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma de la investigadora.

Fecha

Nancy Araceli Méndez Romero.

Anexo II

Fecha: _____

Código de la entrevista: _____

Entrevista telefónica.

Mi nombre es Nancy Araceli Méndez Romero. Estoy estudiando el doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Unidad Xochimilco y me encuentro realizando un estudio sobre las mujeres que han vivido el problema del alcoholismo y acuden a los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Me gustaría hacerle una entrevista por teléfono para conocer las medidas de sana distancia que han sido tomadas en los grupos de Alcohólicos Anónimos a causa del COVID-19 y los motivos que tienen para seguir sesionando.

Le comento que la información que me proporcione quedará en el anonimato y bajo la confidencialidad y me comprometería a darle uso solo con fines de investigación y si usted me autoriza poder publicar algunos de los resultados de este estudio (fragmentos de la entrevista). Solo grabaría su voz para no perder detalles de lo que me pueda compartir y tener la información lo más apegada a su forma de ver las cosas. No hay problema si no me autoriza grabar, pediría de su autorización para que yo pueda ir anotando en mi cuaderno.

No existen buenas o malas respuestas, solo quiero conocer como están viviendo estos momentos del COVID-19 en los grupos de "AA", tomando en cuenta lo que pueda o quiera compartirme. Preguntaré datos generales tales como: edad, escolaridad, ocupación, años en el grupo de "AA", municipio en el que se ubica tu grupo y el horario en que sesionan, después pasaremos otras preguntas. También puede negarse a contestar alguna pregunta o terminar la entrevista en el momento en que usted considere pertinente. La entrevista puede durar una hora aproximadamente. No hay ningún riesgo al hacer esta entrevista, ya que solo preguntaré los motivos de continuar sesionando en el grupo "AA" frente a la situación de la pandemia por el COVID-19.

¿Me autoriza hacerle la entrevista? ¿y me autoriza grabar y emplear la información solo para la investigación?

Si la respuesta es afirmativa procederé a preguntar datos generales.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Ocupación:

Años en la agrupación:

Municipio:

Horario en que sesionan:

Preguntas.

1. Ante las medidas de distancia social como el interrumpir actividades que se reúnan grupos de personas para evitar el contagio por el COVID-19, ¿qué acciones decidieron tener ustedes en su grupo de “AA”?
2. ¿Qué los motiva a seguir sesionando en el grupo?
3. ¿Qué dicen sus familiares de que se siguen reuniendo?
4. Que ha sabido de las acciones que toman otros grupos de “AA”
5. Principios de “AA”
6. Cómo cree que el cierre de algunos grupos de “AA” afecta a compañeras mujeres de “AA”, cuántas siguen asistiendo
7. Qué está pasando con ellas
8. Me comentabas que usted como mujer en “AA” apoyaba, qué hace o haría por las mujeres mamás de “AA”.
9. Hay líneas de ayuda de parte de “AA” qué alternativas les brindaron para continuar su recuperación

Anexo III

Guía de entrevista

Lectura, explicación y firma del consentimiento informado (anexo III).

Pseudónimo de la entrevistada:

Lugar y fecha de la entrevista:

Tiempo aproximado de la duración de la entrevista:

Código de entrevista:

Presentación: Me llamo Nancy Araceli Méndez Romero soy estudiante del doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Me interesa tener una entrevista con usted con el propósito de poder conocer la experiencia que, como mujer, ha vivido al recibir atención por el consumo de bebidas alcohólicas.

También me gustaría que me compartiera sus experiencias como mamá, aquello que pienses que ha sido significativo para usted.

No hay respuestas buenas o malas, son experiencias las que me gustaría conocer, puede negarse a contestar alguna pregunta si así lo considera necesario.

Voy a dar inicio con las preguntas, ¿está de acuerdo?

Datos sociodemográficos y vida en familia.

¿Por dónde le gustaría empezar? ¿Qué desea compartirme?

