

Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica

C. MENESES FALCÓN

Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid. España.

RESUMEN. *Objetivo.* Describir y analizar el consumo de opiáceos (heroína y/o policonsumo) en las mujeres, teniendo presente las pautas de iniciación, mantenimiento y abandono o cese del consumo.

Material y método. Estudio cualitativo sobre 25 mujeres en las que se recoge su historia de vida mediante entrevistas en profundidad y se realiza un seguimiento de las mismas durante la década de los años noventa.

Resultados. Se encuentra el consumo sostenido durante 4 años de una mujer y se exponen los factores asociados a este consumo. Se recogen estereotipos relacionados con las mujeres usuarias de drogas en el contexto de los usuarios y de los profesionales. En cuanto a las pautas de iniciación de drogas, las mujeres presentan menor policonsumo y el desarrollo de ciertas conductas de seguridad. Las mujeres cesan el consumo de drogas cuando se encuentran en estado de gestación o articulan estrategias de disminución de riesgos. Las usuarias de drogas son activas en el desarrollo de actividades para mantener el consumo no dependiendo exclusivamente de sus parejas y sólo algunas recurren a la prostitución. Por último, se ofrecen algunas reflexiones y sugerencias para los programas de recuperación: la presencia y cercanía de sus hijos durante el tratamiento, atender los traumas por abuso sexual y violencia, clima de

confianza y seguridad reforzando el discurso femenino, incidir en la preparación e inserción laboral para romper la dependencia y subordinación de las mujeres.

Conclusiones. Se indican aspectos diferenciales y específicos en las mujeres usuarias de drogas y la necesidad de que los programas de tratamiento tengan una perspectiva de género.

PALABRAS CLAVE: mujer, heroína, tratamiento, género.

Woman and opiates use: a specific fact

ABSTRACT. *Objective.* To describe and to analyse the opiates and others drugs use among women, with particularly interest in the patterns of initiations, continue drug taking and quit it.

Material and methods. It is qualitative study conducted with in 25 women, whose life history was collected through in-depth interviews in the early 90's followed and were up during that decade.

Results. We have found a steady use of heroin in a women for four years with characteristic usually found with this use. The stereotypes of women addiction held by professionals and users are presented. In relations to patterns of initiation drugs, the women show minor multiple consumption and develop security behaviour. When women are pregnant, they stop using drugs or develop harm reduction strategies. Female drug users are active in the activities directed to the drug use maintenance, the don't relay on the partners and only some them get they money through prostitution. Finally, some reflections and treatment suggestions are offered: contact with their children during treatment, address trauma caused by sexual abuse and violence,

Correspondencia:

C. MENESES FALCÓN.
Universidad Pontificia de Comillas.
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
C/ Universidad Comillas, 3.
28049 Madrid. España.
Correo electrónico: cmeneses@chs.upcomillas.es

Recibido: 23-01-2006.

Aceptado para su publicación: 17-07-2006.

to establish an emotional security and trust environment, empowering a female discourse and to promote educational training and getting a job in order to eliminate women subordination and dependency.

Conclusions. Its indicates the differential and specific issues which are present in female drug users and the need that treatment programs include a gender perspective

KEY WORDS: women, heroin, treatment, gender.

Introducción

El uso ilícito de drogas por las mujeres se ha percibido y representado recurrentemente como una excepción del uso de los varones¹. El consumo masculino ha sido la pauta habitual tanto estadística como culturalmente, lo que ha hecho que el femenino sea considerado con más frecuencia una excepción o desviación. Cuando comienzan a hacerse visibles los consumos problemáticos de heroína en las mujeres, éstas son presentadas, tanto en los estudios como en los medios de comunicación social, como personas transgresoras y marginales, más patológicas que los varones, asociadas a la realización de la prostitución y al abandono de sus responsabilidades como madres.

Los contextos sociales determinan los usos de drogas en las mujeres y cómo son vistas y aceptadas. En este sentido, y haciendo cierto recorrido histórico, podríamos distinguir tres contextos diferentes en los que el uso de drogas en las mujeres adquiere consideraciones muy distintas, y que están marcados por las condiciones sociales, políticas y económicas de cada momento.

Antes de los años setenta del siglo XX, uno de los opiáceos que presentaba usos problemáticos para sus consumidores era la morfina. Es decir, antes de la aparición de la heroína había una población morfínomana en España²⁻⁴. Los pocos estudios que nos dan referencias de esta población nos indican que en los registros existentes había más mujeres que varones. Esta representación femenina cambiará por completo en los primeros años de extensión del consumo de heroína. Las mujeres que tenían una adicción a la morfina comenzaban su uso con una dolencia y por una prescripción médica. Se trataba de un uso iatrogénico. De ese uso terapéutico deviene otro consumo muy distinto, diario, regular, oculto y discreto, del que sólo los médicos tienen conocimiento. Además, parece que se trataba de mujeres de cierta posición social. El papel que tienen

las mujeres en la sociedad en los 50 primeros años del siglo XX es muy diferente al actual. Son mujeres muy relegadas al ámbito doméstico, a la autoridad del varón. Cabe recordar que hasta que no aparece la Constitución Española de 1978 las mujeres no tenían igualdad jurídica y requerían la autorización de un varón, padre o esposo, para realizar muchos aspectos de la vida cotidiana. Las mujeres que padecían un problema con la morfina eran consideradas como enfermas.

En el contexto de consumo de heroína, durante la década de los setenta y ochenta del siglo XX, el opiáceo de consumo es diferente, no es una sustancia con tradición en el uso terapéutico, a pesar de que Bayer la comercializó al comienzo⁵. Se trata de una sustancia prohibida, una sustancia que produce placer, desinhibición y otros síntomas por los que sus usuarios la consumen. En este tipo de uso, fuera del contexto terapéutico y más cercano al recreativo y lúdico, la presencia femenina ha sido y es minoritaria. Las mujeres son vistas en estos contextos como viciosas, desviadas o promiscuas, ya que también se asocia con la prostitución. Si bien es cierto que en los primeros momentos de expansión del consumo éste era mayoritariamente masculino, conforme avanzan los años la incorporación femenina se produce en la medida que las mujeres participan más activamente en la sociedad y en la vida recreativa, pues el ocio público ya no es exclusivo de los varones.

Otro contexto que diferencia la presencia femenina y la consideración de las mujeres en el consumo podríamos citar la década de los noventa, sobre todo en el último lustro. En este momento la incidencia del uso de heroína y de opiáceos está en declive, pero emergen otras drogas que toman el relevo, ya se hubiesen usado en momentos anteriores o no. Es el caso de la cocaína, el éxtasis o el consumo de cannabis. Se trata de consumos recreativos, ocasionales o experimentales asociados a contextos determinados y que no han tenido las repercusiones sanitarias y sociales, por el momento, que la heroína. En esos consumos la presencia femenina, sin ser todavía la misma que la masculina, es mayor⁶, así como una menor estigmatización de las mujeres por el consumo de estas drogas⁷.

Prevalencia de la heroínomanía entre las mujeres

En España no son muy abundantes los estudios que tengan por objetivo el consumo de drogas en las mujeres. Los diversos trabajos realizados en España sobre el consumo problemático presentan como protagonis-

tas a los varones. Aquellos trabajos que tratan específicamente del consumo de drogas en las mujeres son los que se centran en aspectos relacionados con la reproducción, esto es, sobre los efectos que el consumo de drogas presenta en el embarazo y en el recién nacido. Se ha investigado poco sobre el consumo de drogas desde el punto de vista del género, ya que género y variable sexo se confunden. Los trabajos sobre distintos aspectos de las drogodependencias utilizan el sexo como una variable demográfica más de las analizadas y en función de la «significación estadística», en ocasiones, se realizan generalizaciones de género. En muchos de estos trabajos se identifican sexo y género como sinónimos.

Los primeros estudios sobre el problema de la heroínomanía pretendieron determinar la prevalencia e incidencia del fenómeno, así como las características de los consumidores, siendo un comportamiento difícil de captar desde indicadores directos. En los primeros años de la expansión del consumo surgen las encuestas domiciliarias, el análisis de muestras de las personas con drogodependencia en tratamiento, los estudios de seguimiento y los problemas médicos y sanitarios asociados a este consumo compulsivo, que culminará con la creación de SEIT en 1987, con la utilización de indicadores indirectos. Todos estos estudios, junto con el propio SEIT, muestran una menor prevalencia de las mujeres frente a los varones en el consumo de drogas ilegales, situándose su representación en alrededor del 20%, es decir, una ratio de 2/10. Ésta podría ser la ra-

zón de que no exista una especificidad en cuestiones de sexo y género. O se olvidan de las mujeres, o se las trata desde el punto de vista de los varones. El androcentrismo, presente en casi todos los estudios sobre consumo de drogas ilegales en España, desde sus comienzos hasta la actualidad, puede llevar a pensar que la realidad de las mujeres es menos significativa, salvo en los trabajos que tienen que ver con su maternidad. Es muy probable que, dado los roles sexuales mantenidos por ambos sexos respecto al consumo de drogas y la especial estigmatización que las mujeres sufren a consecuencia del consumo compulsivo de drogas ilegales, éstas se vinculen, en mayor medida, al consumo de sustancias legales, como son alcohol, tabaco y psicofármacos, que a las anteriores⁸⁻¹⁰.

