

Perspectiva de Género

Aplicada a las Drogodependencias



EDITA:
ASECEDI
(Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias).
C/ San Claudio 16. 37007. Salamanca
Tel. 923 27 10 40
asecedi@asecedi.org
www.asecedi.org

AUTORA:
Patricia Martínez Redondo.
Educatora Social y Antropóloga.

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:
Centro de Inserción Socio-laboral EUROLAN
Avda. Navarra, 3. 31012 Pamplona
Tel. 948 27 19 04

Depósito Legal: NA-2886/2008

Licencia de Creative Commons:
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.5 España.



Índice

Introducción.....	05
Temario y metodología.....	11
Reflexionando sobre el género.....	17
Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias.....	27
Propuestas de intervención.....	39
Bibliografía.....	47

Introducción



Introducción

Durante los años 2005, 2006 y 2007, ASECEDI ha promovido y realizado actividades de formación e investigación sobre la violencia de género de los pacientes que acuden a sus Centros para el tratamiento de las diversas dependencias que padecen: Seminario sobre "Diagnóstico y atención de la violencia de género en las personas en tratamiento por drogodependencias", Pamplona, junio 2005; Seminario "Diagnóstico y atención de la violencia de género en las personas en tratamiento en Centros de Día" y en 2007 la investigación "Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día (Amor, Corral, Bohórquez, Oria, Rodríguez, López y Calderón), ambos subvencionados por la DGPNSD.

Es necesario introducir en los programas de atención un acercamiento a las cuestiones relacionadas con las dificultades de acceso a los tratamientos y permanencia en los mismos por parte de las mujeres drogodependientes. Quizás cabe preguntarse si hay obstáculos que las afecten de forma diferencial a los varones, pero numerosos estudios y publicaciones recientes¹ avalan la pertinencia de un enfoque que incorpore lo cualitativo de las diferencias construidas por una cuestión de género.

De los diferentes estudios se extrae que las redes de atención no están preparadas para facilitar el acceso a los tratamientos por parte de las mujeres que tengan problemas de drogodependencias. 'La drogodependencia' se ha venido considerando como un problema eminentemente "masculino" (la demanda de tratamiento por parte de

¹ Por poner algunos ejemplos: *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. (2004) Urbano Aljama, A. y Arostegi Santamaría, E. Instituto Deusto de Drogodependencias; *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida* (2005) Publicación de la Naciones Unidas; *Adicciones en Mujeres* (2002) De la Cruz Godoy, M^a J. y Herrera García, A. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria.; *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, (2002) Velasco Arias, S. Colección Salud nº 5. Instituto de la Mujer ; *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos* (2001) VV.AA, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

mujeres se sitúa en general en un 15-20%²⁾, por lo que el tipo de itinerarios y tratamientos responden a una perspectiva androcéntrica del mismo. De esta forma, muchas mujeres no acceden a los mismos, y se produce además una invisibilización del consumo femenino, principalmente alcohol y psicofármacos³. Aquellas que sí demandan tratamiento encuentran una atención-opciones que, en muchos casos, va a contribuir al abandono del mismo ➡ éste no está preparado para la diversidad de problemáticas que interaccionan con la drogodependencia: malos tratos en la pareja; concepción del cuerpo y sexualidad; autoestima de género; "cargas familiares" no compartidas - presencia de hijos/as en el tratamiento; etc. Se produce una discriminación estructural difícil de detectar si no se tienen las herramientas de análisis necesarias.

Los propios análisis que se realizan a la hora de examinar el consumo de las mujeres resultan muchas veces parte del problema, ya que aparecen definidas recurrentemente como "más patológicas que los varones, asociadas al ejercicio de la prostitución, y al abandono de sus responsabilidades como madre"⁴.

Hasta hace poco, la mayoría de los estudios sobre las características de los consumos de drogas y de las drogodependencias han centrado su atención en la incidencia en varones y mujeres, basándose en una diferencia sexual-biológica para explicar las diferencias percibidas, y muchos/as profesionales creerían con esto estar practicando un análisis "de género". Pero la denominada 'perspectiva de género' implica algo más. Aplicado a un estudio de las drogodependencias, supondría identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por rol de género, más allá de exponerlo como *características* del sexo femenino (o masculino) en su consumo de sustancias. Supone identificar qué las afecta por el hecho de ser

2 Datos referentes a 2002, obtenidos del Instituto de la Mujer a partir de los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

3 Romo Avilés, Nuria et al. 'Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar'. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50 [<http://www.doyma.es>, fecha de consulta 04/10/2007]; Valls Llobet, Carme (2006) *Mujeres Invisibles*, Mondadori De Bolsillo, especialmente los capítulos "XV. La invisibilidad de las mujeres en los tratamientos" p.263 y "XVII. La prevención de las adicciones y promoción de la salud";

4 Meneses Falcón, Carmen (2002) "Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas", en // *Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*.

[<http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/resumenes/Carmen%20Meneses.htm>, fecha de consulta 19/12/2004].

'mujeres' como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad, entendiendo cómo afecta eso en los procesos de drogodependencia. Aplicar la perspectiva de género a nuestros programas significa por tanto identificar problemáticas que pueden presentarse (y que de hecho se presentan) para así poder incorporarlas en nuestro análisis de la realidad y que sea posible actuar conscientemente sobre ellas.

Pero si no se elaboran intervenciones centradas en la problemática específica por cuestiones de género, en parte es porque desde los medios profesionalizados y especializados en la intervención en las drogodependencias no se manejan las claves necesarias para su análisis. Los y las profesionales en general carecen de formación en esta materia, y mucho menos especializada en su ámbito, el de las drogodependencias.

Es por ello que nuestras propuestas están dirigidas a la formación de los equipos profesionales y edición de materiales, ya que consideramos imprescindible dicha formación específica para poder incorporar la perspectiva de género a los tratamientos.

Por último, el estudio⁵ realizado por ASECEDI para detectar violencia de género en la pareja en las personas usuarias de los Centros de Día ha puesto de relieve la necesidad de actuar sobre este problema. Más del 50% de las mujeres atendidas refiere haber sufrido maltrato en el ámbito de la pareja. Siendo que la violencia de género es resultado de un entramado complejo que debe ser abordado necesariamente desde la perspectiva de género, necesitamos formación especializada en el tema.

Siendo línea prioritaria de la Ley de Fondos de este año 2007, ASECEDI apostó por un curso de formación en 'Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias' para los equipos profesionales de sus Centros de Día, incidiendo principalmente en la mejora de la atención prestada a las mujeres. Este documento recoge la experiencia del curso de formación en Perspectiva de Género que llevamos a cabo los días 10 y 11 de marzo de 2008. Embrión de futuras intervenciones, esperamos que os sirva como material de reflexión e inspiración.

5 *Violencia de pareja y Adicción a drogas en Centros de Día*, 2007. Amor, P.J.; Corral, P.J.; Bohórquez, I.A.; Oria, J.C.; Rodríguez, M.; López, F.; Calderón, D. (en prensa).

Temario y metodología



Temario y metodología

Se realizó un curso de 20 horas de formación con 15 horas presenciales y el resto para la realización de un trabajo de aplicación de los contenidos impartidos a la práctica profesional en los centros de trabajo. Como se señalaba en la introducción, se realizó los días 10 y 11 de marzo de 2008, en Madrid.

Las sesiones presenciales se impartieron fomentando la participación de las personas asistentes, combinando dinámicas de grupo (técnicas de discusión, lluvia de ideas, 'phillips 66', etc.; debates y puestas en común...), análisis individual y grupal, y exposiciones teóricas por parte de la formadora. Se trabajó a partir de, y sobre, las nociones previas de cada participante respecto a las cuestiones planteadas.

ESQUEMA DEL TEMARIO DESARROLLADO

1.- Teoría del Género

- Definición y Orígenes del concepto 'género'.
- Teoría del sistema sexo-género.
- Socialización diferenciada (estereotipos, roles, tareas, contribución social, capacidades y actitudes, emociones, etc.) por una cuestión de género.
- Análisis de la categoría 'sexo'. Implicaciones. Deconstrucción.
- Ámbitos: laboral, familiar, afectivo, relacional...
- Discriminación directa / indirecta. Discriminación estructural.
- Mecanismos de invisibilización: androcentrismo, lenguaje sexista y/o androcéntrico...
- Educación sentimental. Identidad, subjetividad.
- Género como variable de desigualdad: mecanismos de jerarquía y opresión. Relaciones de poder.