Me puede platicar cuántos años tiene, lugar de nacimiento, cuántos hijos/as tiene, qué edad tenía cuando ocurrió su primer embarazo, dónde vive actualmente (lugares de residencia, cuántas veces ha cambiado de domicilio, ha vivido en la calle, albergues, con familiares, vecinos), renta o es casa propia, cuál es tu estado civil actual.

¿Qué me comparte de su vida en familia?

Con quién vivía, eventos significativos de su vida en familia, vivir o atestiguar eventos traumáticos, cuidaba de alguien, cómo considera que eran las relaciones con su familia, con quién vive ahora o por qué dejó de vivir con su familia de origen u otras familiares o parejas.

Educación formal.

¿usted fue a la escuela?, ¿hasta qué año estudio, dejó de estudiar y cuál fue la razón?, ¿concluyó una carrera técnica o profesional?, ¿la ejerce?, ¿qué expectativas tenía al estudiar?

Antecedentes familiares sobre el consumo de alcohol.

Sus familiares cercanos consumieron o consumen alcohol u otras drogas, ¿sabe si reciben ayuda y a dónde han acudido a pedir ayuda?

Servicios de salud.

Tiene seguro médico, de qué institución de salud, con qué frecuencia acude, actualmente utilizas algún servicio médico.

Pertenencia étnica.

Habla alguna lengua indígena, pertenece a alguna comunidad indígena.

1. MATERNIDAD Y TRABAJO EN EL HOGAR

Vamos a platicar sobre el momento en que se convirtió en mamá (experiencia y significados, creencias pasadas y presentes sobre lo que es ser madre, personas alrededor de este momento, creencias de sus familiares o tuyas).

¿Su embarazo fue deseado?

¿Tenía información para elegir ser madre? ¿Utilizaba algún tipo de anticonceptivos?

¿Ha tenido algún aborto?

¿Le han quitado a alguno de sus hijos, tus familiares o alguna institución?

Me puede contar el momento en que comienza a dedicarte al cuidado de su (s) hijo/a (s) y a las tareas de casa.

Qué responsabilidades tiene como parte de estas tareas (quién ayuda, qué tiempos ocupa, trabaja en otras tareas, recibe algún pago por ellas, además de los hijos/as cuida de alguien más).

Qué actividades hace en su tiempo libre.

2. INICIO Y CURSO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Qué me pláticas sobre las situaciones en su vida, qué considera tienen o tuvieron que ver con el *inicio en el consumo de alcohol* o con *los momentos de recaída* (qué eventos de vida, cómo se sentías (emociones) al beber, cómo se veías (imagen), cómo la veían, vida o prácticas sexuales, qué pensaba de usted o qué pensaban de usted cuando bebía, quiénes acompañan su consumo de alcohol, qué ambiente/campañas considera que promueven el consumo de alcohol para las mujeres).

Qué creencias tienen sus familiares sobre el alcoholismo en la mujer, qué reacciones tienen ellos.

- *Daños por consumo abusivo de alcohol.*

Me podrías compartir su experiencia sobre los momentos en los que se te da cuenta qué bebe en exceso (cómo se siente física y emocionalmente, quiénes se dan cuenta, qué le dijeron, cómo reaccionaron las personas cercanas a usted cuando estaba en este momento de su vida).

Cuáles problemas de salud ha visto o tiene a causa del alcohol (físicos, ETS, abuso sexual, golpes, caídas, maltratos, depresión o tristeza, pensamientos o intentos de suicidio).

De lo que ha vivido, qué consecuencias considera que se viven por beber alcohol, quién más vio que vive estas consecuencias, cuáles fueron sus pensamientos o sentimientos sobre esto.

Cuáles medios de información (TV., radio, internet) explican las consecuencias para las mujeres.

