

Mujeres y drogas

Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género

Elisabete Arostegui Santamaría

Patricia Martínez Redondo



Mujeres y drogas

Manual para la prevención de recaídas
con perspectiva de género

Mujeres y drogas

Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género

Elisabete Arostegui Santamaría
Patricia Martínez Redondo

2018
Universidad de Deusto
Bilbao



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
Osasun Publikoaren eta
Adikzioen Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD
Dirección de Salud Pública
y Adicciones

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Revisión y corrección:
Mónica Castaños Izquierdo

Imagen de portada:
Mujeres entrelazadas, Laura Bustos – www.laurabustos.net

© Publicaciones de la Universidad de Deusto
Apartado 1 - 48080 Bilbao
e-mail: publicaciones@deusto.es

ISBN: 978-84-1325-034-2

Quizá sería maravilloso decir que te arrepientes. Sería fácil, pero ¿tendría sentido? ¿Acaso puedes arrepentirte, cuando no hay alternativa? No pude soportarlo. Y ya está. Nadie va a perdonarme. Era la muerte. Yo elegí la vida.

Laura Brown (Julianne Moore) en *Las horas*,
de Stephen Daldry (2002)

Índice

Sugerencias a la hora de implementar e interpretar este manual	13
Parte I. Teoría	15
1. Introducción	17
2. Justificación	19
a) El enfoque de género	21
b) El enfoque feminista	21
c) Las mujeres y su consumo de drogas no son la excepción a la «norma» . .	24
d) Las mujeres, drogodependientes o no, no son un colectivo	25
e) Enfoques tradicionales vs. nuevas explicaciones a procesos de salud y enfermedad.	26
3. Marco teórico	33
3.1. El sistema sexo-género.	33
3.2. La configuración de la identidad de género en el proceso de socialización	36
4. Mujeres y drogodependencias	45
4.1. Obstáculos que afrontan las mujeres para realizar tratamiento por sus problemas de drogodependencias	48
4.1.1. Los relacionados con el modelo de atención	48
4.1.1.1. Ausencia de perspectiva de género en el programa de tratamiento.	48
4.1.1.2.. Actitudes, creencias y estilos de las y los profesionales en el tratamiento	49

4.1.2.	Barreras de género que obstaculizan la entrada de las mujeres en el tratamiento	51
4.1.2.1.	El estigma social.	51
4.1.2.2.	Detección tardía de los problemas de consumo de drogas en las mujeres.	53
4.1.3.	Barreras que obstaculizan el mantenimiento y la finalización del tratamiento	55
5.	La prevención de recaídas en drogodependencias	59
5.1.	La prevención de recaídas y la centralidad de los procesos de cambio. . .	59
5.2.	La prevención de recaídas en el contexto grupal: poder generativo, compartido y personal	73
5.3.	Sobre la necesidad de una intervención diferencial.	76
5.3.1.	La falta de apoyo	78
5.3.2.	El estigma	85
5.3.3.	Pareja, relaciones de pareja, estado civil	88
5.3.4.	Relaciones familiares	91
5.3.5.	Maternidad	93
5.3.6.	Violencias, abusos, traumas	99
5.3.7.	Sexualidad	103
5.3.8.	Salud Mental	108
5.3.8.1.	Autoestima	111
5.3.8.2.	Autoeficacia.	113
5.3.8.3.	Estado anímico y afectivo	114
5.3.8.4.	Depresión	115
5.3.8.5.	Ansiedad y estrés	117
5.3.8.6.	Imagen corporal y trastornos de la alimentación.	118
6.	Herramientas de trabajo sobre la recaída	121
6.1.	Pertinencia de la intervención en grupos conformados sólo por mujeres.	121
6.1.1.	Cuestiones relacionadas con los estilos de comunicación grupal de hombres y mujeres.	122
6.1.2.	Temas y cuestiones que se trabajan en los grupos de mujeres que no se abordan, o se tratan de forma inadecuada en los grupos mixtos	123
6.1.3.	¿Son realmente eficaces y efectivos los grupos específicos de mujeres? Las evidencias	125
6.2.	Pertinencia de la gestión del grupo por parte de terapeutas o dinamizadoras mujeres.	129
6.2.1.	Principios de la terapia con orientación feminista	132

6.2.2. Lo que las usuarias opinan sobre lo que les resulta útil o no en su proceso	133
6.2.2.1. Elementos que favorecen la recuperación	134
6.2.2.2. Los impedimentos para la recuperación	135
Parte II. Práctica	139
7. Introducción... De la organización, las dinámicas y la metodología . . .	141
8. Dinámicas de trabajo	151
8.1. Situándonos... Parte 1	153
8.2. Situándonos... Parte 2	168
8.3. Trabajando la autoestima... Parte 1	174
8.4. Trabajando la autoestima... Parte 2	186
8.5. Hacia un modelo de salud emancipador...	197
8.6. Reflexionando sobre la violencia de género... Parte 1	206
8.7. Reflexionando sobre la violencia de género... Parte 2	224
8.8. Yo no soy la media naranja de nadie... Es más, ¡creo que soy una verdura! Parte 1	244
8.9. Yo no soy la media naranja de nadie... Es más, ¡creo que soy una verdura! Parte 2	255
8.10. Mi cuerpo (no) es un campo de batalla...	267
8.11. Con la sexualidad... ¿nos hemos encontrado?	279
8.12. Madre hay más que una... ¡y aquí estamos todas!	297
8.13. ¿Volviendo al principio...?	314
Bibliografía	319

Sugerencias a la hora de implementar e interpretar este manual

Este manual contiene una primera parte teórica en la que se presenta, por un lado, el modelo o sistema sexo-género, así como diversas referencias científicas que incorporan la perspectiva de género en el análisis del consumo de drogas para concretar, desde esas mismas directrices, lo hallado respecto de la prevención de recaídas de las mujeres en particular.