- Un reto a las dicotomías de género. El género como variable histórica y cultural, dinámica y procesual.

2.- La perspectiva de género

- Como herramienta de análisis de la realidad, visibiliza mecanismos de discriminación.
- Como herramienta de cambio hacia la equidad: oportunidades, acceso-control recursos/beneficios, toma de decisiones...
- Políticas de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres.

3.- Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias

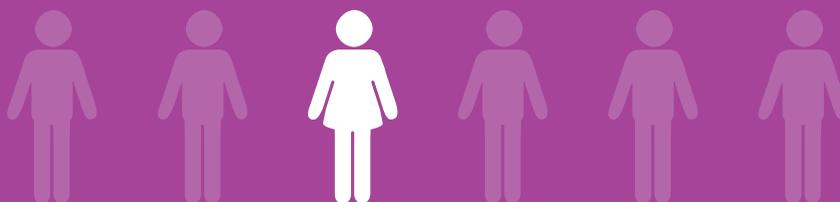
- La Red de Atención a las Drogodependencias.
- Modelos de Intervención.
 - Modelo multisistémico o multidimensional.
 - El género como una variable de análisis.
- Análisis de la intervención con mujeres.
- Problemáticas específicas por una cuestión de género.
 - Invisibilización del consumo femenino.
 - Estereotipos y prejuicios en los equipos profesionales.
 - Doble penalización social. Red de apoyo deteriorada.
 - Sexualidad. Prostitución. Relación con el cuerpo.
 - Maternidad.
 - Malos tratos en pareja.
 - Autoestima de género.
- Propuestas de mejoras en la Red de Atención desde perspectiva de género.
 - Atención integral.
 - Coordinación con recursos especializados en violencia de género.
 - Coordinación con recursos de Atención Primaria en la Salud.

4.- Inserción Sociolaboral

- Diseño de itinerarios individualizados
- El concepto de trabajo. Crítica desde perspectiva de género
- Trabajo productivo - trabajo reproductivo
 - Dicotomía público / privado

- Segregación horizontal. Yacimientos tradicionalmente masculinos/femeninos.
- Segregación vertical, 'techo de cristal'.
- Medidas de conciliación de la vida personal, laboral y familiar.
- Los cuidados como una cuestión de responsabilidad social.

Reflexionando sobre género...



Reflexionando sobre género...⁶

Empezamos haciendo una lluvia de ideas en torno a la palabra “género”. Comienzo así porque entiendo que en el ámbito de la intervención (entendida en un sentido amplio: prevención, reducción del daño, incorporación sociolaboral, etc.) en drogodependencias – como en tantos otros – la formación específica en el llamado ‘sistema sexo-género’ y otras teorías feministas⁷ es escasa o casi nula en general. Y no podemos empezar a hablar de problemáticas por una construcción social de género si no tenemos un consenso o nociones básicas respecto a su significado y las realidades que designa -construye. Exploramos las diversas ideas que surgen hasta llegar a una definición común. Como en otros talleres, lo primero que se obtuvo en esa lluvia de ideas es la noción del ‘género’ como la diferencia de roles en base al sexo: ‘hombres’ y ‘mujeres’. Básicamente, podríamos así definir el género como el conjunto de lecturas socioculturales a partir de un dato biológico: el sexo; lo ‘masculino’ y lo ‘femenino’ vienen a designar normas, valores, formas de comportamiento, de vestir, de expresarse, sentir, etc. para los dos sexos definidos: ‘hombre’ y ‘mujer’. Pero en estas ‘lluvias de ideas’ tarda en salir la cuestión de la desigual-

6 Este apartado recoge lo tratado en el curso, pero es también fruto de trabajos previos realizados en otras jornadas y encuentros formativos, que me sirvieron para sistematizar el trabajo y seguir avanzando en la reflexión e investigación del tema. Así pues, este texto recoge ideas expuestas y sistematizadas previamente en dos eventos: *Jornadas de Recursos Asistenciales de UNAD*, Taller de ‘Enfoque de género en programas de tratamiento con personas con problemas relacionados con las drogodependencias’. Pp. 49 - 60 Revista Aunando Esfuerzos N° 82, 3 de 2005; y *Jornadas “Género, exclusión, trabajo y cuidados”*, Taller “Perspectiva de género aplicada a drogodependencias” CEIS Integra, Murcia, 22 y 23 de enero de 2007

7 “Feminista”-“Feminismo” son términos controvertidos por las connotaciones negativas y estereotipos a los que se han visto sometidos. No son lo contrario a “machista”-“machismo”, y sería imposible reducirlo a una sola corriente de pensamiento, ya que feminismos hay varios y algunos de ellos muy diferentes entre sí. En cualquier caso no podemos eludir el origen de la palabra “género” y su significado, que –entre otras fuentes, y con diversos antecedentes teóricos que aún no hablan expresamente de ‘género’- se sitúa en el denominado ‘Feminismo Radical’ desarrollado en los años 60 y 70 en EE.UU. y que encuentra sus referentes teóricos en dos obras fundamentalmente: *Política Sexual* de Kate Millet y *La Dialéctica de la Sexualidad* de Shulamith Firestone. Para este tipo de cuestiones, recomiendo un libro muy ameno y accesible lectura: *Feminismo para principiantes*, de Nuria Varela. Ediciones B, 2005. Es una especie de manual sobre las diferentes teorías feministas, muchas de las cuales son de aplicación práctica a las problemáticas que muchas mujeres drogodependientes presentan asociadas.

dad y/o minusvaloración de un género (el femenino) frente al otro (el masculino). Sin embargo, es precisamente esta noción de desigualdad el eje central para comprender las Políticas de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, por ejemplo, así como para poder argumentar por qué intervenimos específicamente con mujeres. El ‘género’, como teoría de análisis social, ha venido a poner de manifiesto una desigualdad estructural que atraviesa toda la sociedad, incluidos los colectivos con lo que venimos trabajando desde las áreas de Intervención Social y Psicológica, y que se suma a las desigualdades estructurales que inciden en estos colectivos denominados en riesgo de exclusión social.

El sistema *sexo-género* nos revela el género como principio de organización social con un marcado carácter jerárquico al sobrevalorar el género masculino sobre el femenino. En los cursos llevamos a cabo un ejercicio que ilustra esta afirmación, pidiendo a las personas participantes que enumeren las características y cualidades que en nuestra sociedad suelen asociarse a uno u otro sexo. Conseguimos así un listado de sustantivos, adjetivos, etc., asociados a los hombres y a las mujeres que varía de un taller a otro, pero en todos encontramos que las cualidades atribuidas socialmente a los hombres están en general valoradas (inteligencia, raciocinio, fuerza, sencillez...), y las atribuidas socialmente a las mujeres no lo están (poca fuerza – sexo débil, intuición, histeria, malas, complicadas...). Por supuesto, aparecen cualidades negativas en los hombres y positivas en las mujeres, o depende de en qué contexto las situemos⁸, pero el sistema sexo-género describe una forma de ser ‘hombre’ y de ser ‘mujer’, desvelando además que en esas formas de ser construidas como ‘modelos’, la masculina posee una serie de cualidades que en general valoramos más. Al estar el género masculino asociado al sexo hombre, y el femenino al sexo mujer, establece a su vez una jerarquía social entre los sexos: hombres y mujeres. Cuando hablamos de problemas por una construcción social del género hay que tener muy claro que estamos hablando

⁸ Por supuesto, aparecen cualidades negativas en los hombres y positivas en las mujeres, o depende de en qué contexto las situemos... La ‘agresividad’, por ejemplo, es un componente negativamente valorado en los cursos y talleres en general, que suele aparecer asociado a los hombres, pero estamos en una sociedad en que la agresividad es un valor en los negocios, o en los deportes... y generalmente en los chicos, aunque lo neguemos; de hecho, forma parte de lo que entendemos como *‘naturaleza masculina’*: “son agresivos por naturaleza”, se suele afirmar, y a nadie le extraña que un chico se comporte de forma agresiva. Puede parecer bien o mal, apropiado o inapropiado, pero no nos parecerá “extraño” puesto que forma parte de la construcción de la identidad masculina... Y lo tenemos socialmente asumido. El “género” ha puesto de manifiesto que las cualidades atribuidas a hombres y mujeres son precisamente eso: atribuciones, no cualidades innatas y naturales.

desde las dinámicas producidas por este sistema, y evitar caer en una “guerra de sexos” acerca de si los hombres o las mujeres *son* mejores, peores, más complicados, más simples, etc., ya que estaremos *esencializando* los términos y a las personas con las que trabajamos, nos relacionamos, y a nosotros y nosotras mismas.