3. PEDIR AYUDA COMO PARTE DE LA TRAYECTORIA SOCIAL DE ATENCIÓN POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Me puede platicar qué pasaba en su vida que hace que pida ayuda o buscara ayuda (alguien pidió ayuda por usted, quién apoyó, cuáles fueron las reacciones, qué piensan de la situación, qué significa para usted ese momento; qué pasa con las responsabilidades que tiene en casa, cómo tuvo que hacer para cuidar de sus hijos/as en esos momentos o quién le ayudó, quién la cuidaba).

¿Qué me platica de los lugares a donde ha acudido a pedir ayuda para atender su forma de beber alcohol? (desde cuándo, qué lugares o centros, dónde están, cuánto cuesta pagarlos, cómo se enteró de ese lugar o centro (s) de ayuda, quién le recomendó el lugar, cuántas veces ha pedido ayuda o intentó recuperarse o detenerse, qué recaídas ha tenido, considera que tenía la posibilidad de poder recibir la ayuda).

¿Cómo fue su experiencia cuando pidió y recibió ayuda: (personas que ayudaron, sus reacciones, opiniones, qué le recomendaban hacer, qué pensaba de la forma en que le dan ayuda o apoyo, qué pronóstico tiene, qué pasa con las responsabilidades familiares o de cuidado que tenía en ese momento en tu casa)?

Podemos platicar sobre lo que sentía cuando pidió ayuda, cómo o qué pensaba sobre sus hijos/as o las personas que cuida, qué pensaba de sus responsabilidades en casa.

4. TRAYECTORIAS SOCIALES EN LA PRÁCTICA DE AUTOATENCIÓN POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Me puedes platicar, ¿cómo es que se haces compañera/miembro de “AA”?

Por dónde le gustaría comenzar a platicarme su experiencia en “AA” (qué piensan de su situación, cómo es el trato que dan aquí en la agrupación, qué puede platicarme, cómo es la recuperación en “AA” y qué significa para usted ese proceso, en su familia qué dicen sobre tu recuperación, qué piensan en esta agrupación “AA” sobre las mujeres que beben, qué significa ser mamá en este grupo “AA”, qué significa ser mujer en este grupo de “AA”, qué opiniones escucha de los hombres “AA” o de otras personas sobre su situación como mujer de “AA”).

Me puede compartir qué es lo que ve que pasa con los hijos/as o de las personas que cuida cuando acudes al grupo “AA” o quién le ayuda con sus hijos/as y las responsabilidades que tiene en casa mientras acude al grupo “AA”.

5. TRAYECTORIA SOCIAL SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Me puede platicar si ha recibido orientación o ayuda médica para su consumo de alcohol (cuándo, por qué acudió, a dónde ha ido, quién la atendió, qué le dijeron, qué piensan de su situación, qué opinión tienes de la atención que te han dado los trabajadores de la salud).

Puedes platicarme si ha tenido que acudir al área de urgencias médicas por accidentes, intentos suicidas, agresiones sufridas, violencia de la pareja o familia, intoxicación grave de alcohol o si has recibido algún tipo de apoyo de la policía o de alguna agencia del ministerio público, antecedentes penales.

En el embarazo ¿bebía?, ¿cuánto bebía?, ¿con quién?, ¿qué se sentía beber en esa etapa? orientación médica recibida.

Me puede compartir lo que le han dicho en los servicios médicos (tratamientos recomendados, canalizaciones, análisis clínicos, costos económicos, lugares a los

que acudió, distancia, horario, criterios de ingreso, información proporcionada por el personal médico, diagnóstico y pronóstico, prescripción de medicamentos, seguimiento médico).

Y qué información tiene o ha recibido sobre el tratamiento especializado (cuál ha sido su experiencia, equipo de profesionales que atienden, opiniones expresadas, sobre su situación, qué ha escuchado de los tratamientos para mujeres, qué opinión considera que tienen los trabajadores de la salud sobre la recuperación, qué costos tiene, quién la apoya con esos costos).

6. EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

De lo que ha vivido por el consumo de alcohol, qué me puede platicar sobre lo que significa que una mujer que es mamá reciba ayuda por el consumo de alcohol.

Según su experiencia qué apoyo consideras que necesitaba, ¿qué era lo que esperaba? ¿lo obtuvo?

Me puede platicar el apoyo que considera necesita en estos momentos o qué apoyo está recibiendo (familiares, padrino, madrina, médicos, médicas, consejeros/as, psicólogos/as, parejas, hijo/a).

Ha sabido sobre mujeres que hayan tenido consecuencias negativas a pesar de haber estado recibiendo ayuda, puede contarme.

Conoce mujeres que se recuperaron con la ayuda que recibieron, puede contarme.

Conoce series de TV, películas, canciones, que cuenten sobre el alcoholismo y las mujeres o sobre su recuperación.

Qué ha escuchado o conoce información sobre tratamientos psicológicos, psiquiátricos, líneas de ayuda psicológica, radio, televisión, internet, páginas de la secretaria de salud que digan a dónde pueden acudir las mujeres o que expliquen cómo ayudarlas.

Ante la pandemia por COVID-19 y la jornada de sana distancia que vivimos, tenía reuniones en el grupo “AA” o cómo mantuvo la abstinencia sin el grupo “AA”,

Fin de la entrevista, agradezco la información proporcionada.

Anexo III

Carta de consentimiento informado

Agrupación "AA" _____ Número de identificación _____

NOMBRE DEL PROYECTO:

Descripción de la investigación:

Como parte del proceso para la obtención del grado de Doctora en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, se está realizando una investigación que permita avanzar en el conocimiento sobre la manera en que las mujeres madres amas de casa son atendidas por los problemas por el abuso o dependencia del consumo de alcohol.

Beneficios esperados:

Como persona directamente involucrada, la información que usted nos proporcione ayudará a aportar evidencias sobre la atención que se encuentran recibiendo.

Firmas que otorgan el consentimiento.

Yo, _____ acepto participar en este estudio de investigación, ya que se me ha explicado el folleto sobre la misma y he comprendido toda la información y mis dudas fueron resueltas. He sido informada y entiendo que los resultados pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento informado.

Fecha: Firma del Participante en el estudio

Fecha. Nombre y firma testigo 1.

Fecha. Nombre y firma testigo 2.

En caso de analfabetismo.

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar. El testigo tiene que ser elegido por la informante y no estar relacionado con el equipo de investigación. (Deberán colocar su huella dactilar).

He sido testigo de la lectura y explicación del consentimiento a la participante, y ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la participante ha dado consentimiento libremente

Testigo

HUELLA

Fecha

He explicado a _____ los propósitos de este estudio de investigación; le he explicado los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a sus preguntas y le he preguntado si tiene alguna duda. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