En conjunto, se han incluido los artículos académicos provenientes de la literatura internacional, textos monográficos realizados por organismos internacionales públicos y privados, así como los hallazgos extraídos de la revisión bibliográfica de fuentes científicas destacadas relacionadas con la cuestión objeto de estudio.

Igualmente, se ha puesto especial interés en incorporar otros trabajos e investigaciones que utilizan una metodología cualitativa y rescatan los discursos de mujeres que son o han sido usuarias de drogas como fuente primaria de conocimiento, y que aun siendo más escasos, resultan muy enriquecedores.

La segunda parte del manual está dedicada al desarrollo de una propuesta metodológica de intervención con mujeres desde perspectiva de género. Las dinámicas propuestas están en relación directa con lo expuesto en la primera parte del manual, y ofrecen un itinerario de intervención que puede realizarse tanto a nivel grupal como individual en caso de que sea necesario.

Las dinámicas se nutren de textos, videos y fichas de trabajo que se mantendrán actualizados en la Web: <http://generoydrogodependencias.org> en la pestaña

Mujeres y Drogas, dedicada a este manual. Habrá un espacio de contacto, abierto a sugerencias y modificaciones.

Así mismo, las autoras hemos proyectado poder realizar una validación del sistema de trabajo propuesto. Si tu centro quiere y puede formar parte de este proceso, escribe a validacion@generoydrogodependencias.org

Este manual tiene como destinatarias finales a las mujeres drogodependientes, pero lógicamente se dirige como mediadoras a las profesionales¹ que trabajan en el ámbito de las drogodependencias y desean mejorar la oferta terapéutica de su recurso a través de intervenciones sensibles al género.

Puede resultar una herramienta de interés, por lo dicho, para terapeutas; personal sanitario de atención primaria que detecta consumos de drogas en chicas o mujeres cuando acuden a estos dispositivos; profesionales de la psicología, la educación y/o el trabajo social que intervienen con mujeres drogodependientes; personas administradoras y/o gestoras de programas asistenciales; ONGs; entidades públicas y privadas e instancias que subvencionan programas de intervención dirigidos a mejorar la calidad y efectividad de los servicios asistenciales de drogodependencias en general.

¹ Leer el apartado donde se recomienda que la dirección de los grupos sea ejercida por profesionales mujeres.

Parte I

Teoría

1

Introducción

En este manual la dimensión de género se presenta como eje central de la intervención sobre la prevención de recaídas en adicciones. Se parte de la asunción de que las desigualdades de género inciden en el inicio, mantenimiento y cese del consumo de drogas, así como en el proceso terapéutico. Es más, estudios realizados desde esta perspectiva han podido concluir que los factores socio estructurales que afectan a las mujeres, resultan tanto o más influyentes en su problema de consumo que las propias sustancias o las características individuales (Llort, Ferrando, Borrás y Purroy, 2013).

Pero pese a que el malestar de las mujeres pueda estar muy vinculado en su origen con variables externas y el consumo de tóxicos ayude a «mitigarlo», desde los ideales de empoderamiento que persigue este manual se considera que, comprendidos los factores socioculturales que condicionan esa conducta, son ellas quienes tienen la responsabilidad y el derecho de transformación (Lebow, 2008) mediante un proceso personal en el que cada mujer se convierte en un ser individual, único e independiente, «*con personalidad y concepciones propias, con capacidad de decidir y de actuar por cuenta propia, con movilidad y autodeterminación...*» (Lagarde, 2004:7). Así, el proyecto de intervenir sobre el consumo deviene en base estratégica desde la cual las mujeres drogodependientes inician un camino de autonomía que abarca todos los ámbitos de sus vidas.

A partir de estas premisas el objetivo de este manual es doble: por un lado, y respecto de los recursos y profesionales de atención directa a las drogodependencias, pretende ser una herramienta formativa y de intervención práctica y novedosa; por otro, propone adecuar la oferta terapéutica a las necesidades de las mujeres generando un espacio para su empoderamiento a través de un trabajo

grupal exclusivo con ellas. La propia OMS sugiere esta modalidad de trabajo en grupos integrados sólo por mujeres drogodependientes, en grupos de autoayuda, como estrategia válida para dar relevancia a un enfoque más social que biológico de la salud.

Esta propuesta asume el enfoque social y feminista de la salud y las adicciones, al priorizar el peso y condicionamiento de la estructura social en el análisis e interpretación del problema y en su solución, toda vez que contribuye a despatologizar a las mujeres asumiendo que «lo personal es político» (Millett, 1977).