Además, como en el caso de este curso, observamos que las cualidades valoradas *específicamente* para uno y otro sexo, implican un mantenimiento del status-quo, una invariabilidad en los roles, designando tanto a mujeres como a hombres una forma correcta de ser y estar en el mundo: ‘madres-esposas dependientes y cuidadoras’ (o actualmente: también trabajadoras, independientes, pero sin fallar al cuidado de la familia...), frente a ‘hombre independiente y autónomo, que debe mantener económicamente el hogar’. Encontraremos también habitualmente cómo a los varones se les suele atribuir un deseo sexual explícito (y en cierta medida “incontrolable”) así como el ejercicio explícito también de la violencia: de esta forma, aquellas “cualidades” atribuidas que no se valoran en lo masculino –violencia, egoísmo, etc.–, por lo general suelen estar asociadas a un ejercicio de poder o de reafirmación de uno mismo.

El género define elaboraciones socioculturales que, por tanto, no son innatas sino construidas y, por ende, modificables (importante cuestión en nuestra labor de intervención); va variando en el tiempo, pero sigue designando dos *modelos de socialización dicotómicos y naturalizados* (ver nota a pie nº 8 a este respecto) en que las personas nos movemos en función del cuerpo que habitamos: se convierte en una especie de exigencia tanto social como interna (genera identidad), y toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones.

Aunque la categoría de género nos resulte útil, es conveniente explicitar también que es necesario eliminar cualquier noción de inmovilidad en los roles atribuidos en función del sexo; es más, para poder seguir avanzando y desvelar las posibilidades de cambio, es necesario que además seamos capaces de observar *cómo el sexo no deja de ser también una lectura sociocultural*. Es una realidad biológica, pero hemos puesto nuestra atención sobre ella para designarla como diferencia; y no cualquier diferencia: en nues-

tra sociedad es básica, cruzando todas las demás que podamos encontrar (etnia, clase y/o posición socioeconómica...) Se mantiene todo un sistema social de organización y jerarquía fundamentado en su existencia-concepción. La hemos establecido en dos posibles: hombre o mujer, con el status de "lo natural". Así, realidades biológicas como el hermafroditismo, o estados intersexuales diversos (a nivel gonadal-genital-cromosómico), se definen y marcan como "anormalidades" o "alteraciones" (caso del transexual o transgénero, por ejemplo). Desde las Ciencias Sociales y las profesiones de la intervención social hemos reflexionado mucho acerca del pretendido concepto de "normalidad", tanto a nivel social como desde lo biológico (diversidades funcionales que se entienden como *discapacidades* motoras y/o mentales, *retrasos*, *limitaciones*, etc.: Síndrome de Down, hemiplejía, parálisis cerebral, 'cocientes límite', por citar algunas...) La ciencia biomédica se erige como 'lo neutral', arguyendo que es la sociedad quien marca y convierte en desigualdad lo que la Ciencia Médica se ha limitado a describir. Pero ninguna descripción es neutral-objetiva, ni siquiera la que hagamos del sexo (entendido a nivel gonadal-genital-cromosómico). ¿Por qué no admitir más de dos estados sexuales definidos como "lo normal"? Un interesante artículo de Anne Fausto Sterling interroga esta dualidad impuesta por la Ciencia Biomédica en tanto que los estados intersexuales son variados, y ella, como estudiosa del tema, ha podido llegar a describir cinco sexos⁹ ... Esta aproximación vendría a afirmar que romper con la dicotomía del sexo rompería también la dicotomía del género.

Antes de avanzar en identificar problemáticas específicas en drogodependencias por una cuestión de género, debemos explicar otro concepto base para el análisis desde una perspectiva de género. Sin ser del todo conscientes, las personas estamos inmersas en lo que desde el feminismo se ha venido a denominar el *saber androcéntrico*.

9 Bióloga, feminista e historiadora de la ciencia, profesora en la Universidad de Brown. El artículo al que me refiero es: 'Los cinco sexos. ¿Por qué varón y mujer no son suficiente?' en Nieto, Jose A. (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura* Ed. Talasa 1998. En castellano podemos encontrar también un libro completo de esta autora: *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Ed. Melusina, 2006 (editado originariamente en 2000) que avanza en esa línea de investigación, y ya no establece 5 posibles estados sexuales, sino que establece un 'continuum sexo-género' donde las posibilidades (derivadas de la propia existencia del ser humano en tanto que ese 'continuum' no es cuestión de ciencia-ficción, sino que se da en la realidad biológica), se multiplican: el ser humano podría tener, porque de hecho los tiene, diversos estados sexuales; pero es una decisión médica que el bebé que nace con características diversas se adscriba –mediante operaciones, tratamiento hormonal, etc.- a uno de los dos sexos designados.

Desde el Renacimiento en nuestra Historia, el Hombre pasa a ser el centro y medida de todas las cosas; la Ilustración colocaría también en el centro la Razón. Pero Hombre no quería decir “hombres y mujeres”, ni la Razón estaba asociada a la Mujer precisamente (baste ver textos de filósofos, escritores, etc., de la época) Esa pretendida universalidad del término “Hombre”, que engloba a hombres y mujeres en el conjunto de la “Humanidad” no hace sino invisibilizar a la mitad del género humano y su existencia. El saber androcéntrico presupone la experiencia masculina como la universal, dejando de lado los saberes y aportaciones de la experiencia femenina (o minusvaliéndolos; tómese como ejemplo ‘la guerra’ y todo lo que la rodea: patriotismo, ejército, etc.. Su estudio, su importancia en los libros de historia, qué papel desempeña en nuestra sociedad, presupuesto del Estado destinado a investigación armamentística, Ministerio de Defensa, etc. Han sido actividades tradicionalmente masculinas, y son lo considerado importante –tanto, que nuestra historia se transmite y aprende “a golpe de” guerras...- Quedan así invisibilizadas todas las cuestiones derivadas del cuidado –tareas tradicionalmente femeninas-, la atención a las personas, los valores derivados de la solidaridad, etc. estableciendo además la guerra como ¿algo inevitable?).

Así mismo, por una cuestión de género existe una *división sexual del trabajo* en todas las sociedades conocidas. En nuestra sociedad en general nos hemos encargado del cuidado y del trabajo doméstico. Pero la *independencia* y *autonomía* –principios muy valorados en nuestra sociedad, objetivos básicos de muchos programas e itinerarios para personas con problemas de drogodependencias - no te las da encargarte de una familia, sino trabajar remuneradamente y tener tu sueldo. Las mujeres hemos acudido en masa a este saber androcéntrico en que lo valorado era el desempeño de las labores denominadas “públicas”: política, empleo, etc. Hemos luchado por homologarnos en ese sentido y poder hacer lo que hacen “ellos”... Pero los hombres (como colectivo o grupo social, no como individualidades) no luchan por *poder* encargarse de los cuidados y afectos de una familia, o del trabajo doméstico como tarea *digna*¹⁰. Sin embargo, siguen siendo tareas necesarias y que, de forma más o menos obligada-elegida, realizan millones de mujeres todos los días...

¹⁰ Las grandes corporaciones sí han sabido extender aquello de ‘lo femenino’ que les interesa para seguir produciendo y vendiendo productos, ampliando mercado por tanto: los productos de belleza, la identidad del “metrosexual”, etc.