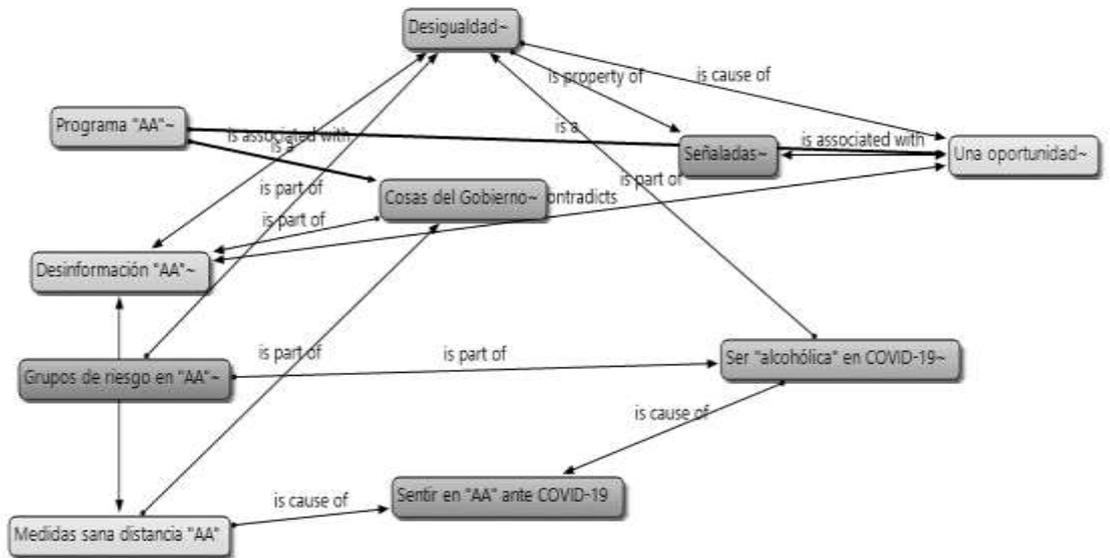
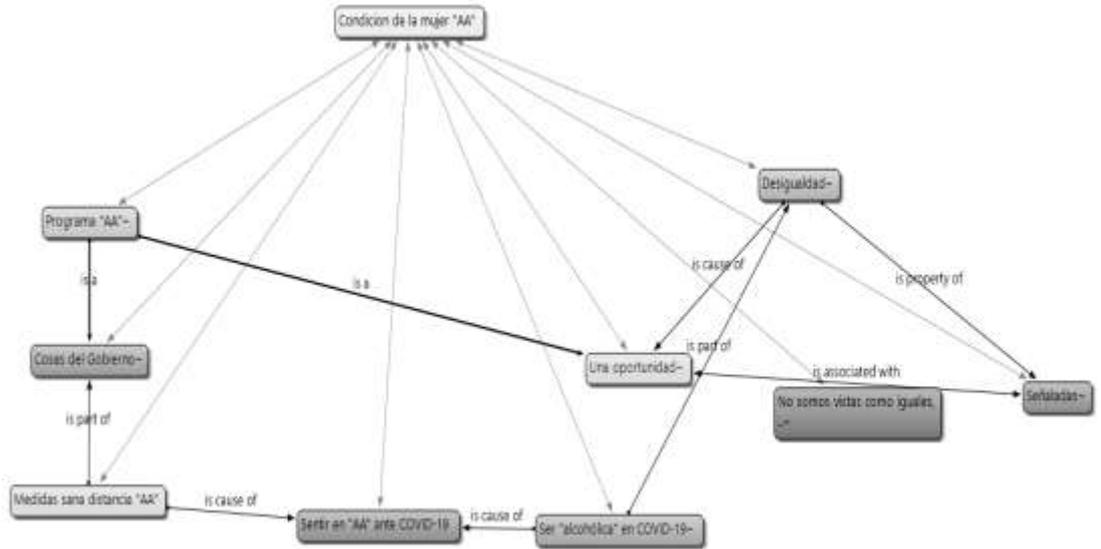
Firma de la investigadora.