Según los datos de los indicadores indirectos (tabla 1) establecidos por el Plan Nacional sobre Drogas, desde 1987 a 2002 (último año de publicación de los datos del SEIT), el número de casos totales en cada indicador, el porcentaje que corresponde a opiáceos y el que concierne a las mujeres nos muestran diferencias entre sexos¹¹.

El Indicador de tratamiento (tabla 1) nos muestra una proporción de mujeres que han estado en tratamiento por consumo de heroína y/o cocaína entre el 15% y el 20%; si observamos el Indicador de urgencias (tabla 1), nos encontramos un porcentaje entre el 19% y el 27%, alcanzando los mayores porcentajes al final de la década, en concreto 2000 y 2001. Por último, en el Indicador de mortalidad (tabla 1) la situa-

Tabla 1. SEIT. Números absolutos y porcentaje correspondiente a opiáceos y mujeres

| Año | Tratamiento | | | Urgencias | | | Mortalidad | |
|------|-------------|------------|---------|-----------|------------|---------|------------|---------|
| | Total | % Opiáceos | Mujer % | Total | % Opiáceos | Mujer % | Total | Mujer % |
| 1987 | 10.338 | 98,1 | 19,5 | 3.066 | 99,2 | 19,8 | 234 | 22,6 |
| 1988 | 16.481 | 98,3 | 19 | 11.737 | 98,7 | 21 | 337 | 16,3 |
| 1989 | 18.823 | 97,8 | 18,7 | 15.374 | 98,3 | 20 | 455 | 15,7 |
| 1990 | 25.118 | 97,6 | 17,3 | 22.920 | 96,8 | 20,6 | 455 | 14,8 |
| 1991 | 31.336 | 96,9 | 15,8 | 29.555 | 96,9 | 20,4 | 579 | 12,3 |
| 1992 | 38.831 | 96,6 | 15,6 | 21.678 | 96,5 | 20,4 | 556 | 12,4 |
| 1993 | 39.133 | 95,7 | 14,9 | 19.780 | 96,2 | 20,7 | 442 | 10,4 |
| 1994 | 39.349 | 95,3 | 16,2 | 18.302 | 94,7 | 20,5 | 388 | 14,2 |
| 1995 | 42.317 | 95,3 | 16,2 | 16.159 | 94,7 | 19,5 | 394 | 15,2 |
| 1996 | 52.890 | 89,8 | 15,5 | 2.585* | 79,2 | 21,4 | 429 | 14,8 |
| 1997 | 52.440 | 84,9 | 15,7 | 1.933* | 79,3 | 20,8 | 321 | 15 |
| 1998 | 54.338 | 82,3 | 15,5 | 2.099* | 67,3 | 23,1 | 271 | 13,7 |
| 1999 | 51.191 | 74,7 | 15,1 | 2.141* | 65,3 | 23,5 | 258 | 14,7 |
| 2000 | 49.487 | 74,2 | 15,1 | 2.328* | 61,4 | 27,4 | 254 | 15 |
| 2001 | 49.376 | 70,7 | 15,3 | 2.145* | 55,4 | 27,1 | 267 | 17,7 |
| 2002 | 46.744 | 60,7 | 15,3 | 2.673* | 44,5 | 27,4 | 232 | 12,1 |

Fuente: SEIT, 1987-2002, Plan Nacional sobre Drogas. Elaboración propia.

ción es similar, entre el 14% y el 22%. Podemos obtener algunas conclusiones ante estos datos:

1. Las mujeres en el sistema de tratamiento están subrepresentadas, como se ha planteado en otros países¹².

2. El Indicador que muestra una mayor presencia femenina parece que es el de Urgencias frente a los otros dos. Se ha planteado en otros estudios¹³ que las mujeres acuden más al Servicio de salud que a los Servicios especializados o de tratamiento, y que esta situación está relacionada con la estigmatización social que reciben muchas de ellas como drogodependientes.

3. El Indicador de mortalidad, donde menos representación femenina alcanza, nos puede indicar dos aspectos: o está subestimando a las mujeres y no las recoge en la misma proporción que a los varones, o también las mujeres tienen conductas menos arriesgadas y, por tanto, es más probable que las conductas de riesgo desencadenen en menor medida en mortandad.

¿Por qué la mujer tiene tan poca presencia en los programas de atención sociosanitarios? La baja representación de las mujeres en los programas de tratamiento puede deberse a varias razones¹⁴:

1. Puede ocurrir que las mujeres no estén representadas en el sistema asistencia de los usuarios que solicitan ayuda porque sean muchas menos. Distintos estudios¹⁵⁻¹⁷ realizados en España y en otros países^{1,18,19} encuentran una baja representación femenina en los consumos de opiáceos.

2. Podría suceder que el consumo de las mujeres sea más oculto o discreto²⁰ y no soliciten tratamiento, ya fuera porque su consumo sea moderado o porque sea sostenido sin excesivos problemas.

3. También es posible que en las mujeres se pueda producir una recuperación natural de la dependencia que no requiere solicitud de tratamiento, como se ha puesto de relieve en algunos estudios^{21,22}.

4. Por otra parte, se ha planteado que los programas de tratamiento están diseñados preferentemente para varones, y por tanto no acuden a ellos^{1,8,19}. Son numerosos los investigadores que han planteado la orientación masculina de los programas de atención^{1,18,23-25}. Las mujeres presentan situaciones diferentes que requieren cierta especificidad en el tratamiento por drogodependencias y que no son ofertadas.

Este trabajo pretende describir algunas características sobre el consumo de opiáceos y otras sustancias en mujeres, centrándonos en:

1. La consideración y valoración social sobre el consumo de drogas ilegales en la mujer.

2. Las pautas de inicio y mantenimiento del consumo de opiáceos.

3. Algunas consideraciones para el tratamiento o proceso de recuperación de la dependencia femenina. Se trata de un perfil que ha sido prevalente durante la década de los ochenta y noventa, y aunque en la actualidad la incidencia del consumo de opiáceos es minoritaria si la comparamos con otras drogas, existen dos motivos por lo que nos parece interesante reflexionar sobre este patrón de consumo en las mujeres: a) según los datos del último informe del Observatorio Español sobre Drogas²⁶ todavía sigue siendo mayoritaria la demanda de tratamiento por opiáceos o policonsumo, y b) algunos de los asuntos que se exponen sobre el consumo femenino están relacionados con construcciones de género, y por tanto pueden persistir aunque cambie la sustancia de consumo (por ejemplo, menor policonsumo); en otras ocasiones se ha producido una variación, como el grupo de inicio a las drogas (de la pareja al grupo de iguales).

Material y métodos

En este trabajo pretendemos ofrecer algunas reflexiones sobre el consumo compulsivo de heroína y otras drogas en las mujeres, partiendo de 25 historias de mujeres con este comportamiento a las que se realizó un seguimiento durante la década de los años noventa. Las historias de vida fueron recogidas mediante entrevistas en profundidad desde 1988 a 1999 y la selección de las mujeres se realizó desde un trabajo etnográfico, por muestreo teórico²⁷, realizado en un barrio de Madrid desde 1988 a 1995, recopilando información de más de 50 mujeres con drogodependencia.

Puesto que en dicho barrio no estaban representadas mujeres con diversidad de estatus socioeconómico, sobre todo las pertenecientes a clases sociales más altas, éstas fueron contactadas por redes sociales. Gran parte de los relatos obtenidos por las informantes fue triangulado con entrevistas a otros informantes consumidores, a sus parejas y, en los casos que fue posible, a su familia.

El análisis de los datos, de corte cualitativo, fue analizado con la ayuda del programa informático Nudist.3.0 para Macintosh, codificando las entrevistas desde un sistema de categorías que permitió después la interpretación y el análisis de las historias.

Nuestras informantes nacieron entre 1953 y 1972, el 56% estaban solteras en el momento de la entrevista, el 28% no tenía hijos, en cuanto al nivel educativo el 36% había terminado los estudios primarios, el 40% poseía Graduado Escolar o EGB, un 8% poseía estu-

dios de bachiller o FP de grado superior y el 12% tenía estudios universitarios. Otras características de nuestras informantes son:

1. Tres de ellas vivieron episodios de abusos sexuales antes del consumo de drogas, y casi todas sufrieron eventos de agresión y violencia durante los años de consumo.