Para finalizar este punto, suelo describir que hasta en la Encuesta de Población Activa (EPA) podemos encontrar un ejemplo de *perspectiva androcéntrica*: las tasas de actividad / inactividad - paro / ocupados de nuestro Estado reflejan un porcentaje de más del 50% de inactividad para las mujeres... ¿Es esto un problema para que se considere a España un país desarrollado? Si la misma tasa correspondiese a los varones, estaríamos hablando de una crisis económica de dimensiones considerables. Desde el pensamiento feminista se cuestiona además que las llamadas “amas de casa” (“sus labores” en algunas encuestas todavía) reciban la calificación de ‘inactivas’, ya que de tal catalogación se deriva que el *trabajo* dentro del hogar y para el cuidado de las unidades domésticas no es actividad, no es trabajo.

La perspectiva de género ayuda a visibilizar los problemas derivados de un complejo sistema de organización social que se sustenta en la separación entre las esferas de lo denominado público (sociedad, estado, política, economía...) y lo denominado privado (el ámbito de la familia, lo relacional...), del trabajo denominado ‘productivo’ y el ‘reproductivo’, etc., con un fuerte componente valorativo de todo aquello que se sitúa del lado de lo denominado ‘público’ (lo laboral, etc.)

La intención de empezar por estas cuestiones para hablar de drogodependencias y género es asentar unas bases mínimas que pongan de manifiesto la minusvaloración e invisibilización que afectan a muchas mujeres por una construcción social del género, y que nos va a afectar en nuestra identidad y subjetividad de forma determinante. En una problemática como las drogodependencias encontraremos elementos que tienen que ver con estas dinámicas, y la perspectiva de género ofrece herramientas para poder intervenir. Debe, por tanto, convertirse en un referente analítico, un marco de interpretación de la realidad, como puedan ser las teorías explicativas de los procesos de desadaptación social o el enfoque multisistémico en drogodependencias.

Para poder ahondar en este tipo de contenidos (identidad, subjetividad, educación sentimental, lenguaje sexista, etc.) de forma que resulte ameno y participativo, utili-

zamos dinámicas de trabajo que en su mayoría son adaptaciones de metodología y dinámicas expuestas en el libro: *Teoría y Análisis de Género. Guía metodológica para trabajar con grupos*. Asociación Mujeres Jóvenes. Isabel Frutos Frutos y Amparo Olmeda Valle. Edita: Mujeres Jóvenes, 2001.

Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias



Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias

Una vez que hemos podido sentar unas bases sobre la teoría del género, y otros conceptos, pasamos a realizar una ronda donde cada profesional describa problemáticas que haya observado en su puesto de trabajo en la intervención con mujeres y/o que tengan que ver con una cuestión de género.

En función de las problemáticas que señalen, podemos desarrollar:

- La forma de descripción de las problemáticas:
¿Se está formulando desde perspectiva de género, o estamos realizando una descripción-análisis de la realidad carente de dicho análisis? Exploramos grupalmente –en forma de debate- qué supone la perspectiva de género en el análisis y definición de problemáticas;
- El contenido de las mismas, realizando un análisis desde teorías feministas y perspectiva de género. De ahí pasaremos a su aplicabilidad y posibles propuestas de actuación (teniendo en cuenta el siguiente punto).
- Análisis de las redes de atención en drogodependencias, desde una perspectiva de género: carencias, fortalezas y posibilidades, posibles mejoras...

Las problemáticas reflejadas por las personas participantes en el curso fueron: (sic.)

- Más crítica por parte de la familia y menos apoyo (en general los varones se suelen ver apoyados por sus madres).
- Mayor deterioro social.
- Madres más duras con hija drogodependiente.

- (En los recursos residenciales): Las mujeres no “hacen piña”, no hacen grupo. Se enfrentan entre ellas, mientras que los hombres sí “hacen piña”.
- Peleas entre ellas.
- Problemáticas asociadas: hijos e hijas, malos tratos, altas voluntarias, etc.
- Presencia de las llamadas “cargas familiares”: hijos, etc. En el diseño de los Pisos de Apoyo al Tratamiento y Comunidades Terapéuticas no se tiene en cuenta.
- Maternidad.
- Presentan mayores dificultades, más planteamientos de cosas a mejorar, más problemáticas que abordar... Eso lo hace más complicado.
- Mal uso de la sexualidad, comportamiento de las chicas; promiscuidad.
- Manejo de los afectos.
- Frenos en su tratamiento por parejas, resistencias.
- Malos tratos.
- Entrada en el consumo vía pareja. Contagios VIH.
- En terapias de alcohol: a las mujeres les cuesta acercarse a pedir ayuda, y delante de hombres es imposible que se expresen. El hombre es un bebedor social, las mujeres suelen hacerlo en casa, a solas.
- Pocas mujeres presentes en los centros de atención.
- Mayor culpabilización por el consumo, más “viciosas” (se autodesignan así también).
- Se las valora más negativamente a nivel moral.
- Formas de conseguir el dinero y la sustancia, prostitución, baja autoestima, mayor riesgo de enfermedades.
- Abusos en la infancia.
- Malas madres.
- Lo central de la pareja.

Una de las primeras observaciones que debemos hacer es que identificamos “género” con “mujeres”, y quizá ese sea el principal problema en drogodependencias y otros ámbitos de conocimiento e intervención: se está estableciendo un sinónimo entre género y mujer. Pero ya hemos visto que esto no es así: “género” se refiere a ambos sexos, y se puede trabajar desde una perspectiva de género con hombres. Sin embargo, es necesario el trabajo específico con mujeres y el conocimiento de otro tipo de

teorías explicativas de la realidad, puesto que uno de los principales problemas que estamos observando es el **androcentrismo de los programas de tratamiento**. Como se señalaba en la introducción, la pauta cultural y estadística de la drogodependencia es la masculina. Muchos/as profesionales señalan que no hay **demandas de tratamiento** por parte de mujeres, pero ¿significa esto que haya menos mujeres drogodependientes? Suelo plantear, además, que posiblemente la respuesta a esta cuestión sea más compleja de lo que parece (un sí o un no basado en estadísticas y estudios) porque, por ejemplo, desde otras redes de atención a mujeres se observa con frecuencia consumos abusivos de alcohol y medicamentos recetados (ansiolíticos, sedantes, inductores del sueño, antidepresivos...). Estas mujeres no suelen acceder a las redes de atención a las drogodependencias. Se suele afirmar que el número de varones drogodependientes es mucho mayor que el número de mujeres, pero el problema es que muchos de los **consumos problemáticos** por parte de la población femenina, permanecen **invisibilizados** (alcohol en soledad; psicofármacos, etc.). A raíz de esto, entramos en el problema de la medicalización del cuerpo de las mujeres; este fenómeno es complejo de exponer, pero el resultado es que muchas mujeres presentan una serie de problemas con cuadros de ansiedad, dolores de cabeza y fatigas crónicas, anemias, dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño... y la respuesta es pautar medicamentos, no una intervención integral que ahonde en las causas de esos males-tares diversos (situadas seguramente en su vida cotidiana), para poder resolverlos sin que la persona tenga que estar tomando medicación de forma crónica o de por vida sin ser necesario¹¹ ...

Debemos, pues, poner el punto de atención en tratar de comprender otro tipo de experiencias y ser capaces de trabajar con ellas. De esta forma, también podremos analizar que son muchos los factores que interactúan (subjetividad de las mujeres, diseño de los programas y atención prestada, entorno social y familiar, etc.) para que tanto la entrada en los tratamientos, como la permanencia en los mismos, se vea dificultada por cuestiones de género para las mujeres (y de ahí la escasa demanda que llega a nuestros centros de atención especializada).

11 Para ampliar esta compleja cuestión recomiendo el libro *Mujeres Invisibles*, de Carme Valls Llobet, editado por DeBolsillo en 2006, y las referencias en este mismo documento a los trabajos de Nuria Romo.

Uno de los problemas que se señala es la **falta de apoyo familiar y el mayor deterioro social**.