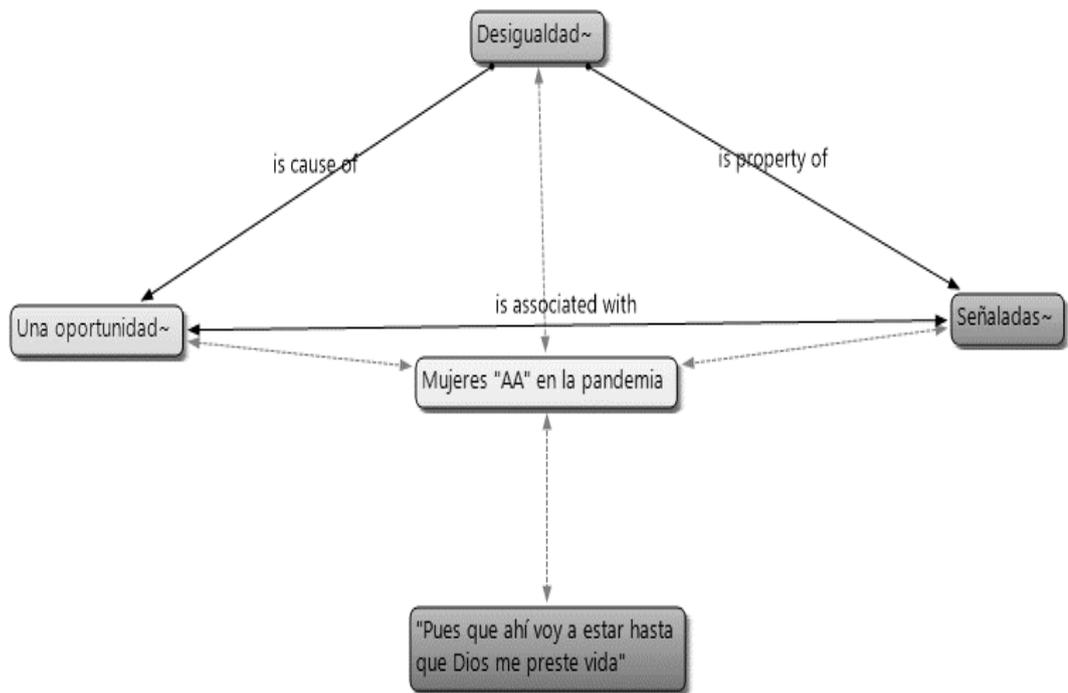
Fecha

Nancy Araceli Méndez Romero.

Anexo IV

Redes elaboradas en el programa de Atlas ti





Anexo V

Calendario de vida y la trayectoria social de atención

Código de entrevista:								
Número de hijos/as:								
Cronología	año							
Tiempo individual (año de nacimiento)								
Trayectoria social de las violencias								
Trayectoria salud-enfermedad								
Trayectoria sexual-reproductiva								
Trayectoria social sobre los cuidados								
Trayectoria de atención								

Anexo VI

Representación gráfica de las trayectorias sociales de atención, figuras 4 a la 9.