2. Tan sólo tres informantes habían trabajado antes del consumo de drogas en empleos cualificados y estables (profesional de la salud, funcionaria y secretaria bilingüe de dirección).

3. Diez de las mujeres realizaron la prostitución como modo de sostenimiento del consumo, mientras que el resto cometió delitos contra la propiedad y delitos contra la salud, en ambos casos como medio de sufragar su consumo.

4. El 68% eran seropositivas al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y 4 mujeres han fallecido hasta el presente por sida.

5. Por último, más de la mitad de las informantes se encuentra en la actualidad abstinentes al consumo de opiáceos. Una mayor descripción de sus características se expuso en otro trabajo²⁸. Las referencias que se exponen en este estudio pertenecen a estas historias de vida.

Resultados y discusión

Hemos encontrado durante el trabajo etnográfico a algunas informantes que realizan un consumo sostenido de heroína en cierto período de tiempo, fue el caso de Olga, nacida en 1964:

«Entre la fecha que yo empecé a consumir, que lo probé, que sería a los 21 años, hasta que yo me enganché, pasaron unos cuantos años, por lo menos 4 o 5 años». (Olga, 1964).

Se trata de un consumo ocasional y controlado durante 4 años antes de pasar al consumo regular. Los factores que influyeron en el caso de Olga fueron los siguientes:

1. La disponibilidad de la sustancia era ocasional, facilitada por su hermana que la distribuía en la zona (y también informante en el trabajo realizado).

2. Las dosis de consumo de Olga eran pequeñas durante ese período.

3. Trabajaba de forma eventual y en diversos trabajos, durante el tiempo de uso ocasional; es decir, tenía una actividad diaria que ocupaba y estructuraba su quehacer cotidiano, tanto dentro como fuera de su hogar, pues además tenía un hijo que ella atendía. El trabajo

fuera y dentro del hogar le permitió, durante ese tiempo, no sumergirse en las redes sociales de los consumidores de heroína, ni identificarse con ellos, pues su único contacto era su hermana y algunos amigos de ésta.

4. Su pareja no era consumidora de heroína y se resistía en un principio a consumir esta sustancia.

5. El consumo regular comienza cuando Olga pierde su trabajo y las relaciones con su marido empezaron a ser distantes y problemáticas, es decir, en un momento de crisis personal es cuando Olga se sumergió en el consumo diario.

6. La vía de consumo en todo este período fue nasal o pulmonar, ya que ella no usó la vía endovenosa hasta que no se encontró en el consumo compulsivo.

Se ha puesto de relieve que este tipo de consumo controlado de heroína se ha producido en algunos consumidores de opiáceos²⁹. Entre los factores que distinguen a estos consumidores se encuentra: la frecuencia y la cantidad de la sustancia consumida, y la no identificación con los «yonquis», es decir, con los consumidores compulsivos de heroína, ni la integración en la escena de las drogas, a la vez de seguir manteniendo el contacto con redes de no consumidores. Por último menciona la no utilización de la vía endovenosa en ese tipo de consumo. Muchos de estos aspectos se hallaban en Olga pero, sin embargo, hubo un cambio en estos elementos descritos que propiciaron posteriormente la progresión al uso regular y compulsivo. No sabemos hasta qué punto este tipo de consumo está más presente en las mujeres que en los varones, y se requieren nuevos estudios para poder determinar si este comportamiento puede ser más frecuente en uno u otro sexo.

Estereotipos hacia las mujeres drogodependientes y sesgos de género

También hemos encontrado una serie de estereotipos sobre las mujeres consumidoras de heroína en particular, pero que se extiende al resto de consumidoras de otras drogas, que inundan el imaginario social y profesional:

1. Uno de los estereotipos que recaen sobre las mujeres de forma diferencial es que son «más viciosas». Dicho estereotipo se encuentra en el contexto social tanto de los usuarios y las usuarias de drogas como en la población general. Cuando se pregunta a los propios consumidores por este hecho suelen responder con la frase «es que las mujeres son más viciosas».

Este argumento era incluso defendido por algunas consumidoras. Sin embargo, otras radicalmente rechazaban esta aseveración. Dos razones, entre otras mu-

chas, están detrás de este estereotipo: en primer lugar, es aceptado que las mujeres son menos consumidoras de drogas ilegales, por lo tanto la visión social del consumidor es de un varón y el uso compulsivo de drogas no está tan tolerado ni bien visto en las mujeres. En segundo lugar, el consumo de las mujeres es más oculto, precisamente por esa falta de tolerancia hacia su consumo y la necesidad que ellas viven de evitar la sanción social. De esta forma, cuando una mujer hace usos abusivos o problemáticos de drogas la percepción social es que en ellas supone un mayor vicio frente a los varones. El patrón de consumo de drogas puede ser en algunos casos el mismo, pero no se percibe socialmente igual, pues los roles que debe desempeñar cada uno son muy diferentes.

2. Estos estereotipos no sólo los encontramos en los consumidores, sino que los investigadores e incluso los profesionales de atención también proyectan sus percepciones sobre lo que es aceptado socialmente para los varones y para las mujeres. Exponemos un ejemplo publicado en una revista médica:

«La antigüedad en el consumo y la edad de las mujeres asistidas fue inferior a la de los hombres, lo que podría explicarse por una entrada posterior de la mujer en el grupo de consumidores (...). En este sentido influiría su condición de mujeres, ya que es socialmente aceptado que sean débiles y tienen menos reparos en pedir ayuda (...). Las mujeres se inician principalmente a través de su compañero adicto, integrándose en el mundo masculino de su pareja. Los hombres, por el contrario, comienzan con los amigos. La mujer se convierte en adicta más rápidamente y requiere luego una mayor cantidad de droga»³⁰.

Los autores de este trabajo, desde un enfoque biomédico, conceptualizan a las mujeres como más débiles que los varones basándose en aspectos sociales o estereotipos proyectados hacia las mujeres. Pero además, realizan afirmaciones sin base fundamental ni en esos momentos ni en los actuales. ¿Cuál es la razón de que las mujeres se conviertan en adictas más rápidamente que los varones? ¿Puede ser debido a que la farmacocinética o farmacodinámica de las drogas sea diferente? No responden a estas preguntas ni se justifica la aseveración. Se ha planteado³¹ que las mujeres adquieren el consumo compulsivo más rápidamente debido a que el período de consumo ocasional es más breve o inexistente y asimilan el consumo intensivo o compulsivo de sus parejas con las que suelen consumir.

Algunos estudios^{1,32} señalan diferencias en cómo actúan las drogas en ambos sexos. En el caso del cannabis

existen diferencias en la absorción y metabolización, la mujer tiene más tejido adiposo donde se acumula el principio activo del cannabis, el tetrahidrocannabinol, con lo cual la permanencia de este principio activo en el organismo femenino puede ser mayor que en el del varón. En el caso del alcohol sabemos que las tasas de alcoholemia, por ejemplo, no son las mismas en ambos sexos para una misma cantidad de alcohol consumido. La mujer tiene mayor intolerancia al alcohol y, además, ante un consumo problemático del mismo, puede llegar antes a una cirrosis hepática o a problemas importantes para su salud comparado con el varón. Son necesarios más estudios que nos indiquen las diferencias entre varones y mujeres ante el consumo de drogas desde una perspectiva farmacológica y fisiológica. Respecto al consumo de heroína no tenemos datos suficientes en humanos para determinar estas diferencias. Se asume que lo que se conoce del varón se puede extrapolar a las mujeres, o en otras ocasiones se biologizan los aspectos sociales³³.

3. Otro estereotipo o comentario recogido durante el trabajo etnográfico, en este caso de los profesionales del tratamiento, tanto públicos como privados, hace referencia a que «las mujeres son más complicadas y difíciles de tratar» y que es referenciado en algunos estudios³⁴ que también señalan la creencia de que las mujeres están menos motivadas y son más complicadas que los varones. Cabe preguntarse cómo son los programas que ofertamos para las mujeres y si contemplan los aspectos diferenciales. Lógicamente, si una mujer entra en un programa donde son la mayoría varones es más difícil de tratar si no existe una intervención diferencial. Debemos revisar los programas de tratamiento para constatar cómo actuamos con las mujeres, de qué recursos disponemos y cómo tratamos sus necesidades. Algunos estudios han señalado esa falta de adecuación de los programas de tratamiento³⁵.