Exponíamos en la parte de teoría de género, que “el género” marca una serie de roles (actitudes, cualidades, etc.) que definen al hombre y la mujer, y que cuando no se cumplen, o tratamos de comportarnos de otra forma (mujeres que trabajan en empleos “tradicionalmente masculinos” como la construcción, fontanería, etc., u hombres que quisieran gozar de la comodidad de una falda en verano o ejercer de “amos de casa”...) se ponen en marcha toda una serie de mecanismos sancionadores. En el caso de las mujeres hay tres roles fundamentales en nuestra sociedad que nos definen como ‘buenas mujeres’: madres, esposas e hijas¹². Cuando una mujer es la que trasgrede, se da un proceso de doble penalización moral y social --> la sociedad en su conjunto (de la que las mujeres formamos parte, evidentemente) elaboramos unos valores sociales y mandatos implícitos, elaboramos estados de opinión generalizados, que llevan al rechazo de la anormalidad y excepción que suponen las mujeres que desarrollan conductas disruptivas. De un hombre “se espera”: ellos son, en el imaginario colectivo, los agresivos, los que desarrollan conductas fuera de la ley; existe la identidad ‘hombre-delincuente’, cruzada por diversas variables que producen estereotipos en su concepción (mismamente la de ‘hombre heroinómano delincuente’). De una mujer “no se espera”: son las sumisas, las ‘no agresivas’, las mantenedoras de la paz social... La mayor transgresión imaginada y concebida socialmente para una mujer es la de ‘prostituta’, estigma identitario por excelencia. A todas las personas les es costoso reconocerse como “drogodependiente”, pero en las mujeres se presenta esta cuestión de la doble penalización social; actualmente, muchas personas afirmarían que la sociedad está cambiando y que el papel de las mujeres no es el mismo que hace años, pero cuando es una mujer la que lleva un estilo de vida asociado al deterioro y la marginación se la evalúa en una incompreensión mayor, derivada del proceso no imaginado (en cuanto a construcción mental) de la transgresión. Esto se traduce en la mayor falta de apoyos dentro del entorno social inmediato, con las consecuencias que se derivan para la buena marcha del tratamiento.

¹² No es casual que la mayoría de las profesiones “feminizadas” son extensiones de estos roles, extensiones del cuidado: educadoras, trabajadoras sociales, psicólogas, limpiadoras, etc. Habría mucho que hablar acerca de las profesiones tradicionalmente “femeninas” y tradicionalmente “masculinas” y analizar qué cualidades-habilidades son necesarias, si se favorece el desarrollo por igual en niños y niñas, etc. Es un campo muy rico para examinar el “género”.

Destaca así mismo el cuestionamiento de la **maternidad** (si son madres), así como la **presencia de los hijos e hijas en el tratamiento**¹³.

Respecto a lo primero: ¿por qué cuando una madre reconoce abuso de sustancias -pedir tratamiento y ayuda es un reconocimiento bastante explícito- se aparece como realidad inherente la posibilidad de retirada de custodia? Podemos examinar la cuestión de los varones en cuanto a qué ponen en juego cuando piden tratamiento, pero desde luego, mientras la responsabilidad del cuidado y de la atención de la familia siga cayendo ideológica y simbólicamente en la figura femenina, serán ellas las que pongan en juego dicha cuestión de forma subjetiva y social. Existe un mandato de maternidad, o más específicamente: de la perfecta maternidad, que no se acerca precisamente a la imagen de mujer con problemas de abuso de alcohol, o heroína, etc. y que en los varones no recae de esa forma. En los procesos de los hombres, tengan hijos o no, éstos no aparecen tan automáticamente. Pueden desvincularse “fácilmente”, tanto social como personalmente¹⁴. En los procesos de las mujeres que son madres, esto no es así: forma parte central de sus preocupaciones o si no, de las de los/as profesionales. La consecuencia es que el temor a la pérdida de custodia y al juzgamiento como madres¹⁵ existe en las mujeres (de forma “real” o formal, pero se da), interviniendo de forma determinante en su tratamiento (ya sea ambulatorio o residencial).

Sin embargo, ningún recurso residencial está preparado para trabajar con esta realidad. Hay excepciones, con recursos preparados para trabajar con mujeres embarazadas y/o hijos/as de corta edad, pero no está incorporado a los tratamientos de forma general el trabajo con la presencia de hijos e hijas (y está por ver cómo podría organizarse dicha cuestión, pero al menos que se pudiese contemplar y tener en cuenta

13 Evitemos designarlo como “cargas familiares”. Este término designa como “carga” la presencia de hijos/as, personas a las que cuidar, etc. De esta forma se negativiza algo que es necesario para la vida humana: el cuidado. Y se invisibiliza que en todo caso, es “una carga” porque entra en conflicto con las necesidades impuestas desde el Mercado Laboral...

14 Debemos recordar que estamos estableciendo análisis generales, pero no está de más señalar que no podemos esencializar las experiencias de hombres y mujeres por el hecho de serlo: encontraremos varones que no se desvinculen, y mujeres que por supuesto quieran hacerlo...

15 Tampoco está de más señalar que en otros procesos, como los de malos tratos, a las mujeres no sólo no se las separa de sus hijos, sino que se diseñan los centros de acogida teniendo en cuenta la posibilidad de que vengán acompañadas por menores... Podríamos preguntarnos por qué en drogodependencias esto ni se ha contemplado, o por qué genera tantas resistencias, y encontraremos que existe una culpabilización de la mujer que es drogodependiente.

que, en la vida de estas mujeres, y de sus tratamientos, ser madres influye por muchos motivos).

De hecho, a esto se suma otro obstáculo: si son madres, y no están durante el consumo, durante el tratamiento – cuando se tienen que ir a recursos residenciales como Comunidades Terapéuticas o Pisos de Apoyo al Tratamiento - ¿quién cuida?, ¿quién ejerce esa labor? Normalmente es la familia de origen (principalmente las abuelas) la que se hace cargo del “menor/es desatendido/s”, y, por los mismos mecanismos recogidos en los puntos anteriores, a las dificultades descritas se suman los juicios de valor y presiones al respecto por parte del entorno familiar y relacional más inmediato.

Así mismo, pocos son los recursos destinados en la **fase de incorporación laboral** a sensibilizar o negociar (en el sentido de desarrollar programas de empleo) con el tejido empresarial que los cuidados no son una labor que deban resolver o conciliar las mujeres como algo personal (ver nota a pie de página nº 13 al respecto).

También es habitual encontrar que existen pocos recursos específicos para mujeres, o que el **número de plazas para mujeres en centros mixtos aparece limitado** y no va en función de la posible demanda (por ejemplo: hay 4 plazas para mujeres, y si hubiese 5 que quisiesen entrar, 1 no podría y tendría que esperar). De momento, es una realidad estadística que son menos las mujeres que piden tratamiento, por lo que no se trata de aumentar el número de plazas para mujeres, sino de permitir que la lista de espera-posibilidad de entrada en recursos sea para ambos sexos (por ejemplo: si hay 20 plazas, que las puedan ocupar indistintamente hombres o mujeres, según demanda y lista de espera). Sin embargo, frente a esto, muchos profesionales contemplan “**el problema de la sexualidad**”. Debemos incorporar también la perspectiva de género a la descripción que hagamos de la realidad, ya que **nuestra observación puede partir de una discriminación** aunque sea de forma inconsciente; la sexualidad definida como problemática asociada a la presencia de mujeres es un tema recurrente en los talleres y estudios. Suelo devolver que la sola vinculación de la sexualidad a la presencia de mujeres es un acto injusto y cargado de prejuicios y minusvaloración hacia ellas aunque no nos demos cuenta, porque: ¿acaso en la relación heterosexual parti-

cipan sólo ellas? Sin embargo, el peso de nuestra observación sigue cayendo sobre las mujeres... y también nuestras valoraciones y juicios al respecto. Por supuesto que en una Comunidad mixta, por ejemplo, nos encontraremos con problemas relacionados con la sexualidad y las relaciones hetero-afectivas. Darle la vuelta a la observación sería comentar que “el problema es que hay chicos”. Pero no se hace; y la propuesta no es en absoluto que debamos darle la vuelta en ese sentido. Sólo se trata de llamar la atención sobre la perspectiva que nos lleva a afirmar, como de hecho se hace, que los problemas vienen porque “hay chicas”.