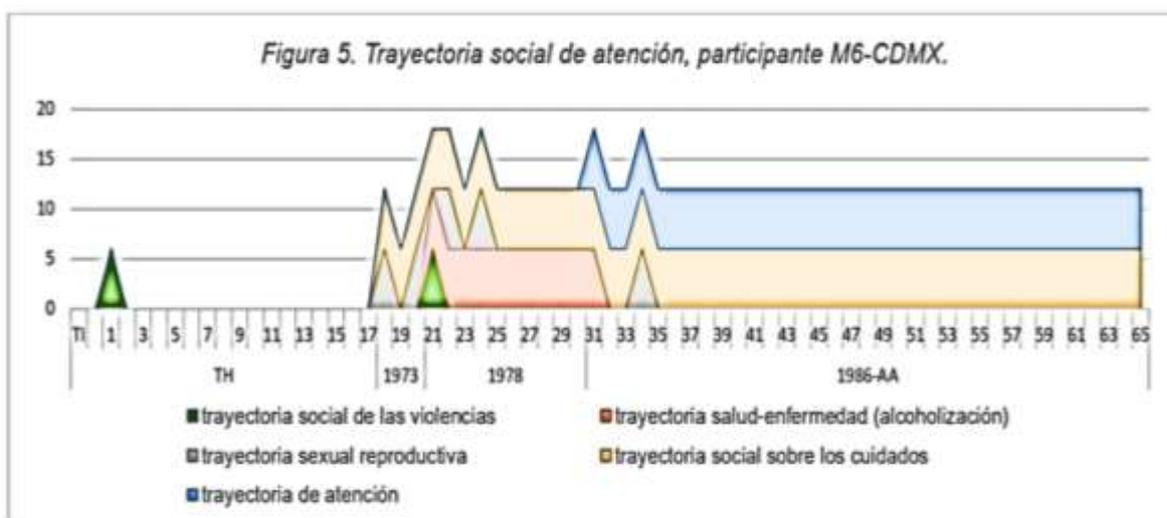
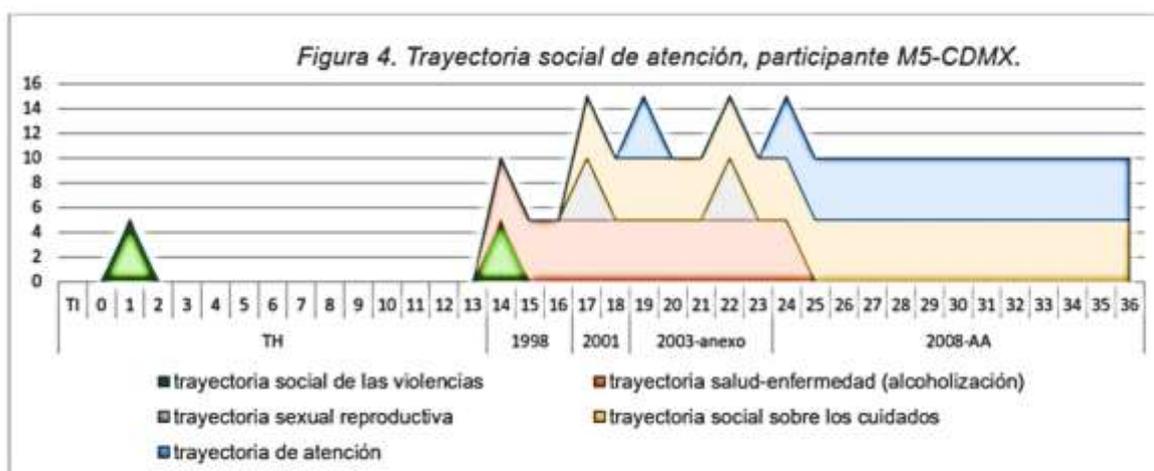


Figura 6. Trayectoria social de atención, participante M7-EDOMEX.

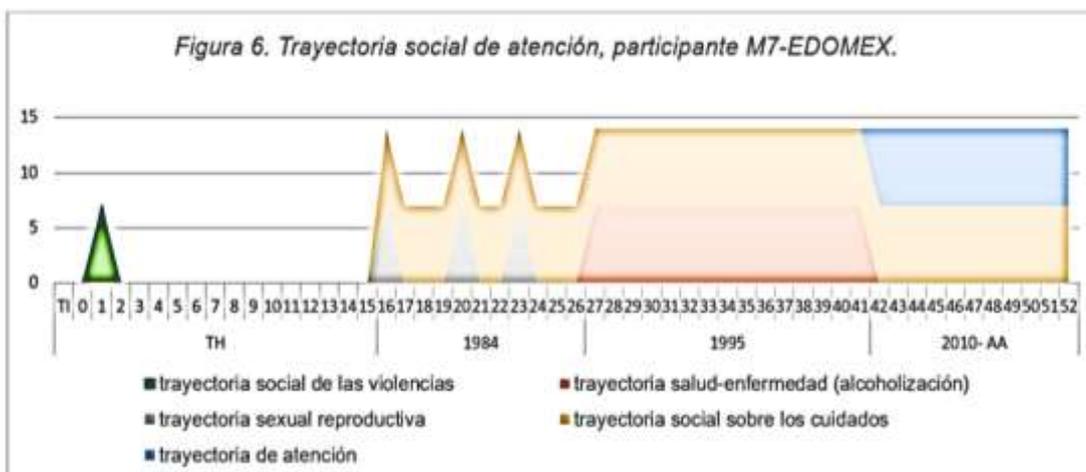


Figura 7. Trayectoria social de atención, participante M8-CDMX.