En general, las muestras que utilizamos en investigación son de personas en tratamiento y presentan sesgos importantes. Cuando recogemos muestras etnográficas la diversidad que podemos encontrar es mucho mayor y no nos permite homogeneizar a las mujeres en una sola categoría, pues la clase social, el nivel de educación, la etnia, la edad o el momento histórico de consumo imprimen diferencias importantes entre ellas.

4. Otro estereotipo adjudicado a las mujeres heroínomanas o policonsumidoras es que son más promiscuas, que ha sido recogido por algunos estudios^{36,37}, sin establecer la medida de comparación. También cabe preguntarnos si esa mayor promiscuidad es en relación a otras mujeres o a los varones. En este sentido la encuesta de Salud y Hábitos Sexuales³⁸ nos pro-

porciona los siguientes datos: el 27,3% de los varones encuestados entre 18 y 49 años había tenido alguna vez en su vida relaciones sexuales pagadas y el 6,7% en el último año. En esta misma encuesta se indica que el 4,1% de las mujeres ha tenido 10 o más parejas sexuales en su vida y en el caso de los varones este porcentaje es del 21,6%. Si en población general los varones tienen más parejas sexuales ¿por qué en población drogodependiente se supone que es al revés?

Iniciación en el consumo de opiáceos

Existen algunas características relacionadas con el inicio en el consumo de heroína y otras drogas en las mujeres. En primer lugar, el momento histórico de iniciación en la heroína marca situaciones diferentes, es decir, no es lo mismo iniciarse en la década de los setenta, en donde hay menos mujeres, que a finales de los ochenta o noventa, en donde hay mayor presencia femenina. Dos relatos de dos informantes ilustrarán la exposición:

1. Francis, nacida en la década de los años cincuenta y que se inicia en el año 1977:

«A mí me tocó en una época dorada que no se sabía muy bien lo que era el caballo; ni yo ni nadie, ni tan siquiera la policía. No sabías las consecuencias, que te enganchaba.»

Francis pertenece a la primera cohorte de usuarios de heroína, de esas primeras cohortes que desconocían el uso de esta sustancia. En ese momento, las mujeres van a iniciarse muchísimo menos y quizás de la mano de sus compañeros sentimentales que son, digamos, el patrón dominante de extensión y de consumo de drogas en la década de los setenta. Se trata de un momento de cambio político, donde usar drogas está unido a ciertas conductas de trasgresión, de rebeldía, de ir contra el orden imperante, es un tiempo de transición política.

2. Dulce, nacida en 1972 y que se inicia en la heroína en 1985, la situación es muy diferente:

«Cuando empecé yo ya sabía algo porque veía gente del barrio que llevaba muchos años, gente muy vieja en el consumo y estaban hechos polvo. Pero no pensaba que a mí me fuera a afectar de esa manera.»

Es decir, Dulce tenía referencias ya, es un momento de crisis económica y donde además la población juvenil es la que ocupa los mayores porcentajes de paro. Y esos datos no los podemos olvidar en estas circuns-

tancias. Ella se va a iniciar no con su pareja, sino con una amiga.

Por tanto, el nivel de conocimiento que tenían unas y otras cohortes sobre el consumo era muy diferente. Mientras que Francis no tenía referencias nada más que de los medios de comunicación, en 1985 ya había referencias en sus entornos habituales para Dulce, siendo muy precoz en el inicio. En muchas de estas mujeres la iniciación se produce en un contexto de iguales o entre amigos o amigas, aunque la progresión al consumo regular puede realizarse ya con su pareja o novio. Sin embargo, lo que prevalece y se comunica, sobre todo cuando se recoge la historia de consumo, es la iniciación con un varón. Para muchas de ellas es menos sancionado socialmente que se haya producido con un varón que con sus grupos de iguales y en contextos recreativos, pues están muy pendientes de las valoraciones sociales.

A lo largo de la década de los ochenta la forma de iniciación en las mujeres es cambiante. Si cogemos todos los datos y los sacamos en conjunto nos encontramos que las mujeres se inician preferentemente con un varón, que suele ser su compañero sentimental. Sin embargo, esta tendencia no permanece estática a lo largo del tiempo, sino que conforme se produce la expansión de este consumo las formas y contextos de iniciación también van cambiando en las mujeres. En un estudio anterior³⁹ en el que analizamos a todos los usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona en Madrid, desde su inicio en 1990 hasta marzo de 1999, con 2.594 historias clínicas, encontramos la siguiente distribución por sexo y década de nacimiento de los usuarios y usuarias de heroína en el programa (fig. 1).

Aunque no se trata de una muestra representativa de usuarios de heroína y no todos los consumidores en

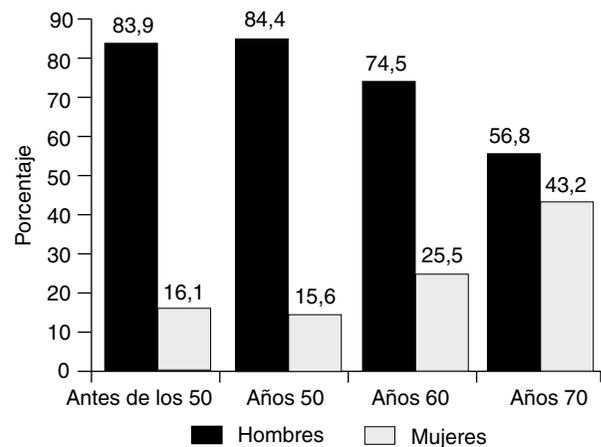


Figura 1. Década de nacimiento y sexo.

esta década acudieron a los programas de metadona, nos ilustra cómo la presencia femenina se va incrementando. En términos globales las mujeres representan en esta muestra el 25%, las nacidas en los años setenta revelan un mayor incremento porcentual. También en otro trabajo anterior¹⁶ apuntábamos que los nacidos hasta la década de los sesenta fueron las primeras cohortes de consumidores de heroína iniciándose a finales de los setenta y comienzos de los ochenta. En los nacidos durante la década de los sesenta, el inicio en el consumo de heroína se concentraba en los años ochenta; y a finales de esta década y comienzo de los noventa se producía la iniciación en el consumo de los nacidos a partir de los años setenta. Las primeras cohortes de usuarias de heroína comienzan su consumo en compañía de sus compañeros sentimentales, esposos o novios, mientras que en las últimas cohortes de usuarias este modo de iniciación, aunque siga teniendo presencia, coexiste con otros contextos de inicio, el del grupo de iguales o entre chicas, aspecto que sucedía con la iniciación en el tabaco en esos momentos o que se ha indicado en el consumo de éxtasis⁴⁰.

Otro aspecto también diferencial es la percepción del riesgo. Las mujeres están educadas, socializadas en conductas de seguridad, de cuidado, de precaución, por sus roles femeninos en la familia⁴⁰. Por lo tanto, la percepción del riesgo de las drogas es mayor en las mujeres articulando algunas conductas de disminución de riesgo. En este sentido en mi trabajo etnográfico he constatado cómo las mujeres mantienen ciertas conductas de precaución y seguridad como:

1. El contexto de consumo, sea público o privado, será diferencial^{10,40}. El varón va a tender en mayor medida al uso público, porque quizás la condena social es menor para él que para la mujer que intenta buscar espacios más ocultos y discretos. Eso no quiere decir que no haya mujeres que se inyecten en la calle, o que consuman públicamente, pero serán muchas menos o en sus momentos vitales más deteriorados por el consumo. En este sentido, si observamos la distribución por sexo de las multas por uso público de drogas, el 94,4% son varones (en 2004 y 2005⁴¹).

2. Las dosis y la adquisición, es decir, la forma de consumir en ese proceso de iniciación también es diferencial. Las mujeres tienden a ser más moderadas. Por ejemplo, en el éxtasis tienden a utilizar dosis mucho más espaciadas, mucho más pequeñas, a localizar las pastillas en lugares mucho más privados⁴⁰. En el caso de la heroína podemos encontrar una tendencia similar. Los primeros consumos suelen ser discretos y ocultos porque no está bien visto que una mujer esnife, fume o

se inyecte heroína. Además, las dosis van a ser también menores y se producirá un mayor espaciamiento en el consumo. Nos referimos al período de iniciación, porque luego cuando llega el uso problemático, hay una gran variabilidad también entre las mujeres.

3. Las vías de administración en el inicio son menos peligrosas, por lo menos en el uso experimental y ocasional, tendiendo a ser menos agresivas. Es decir, aunque luego pueda aparecer el uso de la vía intravenosa en las mujeres, se producirá en un segundo momento, ya que hay cierto reparo al uso de la aguja y se buscan conductas de precaución y de seguridad. El 24% (n = 6) de las mujeres entrevistadas usaron la vía endovenosa en sus primeros usos de drogas, a pesar de que los momentos históricos de consumos fueron diferentes para algunas de ellas.

Como he señalado antes, el grupo o persona con la que se inician las mujeres difiere en muchos aspectos. Generalmente, si atendemos a la literatura^{1,18,19,25,36,37} y al análisis de las muestras de tratamiento la conclusión más extendida es que se inicia con un varón, principalmente su pareja. Sin embargo, al varón no le interesaba que su pareja se «enganchase» a la heroína o que usase drogas. Varios motivos justifican esta visión: en primer lugar, si los dos son dependientes a la heroína, ¿quién se ocupa de la casa y de los niños? Es necesario que ella no sea usuaria con dependencia a las drogas. En segundo lugar, el compañero sentimental o esposo se siente en la obligación o deber de mantener el consumo de su pareja por haberse iniciado con él. Por lo tanto, él debe buscar los recursos necesarios para sufragar el consumo de ambos. Por último, la imagen social que tiene la mujer con drogodependencia de promiscua, por su asociación con la prostitución, como se ha comentado antes, hace que inhiba el uso de su pareja. Un usuario de heroína, pareja de una de las informantes, lo expresaba así:

«Es que todas son unas putas. No, no, y mira fulana, y mengana y mengana, todas que se enganchan a la heroína acaban puteando en Capitán Haya».

Es decir, se asocia a ambas identidades. Ni muchísimo menos las mujeres con drogodependencia son todas mujeres prostitutas, se trata de un subgrupo concreto, un perfil determinado dentro de estas mujeres. Tampoco podemos afirmar que todas las mujeres con drogodependencias recurran a la prostitución, ni que todas las mujeres prostitutas tengan problemas con las drogas. En nuestra muestra de mujeres el 40% (n = 10) ha realizado la prostitución y el resto no ha mantenido ninguna conducta a este respecto.

Las mujeres no son coaccionadas, ni víctimas de sus parejas, ni les han obligado a consumir, han hecho una toma de decisiones por diversos motivos. En unas puede ser compartir con sus compañeros la experiencia del consumo; otras, porque tienen las mismas motivaciones que sus compañeros, y las drogas son para ellas una fuente de placer o les producen curiosidad y quieren participar socialmente con los que se encuentran en el contexto. Lo que se aprecia en el análisis del SEIT¹¹ (y también en el trabajo de la autora) es que hay una edad mucho más temprana en el inicio en las mujeres, que quizás tenga que ver con los procesos evolutivos y madurativos.

Otro aspecto a señalar de los procesos de iniciación en la heroína es la posición más activa de algunas mujeres frente a sus esposos cuando se iniciaron en el consumo. Éste fue el caso de Carla, nacida en 1966:

«Yo arrastré a Ángel, yo tiré de él. Es algo que me ha costado mucho reconocer pero es cierto, porque él trabajaba por la tarde, y cuántos días llegaba de bajar y ya había yo pillado un talego».

Carla nos presenta un aspecto que en general se omite en los trabajos, la iniciación del varón por una mujer, su compañera o esposa. En mi trabajo de investigación he encontrado cómo algunas mujeres fueron las primeras en iniciarse y tuvieron cierta influencia en el consumo de sus parejas. A Carla le costó mucho reconocer esta situación porque el reconocimiento suponía que había sido una «mala esposa», y por tanto no había cumplido con su rol social. Ella fue la primera que se inició en el uso de drogas como una forma de evasión ante su insatisfacción por un matrimonio precoz, y encontrarse muy rápidamente siendo ama de casa y madre, iniciándose su marido posteriormente. Considero que este contexto de iniciación ha sido minoritario en el caso de la heroína, pero esto no implica que no pueda adquirir otras dimensiones en el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Por último, encontramos en las mujeres menor policonsumo que en los varones antes del consumo de heroína. Por ejemplo, en las usuarias de éxtasis, fundamentalmente con usos ocasionales, se percibe menor policonsumo⁴⁰. En algunas de las informantes (7 casos) se aprecia un uso intensivo previo de otras sustancias, fundamentalmente de cannabis, pero el resto había experimentado muy poco con otras drogas e inmediatamente se incorporó al uso de opiáceos, es decir, se puede llegar al uso intensivo de esta sustancia sin haber realizado consumos previos de otras drogas²⁸.

Continuidad en el consumo de drogas

El cese del consumo es otro hecho que resulta diferente. En las usuarias de éxtasis se ha planteado que el período de consumo es más corto y abandonan mucho antes el uso ocasional de esta sustancia, debido a que adquieren más rápidamente que los varones responsabilidades familiares o domésticas⁴⁰. Estas circunstancias hacen que esos períodos de ocio se acorten, no siendo fácil compaginar la «fiesta» con la vida familiar y del hogar. En el caso de las usuarias de heroína encontramos que muchas de ellas, sobre todo en los primeros años de consumo compulsivo, pueden abandonar el consumo radicalmente ante el embarazo, sobre todo en las primeras cohortes de usuarias que mantienen su consumo durante la década de los ochenta. Otras, por el contrario, no cesan inmediatamente el consumo o lo mantienen, pero articulan estrategias de reducción de riesgos⁴². Es decir, cuando conocen su estado de embarazo, y en ese momento consumen heroína de forma compulsiva, desarrollan conductas que disminuyan los riesgos para el feto. Así pues:

1. Algunas dejan radicalmente el consumo de heroína, como sucede con el tabaco, aunque cuando tengan a su hijo vuelvan a retomar el consumo.

2. Se producen cambios en la forma de consumo: cambian la vía, o las sustancias y usan psicofármacos.

3. O se ponen en tratamiento, generalmente con metadona, puesto que para ellas el significado de la heroína es diferente que el de la metadona. Los siguientes discursos justifican lo que planteamos:

«Seguí consumiendo, pero muy poquito y me lo esnifaba». (Ángela, 1964).

«Cuando me volví a quedar embarazada de mi segunda hija, ahí cambié a la nariz, y me ponía muy esporádicamente». (Rocío, 1964).

«Cuando me quedé embarazada del pequeño, estaba consumiendo y comencé a tomar pastillas para desengancharme». (Sara, 1958).

«Cuando me enteré que estaba embarazada, aparte de que en ese momento no consumía, no consumí. En el segundo estaba consumiendo, y me enteré de que estaba embarazada y lo deje. Pasé unos días un poco mal, pero lo dejé. Y en el tercer embarazo lo dejé cuando tenía dos meses y medio o algo así. Y nada más tener a la niña me volví a enganchar. Me daba mucho miedo por los niños seguir consumiendo. Me daba miedo que la criatura saliese mal». (Celia, 1958).

Las mujeres ven en su maternidad una posibilidad de futuro para ellas, en el que depositan las esperanzas de cambiar de vida. Se trata, en muchos casos, de la mayor motivación para entrar en tratamiento, aunque se convierte en la mayor barrera para iniciarlo, pues los programas de atención no suelen contemplar las responsabilidades como madre^{18,13,12,34}.

Los significados que implican el uso de drogas en las mujeres no podemos obviarlos. Muchos usos de drogas están relacionados con los malestares que viven las mujeres. Para algunas de ellas el uso de heroína suponía una forma de manifestar la trasgresión, de romper y dejar de reproducir los roles sociales que habían desempeñado sus madres y abuelas, esto es, ser buenas madres y buenas esposas. La heroína en un momento dado se les presenta como una forma de introducirse en lo prohibido, que las aleja del rol social tradicional, aunque las consecuencias posteriores no sean todas las que ellas se hubieran esperado. En parte es una forma de evasión de esa subordinación o de esa situación que las mujeres tienen en la sociedad. Nuevamente estos significados adjudicados al consumo de heroína, y lo que representa, se manifiesta en mayor medida en las primeras cohortes de consumidoras, en un momento de contexto social reivindicativo y de mayor participación social femenina.

En el mantenimiento del consumo compulsivo de drogas se ha planteado que las mujeres son suministradas y dependientes de sus compañeros sentimentales, adquiriendo un rol subordinado a los varones^{1,23,31}. Sin embargo, no es una situación genérica para todas las mujeres^{25,43}. Las mujeres sostienen su consumo desde tres formas distintas²⁸. En primer lugar, con sus propios recursos o los de su familia, siendo variable en función del estatus socioeconómico. En segundo lugar, recurren a la realización de algunas actividades delictivas, aunque en menor medida que los varones y realizando aquellas que menos daño e influencia negativa tengan en las personas. Por ejemplo, son pocas las que realizan un robo con intimidación. Sin embargo, el robo al descuido es más frecuente y lo utilizarán cuando se agota la opción anterior, sus propios recursos o los de su familia. Algunas mujeres, más bien pocas, realizaron atracos a establecimientos o entidades bancarias (fundamentalmente en los años ochenta) y contribuyeron al tráfico y distribución de drogas, muchas más de las que se suelen contabilizar. Aquellas que desarrollan estas dos actividades, acciones fundamentalmente realizadas por varones, tienen que demostrar doblemente su valía en el grupo de iguales, eminentemente masculino. Estas acciones les producen un nivel de autoestima y una imagen personal tan

positiva que contrastará con la situación que emerge en el período de tratamiento, pues se produce un proceso de haber adquirido una alta autoestima generada por el entorno de la heroína a convertirse en «ex», con poca valoración de sí misma y por la sociedad.

En tercer lugar, algunas de ellas pueden recurrir a la realización de la prostitución. En estos casos son ellas las sostenedoras del consumo de sus parejas o esposos adquiriendo cierto poder y control sobre ellos, ya que consiguen suficientes recursos económicos para sufragar el consumo de ambos. Si bien es cierto que se han descrito las situaciones de proxenetismo y explotación de muchos usuarios de heroína sobre sus compañeras, poco se ha planteado la situación inversa, que también está presente en estos contextos. Quizás la visión de victimización de las mujeres en estas situaciones impide observar su papel activo en el sostenimiento del consumo, como se ha planteado en otros trabajos^{25,43}.

La subordinación y dependencia de las mujeres se debe analizar en relación con la construcción social, la estructura social y desde la perspectiva del género⁴⁴. En la sociedad patriarcal, que todavía persiste en nuestra sociedad, las mujeres cubren las expectativas sociales que se tienen sobre ellas, siendo relevantes por su condición de madres, esposas o hijas^{33,34}. En los contextos de usos de drogas, en concreto de opiáceos, se reflejan las mismas posiciones que las mujeres desempeñan en la sociedad en general. Además, las condiciones socioeconómicas, de precariedad, de vulnerabilidad son mayores en ellas y las hace más dependientes de los varones^{19,45}. Necesitamos incorporar en nuestros análisis estas relaciones de subordinación para no estigmatizar mucho más a las mujeres con drogodependencia y no catalogarlas como una forma desviada de feminidad, más enfermas, neuróticas o patológicas, sin contemplar en ningún momento cuál es el origen, desarrollo y significados de los usos de drogas o de los usos problemáticos para las mujeres^{1,34}.

Aspectos relacionados con el tratamiento de drogodependencias en las mujeres

Nuestras informantes entraron en contacto con el sistema de tratamiento de drogodependencia fundamentalmente en la década de los noventa, aunque algunas de ellas lo intentaron en el último lustro de los ochenta. Un elemento común a todas las mujeres entrevistadas fue el recorrido asistencial. La gran mayoría de ellas acudió a los programas de tratamiento que se ofertaban o estaban disponibles cuando decidió abandonar el consumo. En un primer momento, la oferta mayoritaria era de programas libres de drogas y

en un momento posterior fueron los programas de sustitutos con opiáceos. En este punto vamos a exponer aquellas dificultades que encontraron algunas de ellas en el proceso de recuperación y en el acceso y realización de los programas de tratamiento, aspectos todos ellos referenciados en la literatura internacional y así lo señalaremos:

1. Durante el programa de tratamiento es importante el apoyo de la red de relaciones sociales y familiares. Las mujeres suelen tener menos apoyo familiar que los varones^{18,35,46}. Cuando se hace manifiesta su drogodependencia en la familia, las mujeres tienden a abandonar el domicilio familiar, rompiendo en muchas ocasiones las relaciones y lazos familiares. Por tanto se encuentran con un mayor aislamiento social, con menor apoyo familiar y, desde luego, con escaso apoyo de sus parejas en el proceso de recuperación^{19,33-35}. Cuando se trata de los varones la situación que se suele encontrar es la contraria, obtienen el apoyo familiar y de sus compañeras. El menor apoyo familiar y de la pareja tiene consecuencias muy importantes para ponerse en tratamiento. En general, los hijos suelen estar a su cargo y los programas de recuperación no los contemplan³³⁻⁴⁵⁻⁴⁷. Si los hijos son una motivación para cesar el consumo y los programas no facilitan su recuperación junto a ellos, entonces se produce una barrera de acceso a los programas de tratamiento. Éstos no están diseñados en función de las necesidades de las mujeres, sobre todo de las que son madres. Se ha planteado cómo la incorporación de servicios de guardería, de apoyo a los hijos durante el tratamiento, aumenta la presencia de las mujeres en los programas o mejora los resultados de los mismos⁴⁷.

«Fui al CAD, pero no podían cogernos porque teníamos que separarnos, ya que no teníamos alguien que se hiciera responsable de nosotros. Mi marido se iba fuera y yo no podía porque ¿qué hago con mis hijos? Eran pequeños y mi madre no podía atenderlos. Me intenté quitar con pastillas». (Sara, 1958).

Quizás tenemos que empezar a revisar si nuestros programas están adaptados a las necesidades de las mujeres. De esta forma, la monoparentalidad y la responsabilidad del cuidado de los hijos es uno de los impedimentos fundamentales para entrar en tratamiento³⁴. Por otra parte, el sentimiento de culpa y la baja autoestima por no haber sido una madre adecuada resultan otro inhibidor del tratamiento^{19,25,43}. Por último, si los servicios sociales descubren la drogodependencia de la mujer, que es madre, tiene una gran probabi-

lidad de perder la custodia de sus hijos, sobre todo si también realiza además la prostitución. No estamos planteando que los menores no estén protegidos de situaciones de abandono o negligencia, pero ¿no se puede trabajar a la vez el tratamiento de la drogodependencia de la madre y el cuidado y protección de sus hijos? ¿Tan costosos son los recursos para trabajar con ambos conjuntamente sin romper los lazos afectivos entre ambos, que además son los que están motivando que ella se ponga en tratamiento?

2. Durante el proceso de recuperación y tratamiento pueden aflorar situaciones traumáticas que han vivido las mujeres. Los abusos físicos, sexuales o psicológicos han estado presentes en las trayectorias vitales de muchas de ellas y con mayor prevalencia en las mujeres que en los varones^{19,25,33,34}. Éstos han podido producirse antes del consumo de drogas o durante el período de consumo compulsivo, sobre todo si ha realizado la prostitución. Tres de nuestras informantes fueron víctimas de abusos sexuales, y todas sufrieron episodios de violencia durante el período de consumo. En general no suelen abordarse estos hechos traumáticos en el contexto de tratamiento, y cuando son tratados, en algunas ocasiones se realiza inadecuadamente; es decir, los abusos sexuales se han abordado en contextos de tratamiento poco apropiados, en espacios colectivos y sin los apoyos personales necesarios para afrontarlos. Carla, nacida en 1966, nos explicaba cómo tenía que contar en el grupo de terapia los abusos sexuales y físicos que había sufrido durante el período de consumo:

«Yo recuerdo que era algo a lo que yo estaba muy cerrada. Era algo que yo no lo había hablado nunca, porque sentía como vergüenza, a qué punto de denigración he llegado para que me haya tenido que pasar esto. Yo me acuerdo que lo contaba en el equipo del Programa superficialmente:

“Este tío me violó...” y me empezaban a gritar en el grupo:

“¿Te acuerdas de su cara cuando lo tenías encima?! ¿Te acuerdas cómo te baboseaba?!”.

O sea, di un grito de: ¡Mierda!, y un odio hacía todos...». (Carla, 1966).

3. La codependencia, asociada a las mujeres (esposas o madres) de los drogodependientes, y la bidependencia asociada a las drogodependientes son dos nuevos trastornos aplicados a las mujeres. Su tratamiento se centra en una perspectiva individual y no social y colectiva, produciendo la patologización y cronificación de las situaciones de subordinación y dependen-

cia propias de la sociedad patriarcal⁴⁸. Las mujeres han sido socializadas y valoradas por su rol de cuidadora, y el desempeño de esta labor como eje vital debe tratarse y analizarse desde una perspectiva de género. Las valoraciones y diagnósticos sin la introducción de los factores socioculturales y del análisis de género hacen iatrogenizar los malestares de las mujeres haciéndolas más enfermas y patológicas. ¿No estamos culpabilizando a las mujeres y calificándolas de enfermas en lugar de ver las causas en las estructuras tradicionales familiares y de pareja? ¿No sigue siendo un mecanismo de control y dominación hacia las mujeres? ¿Cuál es el papel del varón en estas relaciones? Cuando se habla de codependencia y se aplica a ambos sexos, sin embargo «El varón puede tener comportamientos codependientes pero las mujeres son codependientes»⁴⁸.

4. Sin ánimo de generalizar, muchos programas de tratamiento poseen cierta orientación masculina, ya lo indicamos antes^{1,33,34}. Los discursos, las metodologías, a veces inconscientes, suelen presentar cierta perspectiva masculina porque han sido la pauta dominante y las mujeres no son contempladas, entre otras razones, por su escaso número.

«Lo que pasa es que hay una diferencia muy grande entre chicos y chicas. Si hay 50 chicos, hay 10 chicas. Es muy difícil valorar desde el Programa. No sé, yo creo que hay menos chicas porque está peor visto en las mujeres el consumo, y eso se nota en el Programa, en todo». (Amparo, 1970).

«El pretexto era que daba mucha guerra. Estábamos tres chicas, una en la fase final y otra y yo, que estábamos juntas, y como teníamos alterados a todos los chicos, que eran muchos más, me echaron a mí primero y luego a la otra (...) me pusieron mucha presión porque ellos creían que me lo sabía todo. Me estuvieron puteando, me estuvieron puteando en el sentido de que mientras que los demás tenían tiempo de descanso a mí me ponían tareas...». (Ángela, 1964).

«Ése es el concepto más traído y llevado. Bueno, y particularmente en la granja o cualquier comunidad cerrada. Cuando entras es el concepto que tiene todo el mundo de las tías: “Ah, que viene una tía, pues vaya rollo, a ver la que lía ésta aquí, con los chavales.”». (Marina, 1958).

En muchas ocasiones los abandonos y recaídas por parte de las mujeres están relacionados con el diseño y desarrollo del programa. Podemos encontrar dos pautas en las mujeres en tratamiento: o abandonan el programa o son muy cumplidoras acatando todas las exigencias

que se les señalan. Pero en este último caso, no está motivado por el diseño del programa (cuando no contempla aspectos diferenciales en función del género), sino por condicionantes personales como la amenaza de la pérdida de la custodia de sus hijos. Debemos interpretar las recaídas y el abandono en claves sociales, no sólo en claves individuales, porque probablemente saquemos algunas conclusiones para la intervención.

Por tanto, es importante contemplar espacios terapéuticos propios para mujeres y para varones⁴⁵⁻⁴⁷. Incluso los roles de género habría que trabajarlos en el contexto terapéutico de forma relacional, entre ambos sexos. Si la presencia fundamentalmente es masculina y es la dominante, no tiene cabida el discurso femenino y debemos posibilitarlo. Gran parte de los programas de tratamiento de drogodependientes presentan una ausencia de perspectiva de género^{33,34}. No se suele considerar necesaria una atención diferencial justificándose con la atención personalizada e individualizada. Aplicar una perspectiva de género supone una reflexión previa de los planificadores y profesionales de intervención para que se contemplen las necesidades de cada sexo y se revisen los estereotipos y sesgos de género que son inherentes a la práctica profesional^{44,45}.

5. Las expectativas sociales sobre lo que es y se espera de cada sexo impregnan muchas de nuestras valoraciones e intervenciones. En este sentido, desde el ámbito de la intervención se pueden proyectar estereotipos de género^{33,34}. De esta forma existen algunas actuaciones que no se realizan de la misma manera en los usuarios que en las usuarias de los programas de atención a drogodependientes. Por ejemplo, en el caso de la maternidad suele existir cierta prisa para que las mujeres asuman rápidamente sus roles perdidos como madres, pero no sucede lo mismo con los varones que son padres. Aunque la mayor motivación para el abandono del consumo sea, para muchas mujeres, la maternidad, tiene que ser un proceso paulatino, enfocándose en un primer momento su situación como mujer antes que como madre. Muchas de estas mujeres no han desempeñado el rol materno durante el período de consumo activo y su identidad no se construye sólo con la maternidad, sino que se reelabora desde la independencia y la autonomía, tanto económica como personal, y desde el reconocimiento social de lo que ella logra.

«Pero bueno cuando me enganché, enganché, fue a los dieciocho, después de tener al niño y vivir con mi marido, porque él vendía. Era una evasión, una evasión de problemas que, que una chica joven como yo no estaba, no estaba capacitada para llevar una casa, ni a un niño, ni a un marido y fue una evasión. Des-

pués, pues, yo creo igual una evasión... Entonces era para mí el no..., porque encima se juntaban muchas cosas, tenía muchos problemas con mi hijo, le tuve que meter en un colegio porque me amargaba la vida, porque me amargaba la vida, porque yo tampoco estaba en condiciones, y que bueno, que tu hijo te vea borracha después de lo que ha pasado él contigo, porque el niño desde que era bien pequeñito, o sea, ha vivido todo, ¿no?, y ahora el niño pues también fuma porros y lo que no son porros, y encima se hace los porros delante de mí, no se corta un cacho, que tampoco me corté yo cuando tenía, cuando fumaba. Yo no puedo con él y en el programa me insisten en que soy su madre, pero digo yo: ¿qué pasa con su padre?» (Pepa, 1965).

¿Planteamos el tema de la paternidad de la misma manera que la maternidad? ¿Se contemplan en el programa las mismas responsabilidades con los hijos con las mismas orientaciones y exigencias en ambos sexos?

6. Las mujeres en el proceso de recuperación y en el contexto de tratamiento necesitan un clima de confianza y de seguridad⁴⁵, quizás en mayor medida que los varones. Precisamente por esos niveles de baja autoestima y de culpabilidad que suelen presentar. Uno de los aspectos más señalados en la literatura internacional^{18,19,23-25,33,34,45,46} es que la terapia de confrontación no es pertinente e indicada para las mujeres, porque potencia esa baja autoestima y ese sentimiento de culpabilidad en mayor medida que en los varones. Debemos plantearnos cuáles son nuestras intervenciones terapéuticas y en qué medida nuestros modelos terapéuticos pueden dañar a las mujeres o no posibilitar su recuperación. Así nos lo exponía una de nuestras informantes.

«Me acuerdo que a una terapeuta, se lo decía: ¿Es que no sabéis decirme ni una cosa bien? ¿Es que no sabéis decirme lo que tengo bueno? Es que es siempre esto no, lo otro no. ¿Es que no tengo nada bueno? Luego, al final, cuando ya te vas de comunidad terapéutica, en el grupo de valoración, entonces, sí. Pero, claro, si mientras durante 6 meses te han machacado lo malo, por una vez que te digan lo bueno, no te crees nada. Lo del sentimiento de culpa también, eso lo he hablado con los terapeutas en reinserción y dicen que es necesario. No sé hasta qué punto es necesario. Pienso que es necesario que tú sepas reconocer las cosas que has hecho mal, el daño que has hecho y el daño que te han hecho. Pero, ¡vamos!, hasta el punto de sentirte culpable por no limpiarle el polvo a un cuadro, pues no sé yo qué decir. De sentirte culpable,

de sentirte culpable... Tienes que subir mucho tu autoestima pero a la vez te potencian mucho el sentimiento de culpa. Yo no me puedo valorar si tú me estás machacando con las cosas que he hecho mal y con el daño que le he hecho a los demás. Que a mí me dijeran que yo no sirvo para ser una madre, “Eres una mala madre, no sirves para ser una hija.”, en un aislamiento, pues: ¿cómo coño quiere que me valore si me estás machacando? Y ponerme a llorar y darle patadas a las paredes...» (Carla, 1966).

7. Por el contrario, se incide poco en la preparación e inserción laboral en las mujeres, que les posibilite una realización personal e independencia económica⁴⁶. Los programas no plantean de la misma manera este aspecto en la fase de inserción social en ambos sexos. Las ofertas y actuaciones de inserción y de empleabilidad son diseñadas desde perspectivas masculinas. Por tanto, si queremos incidir sobre los roles sociales de subordinación de las mujeres debemos plantearnos objetivos de autonomía e independencia económica que sólo es posible lograr por el empleo, y evitar la dependencia de sus familias, de las que salieron hace tiempo en muchos casos, o de su pareja, pudiéndose reproducir nuevamente relaciones de subordinación.

8. Uno de los problemas muy importantes que nos podemos encontrar en la reinserción es el cuidado y educación de sus hijos y la competencia con sus madres en esta actividad. Muchas mujeres han dejado a sus hijos al cargo de sus madres, siendo éstas madres y abuelas, ya fuera durante el período de consumo o en el de tratamiento. Era la única posibilidad que tenían para salir adelante y no perder la custodia de sus hijos. Las abuelas asumen ser madres en un momento vital que no les corresponde y en cierta medida esta situación las ha revitalizado. Cuando sus hijas quieren volver a recobrar el rol materno surge el enfrentamiento con sus madres. Las situaciones de desautorización, recriminación entre madre e hija, resultan muy destructivas para ambas y con importantes repercusiones en los niños.

«Mi madre me pone verde delante del niño, y se lo he dicho, que delante del niño no me diga nada. ¿Qué va a pensar mi hijo de mí?» (Sonia, 1967).

«Mi madre no me da a mí a Tana el día de Nochevieja para que me la lleve a cenar conmigo...Y mi madre no me da la niña, “que la niña cena aquí, porque yo la estoy criando.”, que la conozco, que no puede disponer de mi hija. No veas ahora la que he tenido con ella. Es que hay que conocer a mi madre, es que hay que tener un par de cojones para aguantarla». (Rocío, 1964).

También esto puede ser una fuente de recaída para las mujeres por la pérdida de estima e imagen que sufren procedentes de sus seres más queridos. Es preciso tomar conciencia de estas situaciones y manejarlas en el contexto de recuperación.

9. Hay una cuestión más, para terminar, que es el estigma social que recae sobre las mujeres cuando se han recuperado y dejado el consumo^{33,34}. Las mujeres quedan marcadas por lo que fueron, y aunque ellas hayan conseguido importantes logros no son reconocidos en su entorno. Siempre queda en el imaginario social el que fue drogodependiente y/o prostituta. Sin embargo, la intervención sobre el estigma social requiere intervenciones macro y microsociales.

Por tanto, las mujeres con dependencia a drogas conforman una realidad con características diferentes a los varones que necesitan ser considerados en el contexto de tratamiento. Aunque muchos de los aspectos referenciados sobre las mujeres en este trabajo pueden considerarse circunstancias del pasado, dado que actualmente prevalecen otros patrones de consumo, las construcciones de género, que están en la base de las diferencias y desigualdades de sexo, no producen cambios tan vertiginosos. No obstante, este trabajo tiene sus limitaciones y futuras investigaciones pueden aportar nuevas facetas en la investigación y el tratamiento desde la perspectiva de género.

Bibliografía

1. Inciardi JA, Lockwood D, Pottieger AE. Women and Crack-Cocaine. New York: Macmillan Publishing Company; 1993
2. González Duro E. Consumo de Drogas en España. Madrid: Villalar; 1979.
3. Comas D. El uso de drogas en la Juventud. Instituto de la Juventud. Madrid: Ministerio de Cultura; 1985.
4. Usó JC. Drogas y cultura de masas. (España 1855-1995). Madrid: Taurus; 1995.
5. Snyder S. Drogas y cerebro. Barcelona: Prensa Científica; 1993.
6. Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.º 4, 5 y 6. Madrid: DGPNSD, Ministerio del Interior. Madrid, 2001, 2002 y 2003 respectivamente.
7. Gamella J, Jiménez L. El consumo prolongado de cannabis: pautas, tendencias y consecuencias Madrid: Fundación de Ayuda a la Drogadicción; 2003.
8. Rodríguez Vega B. Abuso y dependencia de drogas en la mujer. *Mujer y Salud Mental*. Madrid: Instituto de la Mujer; 1985.
9. Sánchez JT, Romo B, Rodríguez O, Barrio G. Consumo de drogas en España: fuentes de información y evolución durante el período 1984-1990. *Rev Sanid Hig Pública*. 1991;65:395-412.
10. Romo N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*; 2003. p. 5.
11. Plan Nacional Sobre Drogas. Informes del SEIT, 1987-2002. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
12. Hunter G, Judd A. Women injecting drug users in London: the extent and nature of their contact with drug and health services. *Drug Alcohol Rev*. 1998;17:267-76.
13. Henderso D. Drug abuse and Incarcerated Women. *A Research Review*. *J Subst Abuse Treat*. 1998;15:579-87.
14. Meneses C. ¿Una atención específica para mujeres drogodependientes? Reflexiones para el debate. *Proyecto*. 2002;43:5-9.
15. Sopolana P, Diéguez A, Bautista L. Perfil de los drogodependientes que ingresan en una unidad de desintoxicación hospitalaria durante el período de cuatro años y medio. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1992;20:81-91.
16. Gamella J, Meneses C. Estrategias etnográficas en el estudio de poblaciones ocultas: censo intensivo de los heroínomanos de cuatro barrios de Madrid, en las Drogodependencias: Perspectivas sociológicas actuales. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología; 1993.
17. Hernández I, Ruiz I, Bolumar F, Pérez-Hoyos S, Fernández-García E, Santo C, et al. Sharing of Injection Equipment among 3755 Intravenous Drug Users in Valencia, Spain, 1987-1992. *Int J Epidemiol*. 1994;23:602-7.
18. Cuskey WR. Female Addiction: A Review of the literatura. *J Addict Health*. 1982;3:3-33.
19. Neale J. Gender and Illicit Drug Use. *Br J Social Work*. 2004;34:851-70.
20. Byqvist S. Criminality among female drug abusers. *J Psychoactive Drugs*. 1999;31:353-62.
21. Copeland J. A Qualitative Study of Self-Managed Change in Substance Dependence Among Women. *Contemp Drug Probl*. 1998;25:321-45.
22. Grandfield R, Cloud W. *Coming Clean. Overcoming Addiction without Treatment*. New York: University Press; 1999.
23. Silverman I. Women, Crime and Drugs. *J Drugs Issues*. 1982;13:167-83.
24. Reed B. Drug Misuse and Dependency in Women: The Meaning and Implications of Being Considered a special population o Minority Group. *Int J Addict*. 1985;20:13-62.
25. Sterk E. *Fast Lives. Women who use crack cocaine*. Philadelphia: Temple University Press; 1999.
26. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
27. Strauss A, Corbin J. *Basic of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. London: Sage Publications; 1991.
28. Meneses C. *Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Tesis Doctoral. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Granada: Universidad de Granada; 2001.

29. Harding G. Patterns of Heroin Use: What Do We Know? *Br J Addict.* 1988;83:1247-54.
30. Pedrique B, Valverde Q, Sánchez T. Estudio descriptivo de la población consumidora de heroína asistida en el servicio de urgencias de un hospital general de Madrid. *Rev Sanid Hig Pública (Madrid).* 1987;61:1209-27.
31. Rosebaum M. Sex roles among deviants: the women addict. *Int J Addict.* 1981;16:859-77.
32. Lex B. Some Gender Differences in Alcohol and Polysubstance Users. *Health Psychology.* 1991;10:121-32.
33. Campbell N. *Using Women. Gender, Drug, Policy and Social Justice.* New York: Routledge; 2000.
34. Hedrich D. Problema drug use by women. Focus on community-based interventions. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Pompidou Group; 2000.
35. Goldberg ME. Substance-Abusing Women: False Stereotypes and Real Needs. *Social Work.* 1995;40:789-98.
36. Llopis JJ. Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes: un estudio con mujeres heroínómanas, su personalidad y evolución. Tesis Doctoral. Valencia: Universidad de Valencia; 1997.
37. Stocco P, Llopis J, De Fazio L, Facy F, Mariani E, Legl T, et al. Women and opiate addiction: a european perspectiva. Palma de Mayorca: IREFREA; 2002.
38. INE. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Madrid: INE; 2003.
39. Meneses C, Charro B. Los programas de mantenimiento con metadona en Madrid: evolución y perfil de los usuarios. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2000.
40. Romo N. Mujeres y drogas de síntesis: género y riesgo en la cultura del baile. Donostia: Gakoa; 2001.
41. Ministerio del Interior. Estadística anual sobre drogas. 2004 y 2005. Madrid: Secretaría de Estado de Seguridad, Ministerio del Interior; 2006.
42. Rosenbaum M, Murphy S. *Pregnant Women on Drugs.* New Brunswick: Rutgers University Press; 1999.
43. Taylor A. *Women drug Used: An Ethnography of female injecting community.* Oxford: Clarendon Press; 1993.
44. Tavora A. El género y los esquemas de referencia en salud mental. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T, editores. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.* Madrid: Minerva Ediciones; 2001.
45. Hohman M. Treatment experiences of women in a recovery home for Latinas. *Alcohol Treat Q.* 1999;17:67-78.
46. Wells D, Jackson JF. HIV and chemically dependent women: recommendations for appropriate health care and drug treatment services. *Int J Addict.* 1992;27:571-85.
47. Stevens S, Patton T. Residential Treatment for Drug Addicted Women and Their Children: Effective Treatment Strategies. *Women and Substance Abuse: Gender Transparency.* En: Steven SJ, Wexler HK, editores. New York: The Haworth Press; 1998. p. 235-50.
48. Krestan JA, Bepko CL. Codependency: The Social Reconstruction of Female Experience. En: Bepko CL, editor. *Feminis and Addiction.* New York: The Haworth Press; 1991. p. 49-66.