Los problemas en las relaciones hetero-afectivas afectarán de forma distinta a hombres y mujeres (y dentro de eso: de forma diferente según la persona), pero solemos juzgar el uso que las mujeres hacen de la sexualidad para conseguir cosas, por ejemplo. Ante esto, suelo preguntar si alguien –de las y los profesionales presentes- piensa o tiene la percepción de que en general se piense “qué mal, qué problema: los drogodependientes, que delinquen para conseguir dinero con el que financiarse el consumo...”. Nadie levanta la mano, claro. Pero existe cierto juicio moral (hablando de forma general) hacia que las mujeres usen la sexualidad para conseguir cosas¹⁶... No podemos seguir cerrando las puertas a las mujeres para prevenir estas situaciones, sino tratar de formarnos e incorporar a las plantillas personal especializado en sexualidad.

Sin embargo, **la sexualidad no forma parte central de ningún tratamiento**. El proceso de tratamiento está tan orientado hacia la pauta masculina de consumo, que no suele dar prioridad a este trabajo de forma protocolizada (con excepción de la cita psicológica, que suele ser un espacio privilegiado para la intervención en todos los temas que afecten a la persona). Pero es una realidad contrastada que las mujeres drogodependientes ponen en juego su cuerpo y sexualidad en el consumo de sustancias. En los cursos de formación afirmo que la sexualidad de una mujer *siempre* va a estar en “el juego”; la forma en que una mujer vive y es en el mundo está intrínse-

¹⁶ Suelo poner el ejemplo de la minusvaloración de género hasta en actividades como la prostitución: si es un hombre el que se acuesta con mujeres por dinero, recibe el nombre de ‘gigoló’ y hasta tiene canciones que celebran al hombre joven que se acuesta con mujeres mayores ricas que le mantienen... Otro tema será la prostitución masculina homosexual, que sufre de la homofobia y otros mecanismos de discriminación dentro del mismo sistema de dominación patriarcal (al hombre que se acuesta con hombres también se le desprecia y se le llama ‘chapero’).

camente relacionada con su sexualidad y subjetividad como eje de vulneración y de poder. El cuerpo de las mujeres, y su sexualidad, es un cuerpo sometido, objetualizado y sujeto a disposiciones creadas socialmente. Es más: las mujeres *son* su cuerpo. Cuerpo para los otros, para procrear o para entregarse, para ser objeto de admiración, mirada, silbido, violación... Pero a la vez: cuerpo como acceso al reconocimiento social (examinemos la cuestión de "la belleza" por ejemplo), a bienes materiales y simbólicos, o como "arma de seducción para conseguir lo que quieren". Paradójicamente, el cuerpo y la sexualidad son el eje de la opresión y condición femenina, a la vez que son fuente de su poder, por objetos valorados y deseados en la sociedad¹⁷. Si volvemos a centrarnos en las mujeres con problemas de drogodependencias que llegan a nuestros centros, encontraremos que, igual que los hombres tienden por construcción social de género a la agresividad y trasgresión en forma de robo o atraco para autofinanciarse, ellas recurren a lo "más fácil" también por construcción de género: su cuerpo¹⁸. Y no hace falta ejercer la prostitución como tal, baste con juntarse con "fulanito" y estar de acompañante en robos, trapicheos, consumos, e incluso proceso de tratamiento. Se obtiene su protección y el reconocimiento de los demás, y además no están solas. No podemos quedarnos solamente en señalar la conducta observada como una problemática específica, sino analizar por qué se da y qué trasfondo tiene. Tarea será poner la sexualidad y el cuerpo, sus significaciones e importancia en la subjetividad femenina, como un eje central en los tratamientos.

Y a esto se suma las denominadas **relaciones de dependencia** respecto a sus parejas: lo que observamos como problema en el manejo de los afectos, abandonos de tratamientos, "bidependencia", etc. A profesionales del ámbito nos sorprende o puede

17 Siempre me ha resultado curiosa la expresión "favores sexuales", ya que redundante en su valoración social a la vez que en su denigración: valorado por lo de "favores", y denigrado por la connotación negativa que pueda atribuírsele a que una mujer ejerza dicha acción.

La teoría del cuerpo como espacio político privilegiado que se transforma en base de vulneración y de poder, la encontramos en Foucault, M.1980 *Vigilar y castigar*, pp.11-37

18 Ante esta afirmación, hay personas que comentan que esto se debe a una cuestión de "mayor fuerza física, por naturaleza" de los varones. En los debates se suele alcanzar la conclusión de que para atracar a una persona no es necesario ser especialmente fuerte, y que en muchos casos, juega un papel más importante *ser capaz* de cometer el atraco. La identidad "agresor" está vinculada y construida en torno a los hombres, no a las mujeres (que por el contrario, estamos vinculadas a la idea de 'víctima propicia', de estar en desventaja frente al varón). Por supuesto, muchos hombres no se ven capaces de cometer actos delictivos o agresivos, y existen mujeres que sí lo han sido, pero hablamos de construcciones sociales de género, que marcan pautas de comportamiento diferenciado para cada sexo y que suelen ser 'lo generalizado'.

parecer inaudito que las mujeres dejen tratamientos por sus parejas o por iniciar una relación, pero las personas que trabajan con mujeres víctimas de malos tratos están más que acostumbradas a la realidad de las mujeres que vuelven con el maltratador. ¿Lo podemos dejar en algo inexplicable? Es un problema derivado de la construcción social del género, por la cual muchas mujeres no nos sentimos completas si no es teniendo una pareja. Si no la tenemos, la queremos, pero, en cualquier caso, forma parte central de nuestras vidas. Siguiendo los análisis de Marcela Lagarde y de los Ríos (1989), encontramos que el amor está arraigado en el *ideal de género* para las mujeres, y que es un amor que se caracteriza por la *entrega* en dos variantes:

- la entrega de cuidados y atención para cubrir las necesidades de los otros (“la familia”) Rol de madre (y rol de hija para cuidar al padre y/o la madre ya mayores);
- y la entrega al hombre, la pareja. Rol de esposa-compañera. En algunos casos -muchos- esto significa la entrega de una misma.

Los mandatos e ideales de género actúan con fuerza constitutiva de la identidad y subjetividad, de lo que yo quiero y deseo. El orden amoroso tradicional convierte a la mujer en ser para otro y además: *de ese otro* (¿nos suenan expresiones como ‘soy tuya’, ‘haz conmigo lo que quieras’, ‘poséeme’ o el cuento donde el Príncipe Azul rescata a la Princesa?). En el caso que nos ocupa, por estas relaciones de subordinación y entrega absoluta podemos entender conductas de alto riesgo que implican el no uso de preservativos, o el contagio de VIH por usar la jeringuilla “después que él”, etc.

Enlazando con esta cuestión podemos reflexionar acerca de los **malos tratos en la pareja**. En la Red de Atención a Drogodependencias no se contempla como factor que interactúa de forma determinante en la problemática de la drogodependencia: no forma parte de los protocolos ni existe personal especializado en malos tratos en el ámbito de la pareja y las relaciones heteroafectivas. Por otro lado, en las redes de atención a la Violencia contra las Mujeres (centros, casas de acogida, etc.) presentar problemática de abuso de sustancias impide la acogida, es perfil excluyente para ingresar en el circuito de atención (puede haber excepciones, pero es la norma general en muchas Comunidades Autónomas). Es complicado llevar a cabo una actuación

conjunta y coordinada, pero no imposible¹⁹, y en estos cursos señalo que es necesario explorar este camino: el de introducir la perspectiva de género en los tratamientos, diseño de políticas públicas y centros de atención (y no sólo con las mujeres), y dejar de concebir las problemáticas, y las personas, de forma sectorial y parcializada, para poder desarrollar formas de trabajo integral.

Por último, centramos también nuestra atención en la realidad de las **rivalidades entre las propias mujeres** en grupos, pisos y comunidades terapéuticas. Se vuelve a reducir a lo natural: *somos así...* Pero reflexionemos sobre la socialización dentro del género femenino: realmente no se construye una valoración más allá de la proporcionada por nuestro cuerpo o conseguir un varón, a la par que se inhabilita la posibilidad de un pacto intragénero²⁰; existirá una competencia en ese sentido, y siempre habrá elementos de juicio con que mirarnos: la que triunfa en los negocios pero que dejó de lado la familia; la que es una *pobre* ama de casa, que no hace otra cosa y no sabe nada; la que está solterona; la que está sola; la puta; la arpía; la vieja amargada; la loca... Y las mujeres formamos parte del engranaje de la cultura, tenemos bien aprendido e interiorizado la no aceptación ni reconocimiento de cada una de nosotras tal como somos, en la diversidad de la experiencia... De ahí que sea tan difícil desactivar los mecanismos de juzgamiento y competencia entre ellas al trabajar en grupo...