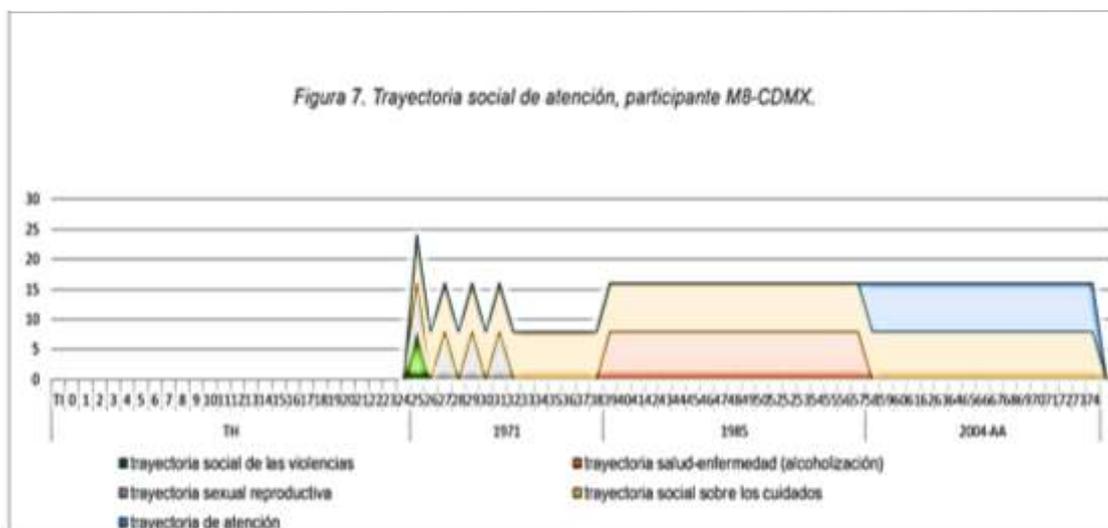


Figura 08. Trayectoria social de atención, participante M9-EDOMEX.

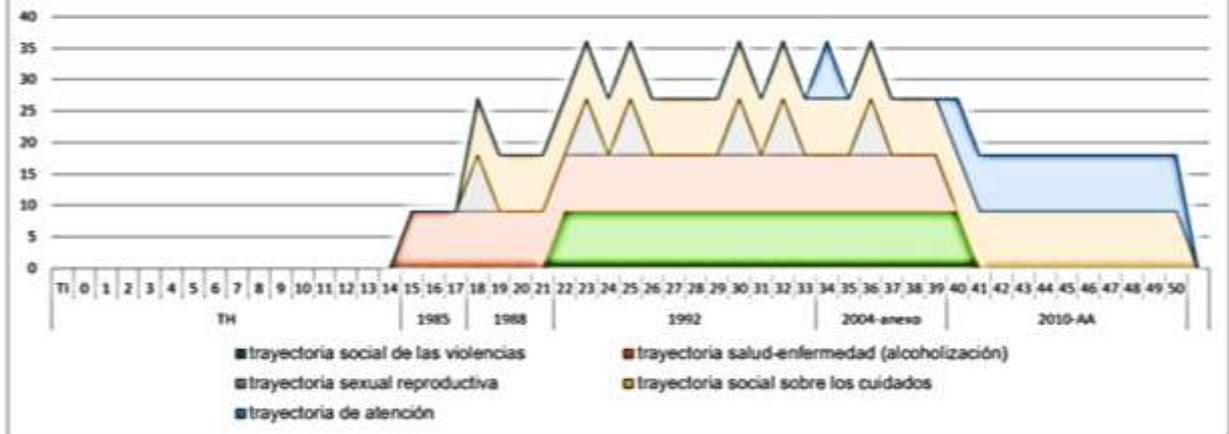


Figura 09. Trayectoria social de atención, participante M10-CDMX.