Este punto de partida permite trabajar desde una perspectiva más cómoda, en un contexto desculpabilizador donde todas las mujeres pueden expresar y compartir sus experiencias sin ser juzgadas (Llort, Ferrando, Borrás y Purroy, 2013). Para ello es necesario trasladarles la idea de que muchas de las patologías del género femenino que surgen en el contexto de su cotidianeidad derivan de una cultura patriarcal donde varones y mujeres mantienen condiciones de existencia diferentes (Castaño, Plazaola, Bolívar y Ruiz, 2006), y que en su proceso de enfermar influyen factores diferenciales propios del contexto socio-cultural (Velasco, Ruiz y Álvarez, 2006). Este concepto es especialmente necesario en la intervención con mujeres drogodependientes, a quienes se estigmatiza doblemente por transgredir los roles asignados a su género (Pons, 2012).

Desde todas estas premisas, nuestra pretensión es reconceptualizar el marco de comprensión y abordaje del consumo de drogas de las mujeres, concienciando a usuarias y profesionales de que existen nuevas perspectivas, interpretaciones y enfoques de trabajo sensibles al género; formas de intervenir más permeables, flexibles y adaptadas a las necesidades que presentan las mujeres usuarias de los recursos.

2

Justificación

Las diferencias socialmente asignadas a cada uno de los sexos producen desigualdades que repercuten en un menoscabo de la salud, desarrollo y bienestar de las mujeres (Ortiz y Clavero, 2014).

En el área concreta de las adicciones, la investigación actual muestra que las mujeres drogodependientes difieren de sus homólogos varones respecto de sus patrones de uso de drogas, características psicosociales y fisiológicas, prácticas, sentidos y motivaciones, así como en las consecuencias que acarrear dichos consumos. Sin embargo, sí comparten con otras mujeres no consumidoras otros aspectos que permiten colegir que las diferencias respecto de los varones adictos no proceden tanto del hecho de consumir drogas, como de las experiencias o vivencias vinculadas a la cuestión de género (Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore, 1995).

También existen evidencias acerca de que hombres y mujeres, una vez que han dejado de usar sustancias, recaen en circunstancias diferentes (Rubin, Stout y Longabaugh, 1996). La investigación desarrollada hasta el momento ha generado una base teórica lo suficientemente consistente como para afirmar que los factores de riesgo y los desencadenantes que hacen a hombres y mujeres vulnerables a la recaída son diferentes para unas y otros, y que las mujeres exhiben diferentes emociones y respuestas conductuales durante y después de esos episodios (SAHMSA, 2009).

Pese a la constatación de esas diferencias, el estudio de las particularidades entre hombres y mujeres en lo que se refiere al uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, en nuestro contexto, resulta objeto de interés sólo desde los últimos 30 años (Pérez y Correa, 2011). En España ha existido poca sensibilidad

para aplicar un enfoque de género a los programas de drogodependencias (Castañón, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007) debido al androcentrismo que ha presidido la investigación en esta materia (Gignac, 1999) y la consecuente extensión a las féminas, en un ejercicio simple de derivación, de los resultados extraídos a partir de la realidad masculina (Rekalde y Vilches, 2003). Como consecuencia, no es hasta fechas recientes cuando se plantea la necesidad de un abordaje específico en la intervención con mujeres drogodependientes, asumiendo que la identidad de género es un factor que condiciona todo el proceso terapéutico (Lozano, 2007).

En cuanto a las recaídas, objeto de este manual, los intentos de abordar las altas tasas de estos episodios, durante y después del tratamiento, se han centrado tradicionalmente en identificar los factores que los precipitan, así como las estrategias más adecuadas para prevenirlas. Pero por las mismas razones mencionadas en el párrafo precedente, son pocos los estudios que han examinado si las mujeres tienen necesidades únicas o diferentes. Son igualmente escasas las investigaciones que se han centrado en analizar la importancia del género a la hora de interpretar esos episodios para poder adaptar esa herramienta preventiva a sus necesidades (Walton, Blow y Booth, 2001; Walitzer y Dearing, 2006). Comprender la posible influencia del género en el resultado del tratamiento y las recaídas resultaría crucial para desarrollar formas más efectivas de tratamiento (Walitzer y Dearing, 2006).

La prevención de las recaídas (PR a partir de ahora) es una de las herramientas más habituales en el trabajo sobre las adicciones. Según Estopiñán, Poza, Martín y García (2009) es el punto central y más original de la terapéutica de las drogodependencias, sobre todo en su modalidad grupal de aplicación.

La propuesta original de Marlatt y Gordon (1985) ha ido variando con el tiempo, con las experiencias de aplicación y su evaluación, lo que ha permitido ir ajustando los factores y situaciones de riesgo que originalmente elaboraron los autores. Sin embargo, los modelos más avanzados han seguido implementándose de forma indistinta en hombres y mujeres drogodependientes, sin advertir que el género condiciona y afecta diferencialmente a los factores, situaciones y procesos de recaída. Incluso, y a pesar de contar con evidencias que verifican que los estados emocionales negativos, los abusos sexuales padecidos en la infancia y/o las expectativas de autoeficacia juegan un papel primordial en las recaídas de las mujeres, y no tanto en las de los varones (Walitzer et al., 2006), las intervenciones apenas han variado.

Rubin y cols. (1996) ratifican estas ideas señalando que las mujeres son más propensas que ellos a recaer en presencia de una pareja y que esta opción resulta menos probable cuando están solas. En comparación, también son más propensas a informar de problemas interpersonales antes de la recaída, muestran más problemas psicológicos, afectos negativos y/o influencia de la pareja cuando acontecen estos episodios.

Se sabe que los desencadenantes comunes de las recaídas de las mujeres incluyen traumas no resueltos, sentimientos negativos sobre sí mismas, preocupación por los problemas interpersonales y patrones de pensamiento que retrotraen a las mujeres al pasado y no les permiten avanzar (Uhler y Parker, 2002). Finalmente, existen estudios científicos que ratifican una asociación significativa entre el establecimiento de alianzas terapéuticas entre las mujeres en tratamiento y una menor probabilidad de recaída (McKay, Maisto y O'Farrell, 1993), por citar sólo algunos de los hallazgos que se mostrarán y que ratifican la existencia de diferencias entre mujeres y hombres adictos.

A partir de estas evidencias se han formulado propuestas de trabajo sobre las recaídas en grupos integrados únicamente por mujeres, los cuales han obtenido resultados exitosos (Greenfield, 2016; Najavits, 2002b; Covington, 1999). La estrategia grupal, junto a la incorporación del enfoque de género, permite a las mujeres identificar los factores estructurales, contextuales y sociales que desencadenan su uso de drogas para, una vez hallados, puedan ayudarse y ser ayudadas en la búsqueda de estrategias de afrontamiento alternativas, no destructivas (Hser, Anglin y Booth, 1987).

Dar luz a esas características diferenciales en el consumo de sustancias adictivas e intervenir sobre ellas desde este nuevo enfoque puede resultar clave en el trabajo sobre la drogodependencia femenina.

a) El enfoque de género

Como se ha anticipado, partimos del enfoque de género como herramienta metodológica y de trabajo aplicado al ámbito de la salud y las drogodependencias. La adopción de esta perspectiva establece una categoría de análisis estructural, simbólica e individual de comprensión e intervención basada en la teoría del sistema sexo-género (Rubin, 1975). Este paradigma permite identificar, por un lado, los diferentes papeles, tareas y expectativas asignadas socialmente a hombres y mujeres y, por otro, las asimetrías, disimetrías o inequidades que surgen a partir de unas relaciones socialmente construidas sobre el poder y la exclusión. Sólo a partir de estos parámetros es posible entender cómo incide esta estructuración social en la salud de las mujeres.

b) El enfoque feminista

En esta propuesta también se asume un enfoque feminista del estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención, dentro de los cuales se integra, como otras patologías, la adicción. El feminismo, que toma en cuenta el contexto desigual de distribución del poder en el análisis del problema, examina cómo esas

inequidades, históricamente, dan forma a nuestros patrones internos, personales y sociales de relación, a nuestro ser, identidad y subjetividad, y a nuestra forma de entender y estar en el mundo como mujeres.

Si pensamos en la adicción como «*un problema de inequidad de poder incrustado en el género*» (Bepko, 1989:1), cabría considerar que el consumo de las mujeres se traduce en un intento disfuncional de ejercer el control sobre su propia experiencia dentro de un contexto relacional de desequilibrio de poder que se da en un ámbito social más amplio (Measham, 2002). En esta línea argumental, Kendall (1994) expresó su preocupación ante la extensión de enfoques terapéuticos que reducían el problema y la responsabilidad del consumo a las propias mujeres consumidoras, desviando un problema que es político al ámbito exclusivamente personal.

Coincidimos con éstas y otras autoras (Pons, 2012; Etorre, 1992; Kendall, 1994; Llorca et al. 2013) respecto de la necesidad de poner de relieve y priorizar la influencia de la estructura social en el análisis del problema del consumo de drogas de las mujeres, tal y como debiera hacerse en cualquier otro problema sanitario y/o social, puesto que mantienen a la base la estructuración social de género y poder (Courtenay, 2000).

Covington (2000) considera que en el caso de las mujeres es central y necesario relacionar su consumo de drogas con los contenidos incluidos en la construcción de la identidad de género femenino en nuestra sociedad y en la socialización de las mujeres en la dependencia, entendida ésta como un eje-problema de identidad. La autora considera que en el trabajo con mujeres adictas es preciso abordar sus fuentes de autoestima, los efectos del sexismo, del racismo y del estigma en relación con su crecimiento personal, reflexionar sobre sus roles, sentimientos, pensamientos y actitudes para poder tratar adecuadamente sus problemas con las drogas.

En 1992, Etorre ya subrayaba la importancia de tomar en cuenta el contexto estructural en el tratamiento de la adicción femenina, por cuanto que las mujeres, al contrario que los hombres, somos socializadas en la dependencia. Para esta autora esa dependencia tiene diferente valor y sentido en diferentes contextos: tiene un significado en tanto adicción, y otro como subordinación de género. Desde ahí, cuestiona la paradoja que supone que mientras la dependencia como adicción no es socialmente aceptable para las mujeres, especialmente cuando interfiere con sus roles como amas de casa, trabajadoras, madres, hijas o novias, la dependencia como subordinación es una norma socialmente aceptable, o incluso deseable, prescrita para las mujeres. Más si cabe cuando éstas ejercen el papel de cuidadoras de otras personas. Todo esto crea un complejo sistema de dependencias aceptadas o censuradas en función del ámbito donde se actúan: el espacio público o privado (Stocco, Llopis, De Fazio y cols. 2000; 2002).

También existen teorías que analizan el consumo de drogas de las mujeres como conducta de desafío y subversión a los paradigmas sociales de la diferencia y la dominación (Etorre, 1992). Desde la identidad de género tradicional, el placer femenino es un tabú y una prohibición para la mujer «honesta». En el avance hacia una nueva identidad y en un contexto de transición y crisis de identidad, es llamativo cómo la mujer toxicómana obtiene placer con las drogas, o lo que es lo mismo, la búsqueda del placer parece devolverle una respuesta paradójica a través de las toxicomanías, aunque a su vez reciba el castigo que depara esa conducta (Etorre, 1996).

En esta misma línea, el estudio de Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore (1995) explora las similitudes entre las mujeres adictas a drogas y todas las mujeres que sufren opresión basada en el género, y desde ahí postulan que el uso de drogas podría constituir una estrategia de afrontamiento que algunas mujeres adoptan para manejar esa opresión.

Este punto, en definitiva, trata de señalar el condicionamiento que ejerce el género, la socialización de género y la cultura sobre las mujeres y su uso de drogas. Comprender los factores contextuales, y entre ellos los relativos a las cuestiones de género (identidad y subjetividad), supone relacionar los usos de sustancias psicoactivas con la posición socioeconómica y las relaciones de dominación en los que se inscriben dichos usos (Romo, 2005), y todo ello sin perder de vista la intersección con otros ejes de desigualdad como la edad, clase social, raza y etnia entre las propias mujeres. El conocimiento de estos factores únicos es esencial para que las entidades y profesionales que ofertan los tratamientos entiendan el punto de partida de las mujeres y sus necesidades a la hora de intervenir sobre sus consumos.

Pero ¿qué significa todo lo dicho en relación con el diseño de una oferta terapéutica para mujeres usuarias de drogas? Tal y como señala SAMHSA (2009), y por orden de importancia, estos son algunos aspectos que deberían tomarse en cuenta en el diseño de los recursos y espacios de trabajo con mujeres consumidoras:

- ✓ Generar un entorno de tratamiento sensible al género.
- ✓ Reconocer que en todas las culturas los roles atribuidos y las expectativas de género determinan las actitudes sociales hacia las mujeres que abusan de sustancias.
- ✓ Reconocer la función y la importancia que tienen las relaciones y vínculos en la vida de las mujeres.
- ✓ Reconocer la importancia que juegan los problemas socioeconómicos en sus vidas y las diferencias que genera ese factor.
- ✓ Abordar las preocupaciones de salud específicas de las mujeres.
- ✓ Propugnar una perspectiva de desarrollo personal o empoderamiento.

- ✓ Comprender la relevancia e influencia que implica el ejercicio de los múltiples roles de cuidadoras que las mujeres asumen en el curso de sus vidas.
- ✓ Incorporar el trabajo sobre el trauma.
- ✓ Proponer una filosofía de tratamiento que priorice las fortalezas y capacidades de las mujeres.
- ✓ Utilizar un sistema integrado y un enfoque multidisciplinar para atender a las mujeres en tratamiento.
- ✓ Desarrollar profesionalmente competencias específicas de género para tratar los problemas de las mujeres usuarias de drogas.

c) Las mujeres y su consumo de drogas no son la excepción a la «norma»

La investigación feminista y los estudios de género sobre los usos de drogas han puesto de manifiesto la influencia de los sesgos androcéntricos y sexistas en prácticamente todo lo que conocemos acerca de las drogas y las drogodependencias. Las consecuencias han derivado en la invisibilización de las experiencias de las mujeres en este ámbito y/o su interpretación como una extensión de las «realidades masculinas» (Ettorre 1992).

Los programas de drogodependencias, en general, están diseñados para los varones, que han sido y son los usuarios mayoritarios de los mismos. Lógicamente, las intervenciones sobre la adicción, históricamente y aún hoy día, siguen tomando como eje de actuación la realidad masculina, generalizándola a las mujeres que han ido accediendo a los recursos asistenciales. Así, las cuestiones que son relevantes para las mujeres siguen siendo ignoradas en muchos tratamientos, que no terminan de adoptar ni el enfoque ni las herramientas e instrumentos que permiten diseñar programas y tratamientos que incorporan una mirada de género en su práctica cotidiana (Meneses, 2007).

Una de las razones explicativas de esta realidad son las relaciones sexo-généricas de poder, que conceden preeminencia y hegemonía a los hombres y su realidad, a costa de la relegación y subordinación de la de las mujeres y lo asimilado a lo femenino. En la ética de lo hegemónico, el referente o ideal de perfección es el varón, lo que implica la asimilación de su experiencia, realidad y discurso como central. Lo periférico es y continua siendo «lo otro», es decir, la mujer y sus experiencias. Lo «normal» o modelo prevalente es el del hombre, y la «otredad» es lo «relegado, periférico, irrelevante, imperfecto, incompleto, sin matices e idéntico, en suma» (Simón, 2002), es decir, la experiencia de las mujeres.

Siguiendo esta lógica, la problemática de la adicción se ha visto asimilada y tratada de forma indistinta, o peor aún, cuando se han probado las diferencias,

éstas han venido asociadas a la estigmatización social que acompaña a las mujeres en esta cuestión (García-Mina y Carrasco, 2006). De hecho, en infinidad de estudios de las drogodependencias nos encontramos con un apartado diferenciado sobre las mujeres para hablar de sus especificidades, porque lo «neutro» o «normal» es la realidad masculina; la de ellas es lo que excede a la norma, la excepción.

La ruptura de esta injusticia pasa por aplicar la perspectiva de género en el ámbito del uso y abuso de drogas de manera transversal, que *«supone identificar qué afecta a los varones y a las mujeres que acuden a los recursos precisamente por el hecho de ser (haber sido socializados/as como) varones o mujeres»* (Martínez Redondo 2015:4), entendiendo cómo afecta eso a su consumo y proceso terapéutico: motivación, mantenimiento o abandono del mismo, desarrollo de adicciones y procesos de recaídas, sustancias de elección, etc.

d) Las mujeres, drogodependientes o no, no son un colectivo

Aunque la perspectiva de género nos permite analizar la situación estructural de desventaja de las mujeres en nuestra sociedad por razón de género, tal y como se ha señalado anteriormente, nos atraviesan otros ejes de desigualdad; otras variables y mecanismos de estratificación social que ponen en marcha diversos sistemas de jerarquía y exclusión y que por ello también crean subjetividades. Cuestiones como la edad, clase socioeconómica, color de la piel-etnia, orientación sexual, etc., en interacción con el género, operan en los usos y repercusiones de las diferentes drogas y en el acceso a los tratamientos. *«Por ello sería deseable no hablar de «la mujer» o de «las mujeres» como si se tratase de un colectivo homogéneo»* (Martínez Redondo, 2015:5).

A pesar de asumir en su totalidad esa afirmación, las autoras admitimos las dificultades que entraña incorporar la perspectiva intersectorial en esta propuesta. Coincidimos con Jiménez y Guzmán (2012) que hacerlo adecuadamente entraña el manejo de varias destrezas: la relativa a la complejidad de género como categoría analítica, a la pluralidad de los usos de drogas y sus múltiples dimensiones (cultural, social, política-legislativa, económica, sanitaria, psicológica, farmacológica), así como a las heterogéneas y cambiantes configuraciones sociales en las que se insertan y materializan los usos en diferentes grupos, contextos, espacios y tiempos.

En su defecto, en aras a facilitar la lectura del Manual y su puesta en marcha, y aun asumiendo el sesgo que supone, hemos decidido utilizar los términos «mujeres adictas» o «drogodependientes», aludiendo a los aspectos comunes de las mujeres que padecen un problema construido socialmente y determinado por ciertas condiciones de posibilidad con las que se encuentra cada una de ellas. Pre-

cisamente, las autoras de este texto partimos de una posición e interpretación del fenómeno justamente opuesta a la tradicional lectura naturalizada, individual o deficitaria de la gestión y afrontamiento de los problemas que presentan las mujeres protagonistas de este manual. Consideramos que su salud no es sólo un fenómeno individual resultado de sus estilos de vida, sino también el producto de un proceso histórico, social, fruto de una cultura, en este caso patriarcal, y de las instituciones sanitarias que ésta genera.

Igualmente, queremos incidir en que la división y parcialización de los temas obedece a una estructura y ordenamiento un tanto aséptico de las cuestiones a tratar, asumiendo que, a la postre, todos ellos se entretajan y desembocan en un problema único que alude a la opresión social que padecemos en mayor o menor nivel todas las mujeres por el hecho de serlo. El género es central en la práctica terapéutica. Entender los problemas de las «pacientes» requiere adoptar una perspectiva socio cultural en la que el empoderamiento de la persona y de la sociedad son objetivos cruciales. En el espacio de trabajo que se propone esperamos ofrecer posibilidades de deconstrucción de una feminidad tradicional o patriarcal que deriva en estos procesos de «patologización», para reconstruir nuevas identidades empoderadas, propias y colectivas

e) Enfoques tradicionales vs. nuevas explicaciones a procesos de salud y enfermedad

A través de las respuestas históricamente dadas al problema de las adicciones es posible comprender cómo se ha ido interpretando un problema que, inicialmente, se comenzó a regular desde parámetros políticos, jurídicos y morales. El significado que se otorga a un problema determina las vías de solución, y en este caso incidió en la estructuración de los tratamientos en adicciones desde una lógica punitiva y de control. En el imaginario social aún prevalece el vínculo generado entre drogas y criminalidad, lo que generó una lógica alarma social que derivó en considerar el consumo de drogas un problema público de gran magnitud.

Posteriormente, la adicción fue conceptualizada como un problema médico. La persona adicta era una persona «enferma», pero con responsabilidad en su enfermedad, por lo que no ha sido tratada de la misma manera que otras/os «pacientes». Esto, junto con la alarma social mencionada anteriormente, provocó, incluso, la creación de estructuras asistenciales propias, fuera de la red sanitaria pública. Actualmente se va previendo la más que probable incorporación de la atención a las drogodependencias desde dispositivos asistenciales de Atención Primaria.

Lo común a las diversas etiquetas que se dieron entonces y se mantienen hoy día respecto del consumo de drogas, coinciden en la construcción social de

la adicción como una conducta desviada, motivo de censura, sanción y juicios negativos, toda vez que desde ahí se categoriza y sitúa a determinadas personas en una posición social devaluada respecto de otras (Conrad y Schneider, 1980). Es una modalidad de control social que se ejerce a través de lo que Howard Becker (1963) llamó etiquetamiento. Un proceso por el cual una persona es clasificada como «desviada».

«De hecho, el consumo de drogas también puede convertirse en un importante problema de salud, eje fundamental que determina los niveles y características de la exclusión social, ya que se trata de una de las problemáticas de salud que más rechazo social y políticas estigmatizadoras genera» (Subirats, 2004:27). Incluso considerando la adicción como una enfermedad, se sigue estigmatizado a las personas adictas.

No obstante, el estigma social implica distintos resultados para mujeres y para hombres en la medida en que las valoraciones sociales están jerarquizadas en función del género (De Miguel, 2015). En el caso de las mujeres, comparadas con los varones, la valoración social de su consumo es más negativa y punitiva, lo que genera un doble estigma social hacia ellas, no sólo por transgredir los comportamientos normativos asociados socialmente a su rol, sino también por ser dependientes de las drogas (Rosembaun, 1981; Forth-Finegan, 1992).

Sin embargo, en cuanto a la concepción de la adicción como problema público asociado a la criminalidad, la delincuencia, etc., y vinculado principalmente al consumo de sustancias ilegales, ha sido en mayor medida patrimonio de los varones. Cuando las mujeres consumen drogas ilegales no han recurrido tanto a la delincuencia y la agresividad, sino a pequeños hurtos o al ejercicio de la prostitución como modo de supervivencia y mantenimiento de su consumo; una actividad que genera, sin duda, menor alarma social (Grella y Joshi, 1999). En momentos posteriores se han implicado en delitos contra la salud pública o de tráfico de drogas, ocupando los últimos lugares en la cadena de distribución, y por ello, con una mayor probabilidad de ser identificadas y detenidas. En cualquier caso, son menos las mujeres que consumen drogas ilegales. En este sentido, el modelo ético-jurídico de la adicción no respondía en su momento ni ahora al patrón femenino de consumo.

Además, las mujeres optan en mayor medida por el consumo de drogas legales. De ahí, entre otros motivos, su menor presencia en las demandas de tratamiento. Este consumo conlleva un menor riesgo en términos de visibilidad, alarma social, estigma o implicación en situaciones problemáticas e indeseables. El consumo de ansiolíticos o antidepresivos actúa como fuente de autorregulación, reducción y evitación y/o como estrategia de afrontamiento de los malestares difusos que manifiestan las mujeres en las consultas médicas. Se trata de dolencias sin causa orgánica, malestares y trastornos psicológicos derivados de condiciones sociales y de vida muy adversas (Hser y cols. 1987, en Meneses, 2007).

Las sustancias legales, además, se consumen en el contexto privado (Meneses, 2007), sin generar problemas a nivel público.

En definitiva, las mujeres optan en mayor medida por el consumo de drogas legales como el alcohol, los psicofármacos o sustancias de efecto tranquilizante o empático, mientras que el consumo de sustancias relacionadas con actitudes agresivas, al menos potencialmente, es principalmente patrimonio masculino. Luego, el consumo femenino no responde ni lo ha hecho anteriormente a los modelos interpretativos clásicos de la adicción.

En cuanto a la posterior etapa «médica» del problema de la adicción, encontramos modelos hegemónicos que no incorporan la complejidad de lo social en su práctica. De este modo, la enfermedad se manifiesta como un hecho individual, ahistórico y puramente biológico donde lo social no tiene nada que aportar (Menéndez, 1990).

La expansión de la medicalización afecta no sólo a la adicción, sino a otras áreas del comportamiento humano que tradicionalmente no pertenecían al ámbito médico, circunscribiendo las conductas normales al mínimo necesario. El resto son consideradas desviadas, y por tanto enfermas. El paradigma biomédico las ubica en el cuerpo de las personas, medicándolo. De este modo se niega todo proceso social, histórico o político que pueda intervenir en la generación, desarrollo, diseminación, o incluso en la cura de la patología en cuestión. La medicalización ejerce un control social a través del dictado de normas que son acatadas porque provienen de una ciencia que no se cuestiona, toda vez que impone definiciones de enfermedades ampliamente aceptadas respecto de múltiples problemas que son, en esencia, sociales (Menéndez, 1990).

Resulta evidente que esta perspectiva médica ajena a lo social afecta de manera especialmente relevante y negativa a la salud de las mujeres, puesto que obvia sus condiciones de vida, su posición social y no interpreta sus síntomas como una consecuencia de esos factores, ni contempla la importancia de la socialización de género y la asunción implícita de sus roles.

Martínez Benlloch (2003) señala que las demandas actuales de las mujeres son múltiples: dobles jornadas, crianza, cuidados, además de cumplir con los cánones de belleza impuestos socialmente, etc. Para la mayoría de ellas, todas las responsabilidades familiares continúan siendo suyas, lo que provoca los malestares de los que informan las mujeres. En el contexto médico, la consideración única de la diferencia biológica entre los sexos deriva en una atribución de diagnósticos diferenciales, siendo los que aparecen con mayor prevalencia entre las mujeres los de depresión, ansiedad, percepción subjetiva de dolor, incluso *«sin que hayan sido rigurosamente probados, lo que lleva a relativizar los síntomas descritos por las mujeres, minimizar el valor de su palabra y, ante la reiteración de la queja, prescribirlas en mayor número y frecuencia ansiolíticos y antidepresivos, con lo que*

se psicologiza y medicaliza su demanda de atención sanitaria» (ibid.: 258). Existe evidencia de la prescripción de altas dosis de tranquilizantes a las mujeres como práctica habitual, incluso sin que se les haya realizado ninguna exploración previa (Ashton, 1991, en Martínez Benlloch, 2003).

Surgen así diversas «patologías femeninas». Las mencionadas y otras nuevas como la bidependencia, la codependencia en el ámbito de las adicciones, o la adicción al amor (Ruiz Repullo, 2014), que sin un enfoque de género no permiten entender cómo la socialización femenina tradicional ubica en el eje central de la identidad de las mujeres el vínculo, el apego, el amor, las relaciones y el ser para los demás (buenas madres, buenas esposas, buenas hijas). Son elementos relacionados con la construcción de género que se obvian y que se interpretan en términos de enfermedad y son, por ello, susceptibles de medicalización.

También sucede que cuando las mujeres no cumplen con el objetivo de tener una pareja, elemento central en sus vidas según ese tipo de socialización, sus inseguridades, el miedo a quedarse solas, la falta de autoestima y reconocimiento, favorece en ellas posiciones de subordinación a los otros. Surgen desde ahí diagnósticos como el de «dependencia emocional» o «depresión». Otro ejemplo de «depresión» es el que surge ante las dificultades o incapacidad de alcanzar la meta del «ideal maternal», que es vivido como una insuficiencia personal y socaba la autoestima de muchas mujeres.

Cuando se experimenta la maternidad, también es posible padecer posteriormente «el síndrome del nido vacío», una variedad de depresión vinculada igualmente a las relaciones con las y los hijos. También se puede medicalizar la culpa que genera la contradicción entre asumir el mandato de ser buena madre y querer desarrollarse profesionalmente fuera del hogar. Los criterios normativos culturales en torno a la belleza y el cuerpo idealizado de las mujeres también deriva en diagnósticos de «anorexia y bulimia», y así podrían figurar otras muchas «patologías» que «se dan», como si fueran naturales o propias de su sexo, entre las mujeres.

Pero tal y como señala Martínez Benlloch (2003) es necesario tomar en cuenta las condiciones sociales y económicas, la construcción sociohistórica de las masculinidades y feminidades, los sistemas de creencias en torno a la relación salud-enfermedad, los modelos científicos de interpretación e intervención clínica, e indagar en las prácticas sociales y de la vida cotidiana a la hora de explicar esas desigualdades de salud. Como afirman Burín, Moncarz y Velázquez (1990), hablar del malestar de las mujeres implica asumir un posicionamiento teórico e ideológico que ha de preguntarse por los efectos que produce el lugar históricamente construido para las mujeres y cómo los roles de género acaban siendo factores de riesgo para su salud.

Parece, pues, que el modelo médico tampoco se ajusta a la realidad que viven las mujeres, ya que su discurso a lo largo de los tiempos se centra en «curar»

sin cuestionar las normas de género, luego, perpetuando los estereotipos sobre cómo debe ser la mujer y cómo debe comportarse. Se medica su malestar para que siga cumpliendo sus roles, y todos estos «malestares», sin la incorporación de una lectura de género, reiteran una representación de la mujer como la de un ser frágil debido a su naturaleza, además de poseedora de un inestable equilibrio psíquico que posibilita el padecimiento de algunas formas de alteración nerviosa.

Sin afrontar realmente el problema, el papel de las mujeres como usuarias de servicios médicos se ha ido incrementando, lo que coincide con el aumento de la medicalización de su vida diaria (Markez, Póo, Romo, Meneses, Gil et al., 2004). En cualquier caso, siendo esos los focos u orígenes de sus malestares, cabría deducir que no son asunto o problema exclusivo de las mujeres que los padecen, sino objeto de debate público.

Frente a estos modelos de salud y adicción que no atienden ni recogen la realidad de las mujeres, parece necesario adoptar nuevas perspectivas o modelos. De hecho, existen diversos paradigmas que no conciben la exclusión de los elementos sociales en su planteamiento. Son varios, y entre ellos cabe citar el modelo ético-social de la salud, el modelo socio-ecológico o el enfoque de género en salud, por ejemplo.

- ✓ El Modelo Ético-Social de la salud incluye la preocupación existencial por el sentido de la vida. Este paradigma, de hecho, problematiza el *significado social del consumo de drogas* (Levin, 2016). No se limita a interpretarlo como una manifestación de un modo de funcionamiento de la sociedad, sino que se pregunta acerca del porqué de esa manifestación particular. Bajo este modelo, toda acción de prevención debería ser transformadora de la realidad social, y no sólo de algún aspecto particular de la persona o su entorno directo. El modelo llama a la necesidad de integrar los diferentes niveles sociales en acciones de tipo interdisciplinario que estén orientadas por una elaboración común y solidaria (Calabrese, 1976; Tarrab et al., 1978, en Levin, 2016). El Modelo Ético-Social plantea una modificación general de la estructura social.
- ✓ El modelo socio-ecológico parte de la idea de que las conductas de consumo dependerían, en gran medida, de contextos más amplios. En este sentido, la salud no es un atributo del individuo mismo, sino de su interacción con el campo de fuerzas y relaciones en que se desarrolla su conducta. En este modelo, además de las características individuales y las del entorno microsocioal inmediato, están muy presentes los factores macrosociales (sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación, etc.), (Pons, 2008).
- ✓ El enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres», incluyendo a los hombres como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de mujeres y hom-