Desde el feminismo se han acuñado términos como 'sororidad' o 'reconocimiento de la autoridad femenina'. Los grupos de trabajo con mujeres son una buena herramienta para trabajar estos problemas. Pero trabajar específicamente con mujeres no garantiza que estemos incorporando la perspectiva de género. Un primer ejercicio necesario será recuperarlas-recuperarnos a nosotras mismas, poner en el centro nuestra autoestima como construcción social, como mujeres, haciendo consciente el proceso intrínseco de minusvaloración... Y apostar por trabajar en drogodependencias desde la *aceptación de la trayectoria vital* de cada una de ellas.

19 Hasta hace pocos años pasaba algo parecido con los problemas de salud mental y la interacción en/con las drogodependencias. La conceptualización de la 'Patología Dual' y la interacción de diversos equipos profesionales especializados ha hecho posible que se intervenga de forma integrada y específica acorde a las necesidades diferenciales derivadas de dicha concurrencia de problemáticas...

20 Para examinar esta cuestión: Elena Simón Rodríguez Democracia Vital. *Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía* Narcea, s.a. de ediciones, Madrid 1999.

Propuestas de intervención



Propuestas de intervención

Para finalizar, conviene ponerse a pensar en la forma de abordar estas problemáticas de forma práctica, tratando de diseñar acciones encaminadas a mejorar la atención, protocolos de intervención, etc. Es importante señalar que el peso no puede recaer exclusivamente en los equipos de profesionales, y que la Administración Pública tiene su papel a desempeñar a la hora de posibilitar los recursos necesarios. En este curso realizamos una dinámica grupal de la que extraer o posibilitar propuestas de mejoras de las redes de atención desde perspectiva de género.

En todos los grupos se invirtió mucho tiempo en el debate, tratando de incorporar las nociones recién incorporadas durante el curso. Muchas personas coincidieron en señalar la necesidad de más tiempo de formación y poder asentar los conocimientos antes de poder hacer propuestas, pero aún así, estas fueron las propuestas presentadas:

GRUPO 1

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN QUE TENGAN EN CUENTA LA MATERNIDAD-PATERNIDAD DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES:

- Facilitar servicios de guardería/ludoteca para facilitar la asistencia a citas. Difundir información al respecto.
- Habilitar una sala de espera específica para las personas drogodependientes que acuden con sus hijas e hijos al centro. Dotarla de cuentos y juguetes para facilitar la espera. Este mismo espacio podría servir para que las mujeres puedan dar de mamar a sus bebés e idealmente podría dotarse de un cambiador para bebés.
- Atender con máxima puntualidad, reduciendo todo lo posible el tiempo de espe-

ra cuando una persona acuda al centro, acompañada de menores.

- Flexibilizar los horarios de atención.
- Incorporar la maternidad (y la paternidad) en los protocolos de evaluación e intervención.
- Desarrollar "talleres" para trabajar específicamente habilidades de maternaje y paternaje.
- Aprovechar recursos existentes para las mujeres de la población general (por ejemplo, campamentos de verano). Difundir esta información en los centros de atención a drogodependientes.
- Crear plazas residenciales para madres con menores a su cargo.
- Promover la formación de profesionales sanitarios u otros (centros de salud, salud mental, tutela o protección de menores,...) con perspectiva de género, para aumentar su sensibilidad hacia la problemática de la drogodependencia.

GRUPO 2

ACERCA DE LA INVISIBILIZACIÓN DEL CONSUMO EN MUJERES (PSICOFÁRMACOS).

- Subvención, por parte de la administración pública, de campañas de sensibilización dirigidas tanto a la población general como a asociaciones de mujeres. Partimos de la base de que en el caso concreto de los psicofármacos, la invisibilización del consumo no está primariamente ligada al estigma (como puede ocurrir con adictas a otras sustancias) sino al desconocimiento y a la consideración del consumo de psicofármacos ansiolíticos como "normal", en especial cuando el paciente al que se le prescribe es una mujer. Se comenta en el grupo que si bien son frecuentes las campañas de prevención y sensibilización al respecto del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (aun reconociendo que adolecen a menudo de falta de enfoque de género), no existen ese tipo de campañas para el consumo de psicofármacos, lo que perpetúa dicha invisibilización.
- Subvención de actividades de formación dirigidas a los equipos profesionales de atención primaria. Puede suponerse que gran parte de las problemáticas por psicofármacos son de origen yatrógeno, bien por prescripción errónea de los mismos,

bien por falta de exhaustividad en el seguimiento de la pauta prescrita y de la sintomatología que justificó la prescripción. La formación previa es un paso necesario para garantizar la implicación constructiva de dichos equipos de trabajo en actividades y programas dirigidos a detectar y trabajar con estas problemáticas. No se trataría de confrontar, sino de sensibilizar y atraer.

- Subvención de actividades de formación dirigidas a los equipos profesionales especializados en drogodependencias, ya que la población objeto de intervención puede presentar características diferenciales que requieran formación especializada.

- Creación de un grupo de expertos/as para el desarrollo de un protocolo de detección, valoración y atención de las problemáticas relacionadas por el consumo. Dicho grupo estaría compuesto tanto por profesionales procedentes de equipos especializados, como por personal de atención primaria.

- Puesta en marcha de programas de atención y búsqueda de espacios cercanos para la implementación de la atención terapéutica, por entender que estas mujeres difícilmente se sentirán "drogodependientes" y en consecuencia, aun entendiendo y demandando algún tipo de atención, no acudirán a los dispositivos especializados (CADs/UCAs, Centros de Tratamiento, Centros de Día, etc.). Se propone la habilitación de un espacio en el Centro de Salud para la puesta en marcha de sesiones de tratamiento preferentemente grupales realizadas por profesionales especializados, en coordinación con el personal médico de cabecera que se hagan cargo de valorar y supervisar las pautas de reducción y con los/as trabajadores/as sociales de cada Centro de Salud. Se trataría de facilitar el acceso al tratamiento y la adherencia al mismo.

- Coordinación con asociaciones de mujeres, ONG's, servicios sociales, etc., para dar a conocer el programa y establecer canales de derivación bidireccionales.

GRUPO 3

MALOS TRATOS

- incluir dentro de los planes de formación de los centros contenidos referidos a género y a violencia de género.

- incluirlo también en los planes de formación regionales, provinciales y locales.

Acogida:

- crear cauces de derivación hacia nuestros centros de tratamiento desde: urgencias hospitalarias, servicios sociales comunitarios y servicios específicos de violencia de género.
- que existan en nuestras historias clínicas un apartado destinado a detectar mediante indicadores la existencia del maltrato, en la actualidad o en el pasado (no es conveniente abordarlo en la primera consulta).
- en caso de que se produzca algún tipo de demanda por parte de la paciente referida a violencia de género, si es una emergencia derivarla. En caso contrario, no juzgarla, no catalogarla sólo como víctima.
- población susceptible de la intervención: mujeres adictas víctimas de violencia, mujeres víctimas de violencia con un problema de adicción, varones adictos maltratadores que acuden a tratamiento y mujeres que acuden acompañando a varones adictos.

Por último, queremos dejar recogidos una serie de puntos-base desde los que poder diseñar propuestas de mejora de las redes de atención e intervención en drogodependencias, desde una perspectiva de género. Algunos de ellos han sido tratados en las propuestas grupales, pero de esta forma dejamos elaborado un listado que recogería algunas de las ideas-líneas de actuación principalmente necesarias en esta materia:

1. Debe regir un PRINCIPIO DE FLEXIBILIZACIÓN en los tratamientos para adaptarse a las situaciones complejizadas que presentan muchas mujeres por su historia y situación familiar.
2. ¿Es necesario crear recursos de atención especializados en drogodependencias y malos tratos? ¿O podemos adaptar los recursos existentes al tratamiento integral de la problemática?

Propuestas:

En centros de drogodependencias: intervenir en problemática malos tratos, junto a asociaciones y profesionales especializadas...

En casas de acogida y centros de emergencia: permitir la estancia de mujeres drogodependientes estando fuertemente coordinadas con el centro de atención a drogodependencias, realizando un trabajo conjunto. Para esto es necesario establecer programas y protocolos de atención.

3. Los Centros de Día de atención integral en régimen ambulatorio, deben contar con guarderías o usar servicios comunitarios.

4. Los Centros Residenciales: deben estar habilitados para trabajar con mujeres, y con menores a su cargo. 'Habilitados' implica cambiar contenidos de tratamiento y disposiciones temporales: flexibilizar visitas, llamadas, etc.²¹; hay que empezar a contar con las mujeres que no se van a un recurso sin sus hijos, o para las que cortar la relación sentimental o de pareja puede ser motivo de abandono del tratamiento. Un problema añadido es que en muchas provincias se reciben personas derivadas desde otras provincias de la misma Comunidad Autónoma. No hay recursos propios en cada ciudad-provincia, con lo que si hay menores, ¿qué sucede con su escolarización, entorno inmediato de relaciones, etc. si se trasladan con su madre? Este problema es consecuencia de que se sigue respondiendo a un patrón androcéntrico en el diseño y puesta en marcha de recursos. ¿Podríamos apostar por recursos residenciales más pequeños, adaptados en cada ciudad?

5. Es necesario introducir trabajo sobre maternidad no deseada (causa que subyace al consumo de las mujeres muchas veces) ni planificada, estableciendo procesos de acompañamiento y ayuda que garanticen no cuestionar a las mujeres.

6. Debería realizarse una intervención a nivel familiar. Sin embargo, este es un

21 Debemos especificar que estas medidas y nivel de concreción son muy importantes: los recursos residenciales establecen por lo general un periodo no voluntario de entre 15 – 30 días de incomunicación con el exterior. También se dan los programas que prohíben las relaciones entre personas en tratamiento (aunque no estén en el mismo recurso residencial; si las dos personas están en el mismo recurso residencial, establecer relación de pareja puede ser motivo de expulsión y están prohibidas las relaciones y contactos sexuales de ningún tipo). La experiencia pone de manifiesto que estas disposiciones deben ser por lo menos revisadas, ya que muchas mujeres, por la importancia de lo relacional en sus vidas, no se adaptan bien a la incomunicación inicial e incluso llegan a abandonar el recurso por este motivo; tampoco siguen la prohibición sin más, siendo necesario empezar a abordar otro tipo de intervenciones más encaminadas al trabajo de las relaciones heteroafectivas y autoestima de género.

principio que rige los tratamientos desde hace tiempo que en muchos casos encuentra problemas para ser llevado a cabo: saturación profesional, atención centrada en la persona que demanda tratamiento, familias que no van a asistir al centro-no van a desplazarse, etc. ¿Podemos coordinarnos con otros recursos que faciliten el acceso a las familias (servicios sociales; centros de atención primaria; etc.)?

7. Drogodependencias y salud mental. Problemas de abuso de sustancias derivados de la medicalización de los problemas de las mujeres. Propuesta: intervención coordinada en centros de atención primaria para prevenir estas situaciones.

8. Es necesario un abordaje que ponga en interacción la drogodependencia y factores asociados al género. Debemos desarrollar grupos de intervención específica con mujeres en los Centros de Día. La experiencia de asociaciones de mujeres, y recursos especializados en violencia de género, etc. puede nutrir nuestra experiencia (así como bibliografía especializada), pero es necesario crear un espacio específico en nuestros centros, ya que en otros grupos externos a la Red, generalmente las mujeres no pueden contar que son drogodependientes o directamente lo esconden.

9. De cara a la incorporación laboral: hay que poner el peso en las dificultades en tanto que mujeres, no que drogodependientes. Podemos desarrollar acciones dirigidas a incidir sobre:

- la segregación horizontal: programas de formación en profesiones tradicionalmente masculinas, con mejores condiciones laborales, pero diseñando a su vez acciones de intermediación en la contratación y/o prospección de empleo;
- la segregación vertical: formación en habilidades para el liderazgo, proyectos de autoempleo...;
- o la conciliación de la vida personal y laboral: no debemos perder de vista nuestra capacidad como agentes sociales para generar una sensibilidad respecto a los cuidados como una responsabilidad social; las mujeres no pueden seguir resolviendo de forma individual una cuestión estructural. Podemos poner en marcha programas de guarderías comunitarias (como fórmula de autoempleo, por ejemplo), experiencias de autoorganización, etc.

Bibliografía



Bibliografía

Altable Vicario, Charo. (1998) *Penélope o las trampas del amor. Por una coeducación sentimental*. Valencia, ed. Nau llibres.

Amor, P.J.; Corral, P.J.; Bohórquez, I.A.; Oria, J.C.; Rodríguez, M.; López, F.; Calderón, D. (2007) *Violencia de pareja y Adicción a drogas en Centros de Día*, ASECEDI.

Amoroso Miranda, María Inés / Grupo DONES I TREBALLS de Ca la Dona (2003) *Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos*. Barcelona: Icaria, D.L.

Brantenberg, Gerd. (1994) *Las hijas de Egalia*. Horas y Horas la Editorial. Madrid.

Carrón, J. y Sánchez, L. (1995) *Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes*, referenciado en páginas 42-45 de *El educador social y las drogodependencias* Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (G.I.D.) Edita: GID. Madrid.

Comas D'argemir, Dolors. (1995) *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Icaria editorial, Antropología. Barcelona.

De la Cruz Godoy, M^a J. y Herrera García, A. (2002), *Adicciones en Mujeres*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria.

Del Río, Sira y varias autoras. (2000) *Trabajos y Mujeres. Materiales para una intervención feminista*. CAES (Centro y Asesoría de Estudios Sociales). Madrid. Está disponible en: <http://www.nodo50.org/caes/feminismo/>

Etorre, Elisabeth (1996) “¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer”, en Wilkinson, Sue y Kitzinger, Celia: *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós Contextos.

Lagarde y De Los Ríos, Marcela. (1989) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. 2ª reimpresión 2003. Universidad Nacional Autónoma de México.

— *Claves feministas para la autoestima de mujeres*. (2000) Madrid, Horas y horas la editorial. Colección de Cuadernos Inacabados nº 39.

Meneses Falcón, Carmen (2002) “Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas”, en *II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*.

Olmeda Valle, Amparo y Frutos Frutos, Isabel. (2001) *Teoría y Análisis de Género. Guía metodológica para trabajar con grupos*. Asociación Mujeres Jóvenes, Madrid.

Rodríguez, Mercedes et al. (2005) *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Documentos Técnicos.

Romo Avilés, Nuria et al. ‘Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar’. *Trastornos Adictivos*, año 2006; 8(4) 243-50.

— ‘Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres’. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías nº 5 *Uso de Drogas y Drogodependencias*, año 2004.

Sabaté Martínez, Ana, Rodríguez Moya, Juana Mª, Y Díaz Muñoz, Mª Ángeles. (1995) *Mujeres, espacio y sociedad*. Editorial Síntesis. Madrid.

Simón Rodríguez, Elena. (1999) *Democracia Vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía*. Narcea, s.a. de ediciones, Madrid.

Urbano Aljama, Aurora y Arostegi Santamaría Elisabete (2004), *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. E. Instituto Deusto de Drogodependencias.

Valls Llobet, Carme (2006). *Mujeres Invisibles*. Mondadori De Bolsillo.

VV.AA. (1996) *Sistema Sexo-Género. Unidad didáctica Seminario de Educación para la Paz*. Asociación Pro Derechos Humanos. Los libros de la Catarata, Madrid.

VV.AA. Fundación Instituto Spiral. (2000) *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid, Instituto de la Mujer.

__ en la Internet: www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/, para consultar el *II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*.

VV.AA, (2001) *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

VV.AA. (2005) *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Publicación de la Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito.

Velasco Arias, Sara. (2002) *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, colección Salud 5. Instituto de la Mujer. Madrid.

En la Internet:

www.mujaresenred.net

www.heterodoxia.net (sobre construcción de la masculinidad)



Edita:

asecedi
asociación de entidades
de centros de día de dependencias

Financia:

