

INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS CON ENFOQUE DE GÉNERO

Intervención en drogodependencias con enfoque de género

Autoras:

Mónica Castaños, Carmen Meneses,
Mercedes Palop, Mercedes Rodríguez, Silvia Tubert

Coordinación:

Programa de Salud y Servicios Sociales
Subdirección General de Programas
Instituto de la Mujer
Secretaría General de Políticas de Igualdad
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Delegación del Plan Nacional sobre Drogas
Secretaría General de Sanidad
Ministerio de Sanidad y Consumo

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

Edita: Instituto de la Mujer
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Condesa de Venadito, 34
28027 Madrid (España)
E-Mail: inmujer@mtas.es
www.mtas.es/mujer

Primera edición: 2007

Diseña: PardeDÓS

Nipo: 207-07-132-8

Depósito Legal: M-56053-2007

Imprime: Estilo Estugraf Impresores, S.L.

ÍNDICE

Presentación 9

Introducción 11

PRIMERA PARTE

Capítulo 1

Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia. 15

1 ¿Qué sabemos sobre las mujeres con drogodependencia? 17

2 El tratamiento de las drogodependencias en población femenina 21

Capítulo 2

La perspectiva de género en la atención de mujeres drogodependientes 33

1 El concepto de "género" 35

2 Qué entendemos por "género" 37

3 Lo que revela la perspectiva de género 39

4 Perspectiva de género y salud de las mujeres 42

SEGUNDA PARTE

Capítulo 3

Los obstáculos de acceso al tratamiento 49

1 Obstáculos relacionados con el modelo de atención 51

2 Aspectos relacionados con las circunstancias personales y sociales 53

Capítulo 4

El proceso de intervención en mujeres con drogodependencia:
Pautas para incluir la perspectiva de género 59

1 Condiciones necesarias para el tratamiento con mujeres. 61

2 Intervenciones específicas en las distintas etapas del tratamiento. 63

3 Intervención en grupo. 69

4 Mujeres con dificultades añadidas. 72

5 Reflexiones finales 73

Capítulo 5

Mujeres consumidoras y sus familias de origen 77

1 Abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas en las mujeres y su familia de origen 81

2 Mujeres drogodependientes y familia de origen 82

3 Evaluación e intervención desde dispositivos especializados con mujeres drogodependientes 87

Capítulo 6

La dimensión relacional como clave en el proceso de adicción y recuperación

99

- 1 Las relaciones en la vida de las mujeres 101
- 2 Influencia de los vínculos en el inicio y mantenimiento de la adicción 102
- 3 El inicio del tratamiento 103
- 4 Las recaídas en las mujeres: La dependencia emocional 104
- 5 Factores etiológicos en la dependencia emocional en mujeres 106
- 6 La dimensión relacional en la rehabilitación de mujeres con drogodependencia 109
- 7 Objetivos terapéuticos para abordar el mundo relacional de las mujeres con drogodependencia 110

Capítulo 7

La autoestima de las mujeres con drogodependencia y su recuperación en el proceso terapéutico.

113

- 1 Barreras para una autoestima saludable 116
- 2 La recuperación de la autoestima 117

Capítulo 8

La salud sexual de las mujeres drogodependientes 125

- 1 Riesgos para la salud sexual 128
- 2 La instrumentalización de la sexualidad 129
- 3 Los abusos sexuales en la infancia 130
- 4 Objetivos de tratamiento acerca de la sexualidad 132

Capítulo 9

La maternidad en las mujeres con drogodependencia desde una perspectiva de género 135

- 1 La influencia de los estereotipos de género en la vivencia de la maternidad 137
- 2 La vivencia del embarazo y parto 140
- 3 La relación entre drogodependencia y maternidad 142
- 4 El entrenamiento en habilidades maternas 143
- 5 Objetivos de tratamiento para abordar la maternidad 145

Capítulo 10

Mujeres drogodependientes y maltratadas

149

- 1 Introducción
- 2 Drogodependencia y maltrato
- 3 Detección y evaluación del maltrato
- 4 Intervención con mujeres drogodependientes que sufren maltrato

151

152

153

160

Capítulo 11

La intervención social para mujeres con drogodependencias

173

- 1 La preparación e incorporación laboral
- 2 Necesidades y carencias sociales en las mujeres con drogodependencias
- 3 Algunas sugerencias en la intervención con mujeres

177

178

183

Presentación

Hasta hace pocos años, en España, ha existido poca sensibilidad para aplicar un enfoque de género a los programas de drogodependencias, en consecuencia no se planteaba un abordaje específico en la intervención con mujeres.

En nuestro país, la mayoría de los estudios sobre tratamiento no han tenido en cuenta a las mujeres, ni aquellas cuestiones que son relevantes para ellas. Sin embargo, a nivel internacional, la literatura especializada parece coincidir en que las mujeres tienen más dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento que los varones, por factores relacionados con los propios programas de tratamiento y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las usuarias.

Ante el consumo de las mujeres es preciso reflexionar sobre condicionantes como la mayor invisibilidad de su consumo, el daño sufrido en la propia imagen- las mujeres adictas perciben un mayor rechazo social que los varones drogodependientes-, en los vínculos familiares o las dificultades añadidas en el caso de ser madres.

En este sentido, es una oportunidad, además de una exigencia legal, la aplicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que estipula que las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

Asimismo, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud viene trabajando en la incorporación del enfoque de género en las políticas y programas de salud a través de la estrategia del *mainstreaming* de género, lo que significa que deben considerarse las necesidades de las mujeres en todos los niveles y en todos los ámbitos de actuación.

Por tanto, se precisa la revisión y actualización de los marcos teóricos para que incorporen las diferencias y especificidades debidas al género. Trabajar desde un enfoque de género nos permite analizar la problemática de las mujeres teniendo en cuenta sus condiciones de vida y su propia subjetividad.

Con esta publicación, desde el Instituto de la Mujer y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, nos planteamos reflexionar sobre algunos aspectos de la intervención con mujeres drogodependientes, como el tipo de programa y el estilo de relación terapéutica, los aspectos específicos a trabajar, o que la oferta de servicios considere sus circunstancias personales y sociales.

El presente material pretende ser un instrumento de apoyo para los y las profesionales con implicación en el tratamiento de las drogodependencia, así como para el personal técnico que ha de diseñar, gestionar y evaluar programas.

Asimismo, aporta algunos elementos claves que sería necesario incorporar en los modelos y procedimientos de intervención a fin de contemplar las circunstancias particulares de las usuarias considerando los modelos ideales de feminidad y masculinidad existentes en la sociedad.

Desde ambas instituciones pretendemos aumentar la sensibilización de nuestra sociedad en temas tan importantes como los que se tratan en esta publicación.

Introducción

Esta publicación contiene una breve exposición de temas tratados en la literatura internacional, a partir de textos monográficos realizados por organismos internacionales públicos y privados, y de una revisión bibliográfica de los artículos más destacados que abordan problemas de consumo y tratamiento de drogas en las mujeres.

Se concreta un marco conceptual abordando la perspectiva de género como sistema simbólico que construye las categorías de masculinidad y feminidad incidiendo, a su vez, en la formación de la personalidad de mujeres y hombres. Sistema generado por las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que se manifiesta en los distintos ámbitos de la vida.

Se analizan los factores psicosociales de género que condicionan el acceso de las mujeres a los programas asistenciales como su invisibilidad, debida, entre otras razones, al consumo privado o al ocultamiento, lo que dificulta la detección y derivación a los recursos específicos.

Otros factores que se destacan son el miedo a la estigmatización, el menor apoyo familiar y de la comunidad, incluso la oposición de sus parejas al tratamiento, señalando el valor que tienen para las mujeres los vínculos y relaciones personales. También, en el caso de ser madres, se añaden a los sentimientos de vergüenza o culpa, el temor a perder la custodia de sus hijos e hijas o la falta de adaptación de los servicios.

En el texto se indican pautas para incluir la perspectiva de género en el proceso de tratamiento, detallando la intervención en las distintas etapas. Así, se considera que los estilos de atención y de terapia han de ser acordes con las condiciones y necesidades de las mujeres, dada su relevancia para la adherencia al mismo.

Valora la importancia del vínculo terapéutico y el establecer una relación empática, aceptante, de escucha activa. Asimismo, el potenciar los grupos de mujeres, ya que en los grupos mixtos los hombres suelen marcar la dinámica de la intervención, dificultando el tratar temas como la sexualidad, la maternidad, la imagen corporal o los malos tratos que son importantes para las mujeres.

Por ello se recomienda favorecer los grupos de mujeres, al menos, en las primeras etapas de tratamiento, facilitando de este modo la identificación con iguales, el diálogo y el desarrollo de relaciones de apoyo no competitivas.

Se abordan áreas específicas como la dimensión relacional y emocional, aspecto clave tanto en el proceso de la adicción como en el tratamiento de mujeres con drogodependencias. Las relaciones personales, las dificultades de separación, los sentimientos de abandono y la soledad en su recuperación son cuestiones a valorar.

Las mujeres pueden no continuar los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, si ellos no comparten la decisión de abandonar el consumo, o si imaginan que los/las profesionales les pueden aconsejar la ruptura con su compañero.

También se plantea que la baja autoestima puede ser un factor de riesgo, y que, a su vez, el proceso adictivo supone una lesión en la autoestima, destacando la incidencia de los mandatos de género y las claves a tener en cuenta para abordar este trabajo.

Durante el proceso terapéutico se ha de contemplar la salud sexual de las usuarias: los posibles cambios en la relación consigo misma, con su cuerpo, con los y las demás, o que la sexualidad se haya relegado a un segundo plano o convertido en un medio para obtener la sustancia de consumo. También, el identificar si ha tenido una historia de abusos sexuales y su incidencia en las recaídas.

Además, las mujeres con drogodependencias pueden sufrir o haber sufrido violencia de pareja, por lo que se abordan cuestiones relacionadas con la detección y evaluación del maltrato, y sus implicaciones en el proceso de tratamiento.

La dinámica familiar se ha de trabajar específicamente, ya que en general, las mujeres tienen menor apoyo familiar o social para realizar un tratamiento, en la medida que han podido abandonar las relaciones familiares, encontrándose más aisladas y sin redes de apoyo.

Se hacen propuestas en cuanto a la intervención con la familia para ayudar a que acepten la adicción de la hija (hermana, pareja...), sin añadir mayor culpa o estigma por el hecho de ser mujer y colaboren en el tratamiento, ofreciéndoles apoyo.

Por otra parte, a lo largo del proceso, hay que atender las necesidades referidas al área social, como la capacitación laboral. Dar un espacio para abordar sus expectativas y posibilidades de trabajo teniendo en cuenta los condicionantes de género, a fin de favorecer su independencia económica

En este sentido, es preciso aumentar la derivación y coordinación entre las instituciones o servicios para atender necesidades diversas: formativa, laboral, familiar, cuidado de hijos e hijas, casas de acogida, etc., a fin de promover un abordaje integral.

Primera Parte

- 1 Aportaciones desde los estudios internacionales en el tratamiento de las mujeres con drogodependencia.
- 2 La perspectiva de género en la atención de mujeres drogodependientes.

Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia

Carmen Meneses

- 1 ¿Qué sabemos sobre las mujeres con drogodependencia?
- 2 El tratamiento de las drogodependencias en población femenina

En este capítulo ofrecemos una breve exposición de los temas más relevantes, basándonos en textos monográficos específicos realizados por organismos internacionales públicos y privados, así como una revisión bibliográfica de los artículos más destacados que abordan los problemas de consumo y tratamiento de drogas en las mujeres.

Nuestra exposición se centrará en dos puntos fundamentales: en primer lugar, en aquellas características y situaciones sociales, culturales y/o económicas asociadas a las mujeres con consumos problemáticos de drogas. En segundo lugar, describiremos aquellas cuestiones que se relacionan con la atención y tratamiento de las mujeres desde una perspectiva de género.

1. ¿Qué sabemos sobre las mujeres con drogodependencia?

Los escasos trabajos realizados en España contrastan con la abundante literatura científica de ámbito internacional sobre drogodependencias que aborda problemáticas específicas de las mujeres.

Los organismos oficiales internacionales han puesto de relieve una mayor prevalencia en cuanto al consumo de drogas ilegales en los varones que en las mujeres (OEDT , 2000; Hedrich, 2000; ONU , 2002 y 2005; EMCDDA, 2005). Sin embargo, esta afirmación ha de ser matizada por una serie de variables como la edad, la etnia, la clase socioeconómica, las áreas geográficas y las sustancias, puesto que dependiendo de estas variables las diferencias entre sexos pueden ser mínimas o invertirse.

Si bien, se aprecia un incremento constante de mujeres con usos problemáticos de drogas (Dodge y Potocky, 2001), numerosos estudios que analizan las diferencias por sexo de las personas en tratamiento, como el de Wechsberg y otros (1998) (con una muestra de 10.010 pacientes pertenecientes a 96 programas de tratamiento de 11 ciudades norteamericanas), indican una mayor prevalencia de los varones. Al analizar los motivos de la menor presencia de mujeres refieren la influencia del modelo de tratamiento y la tendencia de las mujeres a acudir más a los servicios de salud que a los dispositivos específicos sobre drogodependencias.

En la revisión de los trabajos, encontramos una serie de características o circunstancias asociadas a las mujeres con drogodependencias. A veces, estas circunstancias son comunes a ambos sexos, pero se ha considerado que afectan en mayor medida a las mujeres que a los varones. Detallamos a continuación lo más relevante y mencionado:

1. Las diferencias entre mujeres y hombres presentes en la sociedad se reflejan en los consumos de drogas. De ahí que, los roles de género se manifiesten en los contextos de usos de drogas (Forth-Finegan, 1991; Hser y cols. 1987; Reed, 1987).
2. En los patrones de consumo –dosis, frecuencia, contexto, vías de administración, etc.-, se observan diferencias entre mujeres y hombres (Dawson y Archer, 1992), si bien este tipo de análisis se ha realizado con mayor exhaustividad para determinadas sustancias (Lex, 1991; Babcock, 1996).
3. El nivel educativo y la capacitación profesional de las mujeres con drogodependencias es menor que en los varones (Nelson-Zlupko, 1996; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Amaro y cols. 1999; Hser y cols. 2003).
4. En muchos casos, las mujeres tienen poca experiencia laboral, están desempleadas u ocupan puestos de trabajo de ingresos muy bajos, dependiendo económicamente de sus parejas (Wechsberg y otros, 1998; Amaro y cols. 1999).
5. Es frecuente que el inicio del consumo se produzca con usuarios varones, ya sea desde una relación afectiva o no (Eldred y Washington, 1976; Anglin y cols. 1987; Gossop y cols. 1994; Boyd y Guthrie, 1996; Wechsberg y otros, 1998; Hser y cols. 2003; Hser y cols. 2004); además, con la pareja puede incrementar el consumo de drogas (Hser y cols. 2005).
6. Muestran escaso poder de negociación con sus parejas ante los comportamientos de riesgo: en las relaciones sexuales y en la utilización compartida de material de inyección (Wells y Jackson, 1992; Freeman y cols. 1994; Wechsberg y cols. 1998).
7. En mayor medida viven solas, han salido del hogar familiar precozmente, reciben menos apoyo de la familia y de la comunidad (Dogdge y Potocky-Tripodi, 2001). El aislamiento social las hace más vulnerable a la violencia de su pareja (Farris y Fenaughty, 2002).
8. Las mujeres con drogodependencias pueden haber vivido abusos físicos y sexuales en la infancia, es decir, antes de iniciarse el consumo de drogas, pero también haber sido maltratadas física y psicológicamente o abusadas sexualmente durante el periodo de consumo (Forth-Finegan, 1991; Swift y cols. 1996; Boyd y cols. 1997; Jarvis y cols. 1998;

Wechsberg y otros, 1998; Murphy y cols. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Amaro y cols. 1999; Cosden y Cortez-Ison, 1999; Fiorentine y cols. 1999; Farris y Fenaughty, 2002).

9. Pueden presentar problemas sexuales, en gran parte, debido a los traumas sufridos (Forth-Finegan, 1991; Covington, 1997; Gordon, 2002).
10. Algunas mujeres son amas de casa, madres responsables del cuidado y la crianza sin ningún tipo de apoyo, encontrándose solas para asumir estas tareas (Gossop y cols. 1994; Swift y cols. 1996; Uriel-Miller y otros. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Amaro y cols. 1999; Westermeyer y Boedicker, 2000; Hser y cols. 2003; McMahon y cols. 2005), aunque el consumo puede implicar dificultades para desempeñar su rol como madre (Goldestein y cols. 1996; Taylor, 1998).
11. La valoración social de las mujeres con problemas de consumo de sustancias comparada con los varones es más negativa, generando un mayor estigma social hacia ellas al transgredir los comportamientos normativos asociados socialmente a las mujeres. (Rosenmabun, 1981; Forth-Finegan, 1991; Taylor, 1993; Inciardi y cols, 1993?)
12. Sienten, en mayor medida, vergüenza, culpa y baja autoestima (Rosembaum, 1981; Forth-Finegan, 1991; Inciardi y cols. 1993; Taylor, 1998; Curtis-Boles y Jenkins-Monroe, 2000) porque viven una mayor estigmatización social.
13. Distintos estudios señalan una mayor severidad en cuanto a las repercusiones del consumo en el caso de las mujeres (Byqvist, 1999; Arfken y col. 2001), así como un mayor deterioro (Gossop y cols. 1994), dado que las situaciones sociales de partida son más precarias y desiguales.
14. Se observa una mayor prevalencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos: ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación (Kingree, 1995; Wechsberg y otros, 1998; Uriel-Miller y otros. 1998; Westermeyer y cols. 1998; Grella y Joshi, 1999; Amaro y cols. 1999; Neale, 2004).
15. El uso continuado de drogas (heroína y alcohol) puede provocar alteraciones en el ciclo menstrual como amenorrea, irregularidades en la menstruación, etc. (Schmittner, J. 2004).

16. Recurren en mayor medida al ejercicio de la prostitución como modo de supervivencia y mantenimiento del consumo (Silverman, 1982; Grella y Joshi, 1999; Byqvist, 1999; Neale, 2004) y, a su vez, esta actividad puede dar lugar a un incremento del consumo (Taylor, 1998).
17. Los consumos de drogas tienen significados y motivaciones distintas en las mujeres, utilizándose en algunos casos para paliar síntomas de trastornos psicológicos o de condiciones sociales muy adversas (Hser y cols. 1987; Forth-Finegan, 1991; Boyd y cols. 1997).
18. La existencia de antecedentes de consumo problemático en la familia parece ser más recurrente e influyente en las mujeres que en los varones (Boyd y Guthrie, 1995; Westermeyer y Boedicker, 2000).
19. Se aprecia un periodo de tiempo menor entre el inicio del consumo de drogas y la dependencia a sustancias (Ellinwood y cols., 1966; Anglin y cols. 1987; Nelson-Zlupko, 1996; Grella y Joshi, 1999; Westermeyer y Boedicker, 2000).
20. Al principio la literatura mostraba a las mujeres en un papel muy pasivo respecto a la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas. Sin embargo, trabajos posteriores muestran estilos opuestos (Rosenbaum, 1979; Hser y col. 1987; Taylos, 1993), indicando que las mujeres son bastante activas y articulan estrategias diversas para el mantenimiento del consumo y su supervivencia.
21. Tienen escasos apoyos para ponerse en tratamiento, incluso pueden contar con la oposición de sus parejas, además de la familia (Curtis-boles y Jenkins-Monroe, 2000). Para las mujeres con drogodependencias los vínculos y relaciones personales son muy importantes y pueden anteponer las necesidades de los y las demás a las suyas.
22. El estilo de vida está asociado a los comportamientos de riesgo, siendo diferentes en varones y mujeres (Loxley y cols. 1998).

Estas características deben analizarse teniendo en cuenta la clase social, la orientación sexual, la etnicidad y otras variables que dan lugar a una diversidad de circunstancias en las mujeres.

2. El tratamiento de las drogodependencias en población femenina

La gran mayoría de los trabajos revisados destacan una serie de consideraciones en relación a la población femenina consumidora: los obstáculos de acceso al tratamiento, la oferta de programas y su escasa adecuación a las necesidades de las mujeres, así como los resultados o abandonos del tratamiento. Antes de comenzar a exponer algunos de estos puntos señalamos que la gran mayoría de los trabajos plantean dos temas centrales relacionados con el tratamiento de drogas y las diferencias por sexo (Prather y Fidell, 1978; Reed, 1985 y 1987; Forth-Finegan, 1991; Hedrich, 2000):

1. Los programas en general están diseñados para los varones, que son los usuarios mayoritarios de los mismos.
2. La presencia femenina, como ya hemos comentado, es muy inferior en los tratamientos, lo que genera repercusiones negativas para las mujeres.

Reed (1987) ha planteado que las principales razones de que los programas de tratamiento de drogas estén orientados hacia los varones se debe a una serie de circunstancias:

- 1) Al inicio, la investigación sobre adicciones se ha centrado en las sustancias y, muy posteriormente, ha tenido en cuenta las características de las personas consumidoras (etnicidad, edad, sexo, orientación sexual, etc.), si bien han tomado como referente a los varones blancos, al igual que en otros campos de la medicina y de las ciencias de la salud.
- 2) Las personas planificadoras y gestoras de servicios desconocen las necesidades de las mujeres.
- 3) Las mujeres han sido ignoradas en la mayoría de los estudios sobre tratamiento o no se han considerado cuestiones que son relevantes para ellas. Este hecho ha dado lugar a que sean desconocidas sus necesidades y las circunstancias del consumo de drogas. En este sentido, los instrumentos de evaluación y de investigación no han incorporado la perspectiva de género.
- 4) En general, los consumos de drogas en las mujeres han generado menos alarma social que cuando son varones, ya que las conductas violentas (delincuencia, crímenes, etc.) se asocian en mayor medida a los hombres.

- 5) En las mujeres el abuso de psicofármacos no suele ser considerado como un problema importante, puesto que se consume en el contexto de lo privado.
- 6) El conocimiento sobre las reacciones químicas de las drogas en las mujeres es más limitado que sobre los varones, ya que el sujeto experimental suele ser varón y cuando se han considerado a las mujeres se ha centrado en las repercusiones en el feto.

La gran mayoría de los trabajos sobre el tratamiento de las drogodependencias han destacado que no se estaban ofreciendo servicios adaptados a las necesidades de las mujeres (Prather y Fidell, 1978; Rosebaum, 1981; Reed, 1987; Copeland y Hall, 1992; Taylor, 1993; Amaro y Ardí-Fanta, 1995; Covington, 2000; Gordon, 2002; Hser y cols. 2003), lo que ha motivado la realización de informes internacionales monográficos sobre el tratamiento de los problemas de drogas (Hedrich, 2000; ONU, 2005) para sugerir y orientar intervenciones diferenciales.

Las dificultades que encuentran las mujeres para recuperarse de la dependencia reside en dos tipos de factores (Prather y Fidell, 1978; Reed, 1985 y 1987; Wells y Jackson, 1992; Nelson-Zlupko y cols. 1996; Hedrich, 2000; ONU, 2005):

- a) Aquellos que están relacionados con el programa de tratamiento.
- b) Los que tienen que ver con los condicionantes sociales, personales y culturales de las usuarias.

Se ha planteado que los resultados del tratamiento pueden estar más relacionados con las características del programa que con las presentes en las personas usuarias del mismo (Roberts y Nishimoto, 1996; Hedrich, 2000).

Programas de tratamiento y sus resultados en las mujeres

Durante la década de los años setenta y parte de los años ochenta, los estudios internacionales referidos a las diferencias de género en los usos de drogas estudiaron fundamentalmente los distintos patrones de consumo, sus consecuencias durante el embarazo, en la maternidad y en la transgresión de los roles de género que las mujeres consumidoras desempeñaban (Rosebaum, 1997). Los trabajos que se centraron en las necesidades y opciones de tratamiento específicos para a las mujeres, adquieren mayor relevancia desde los años noventa hasta la actua-

lidad, incorporando en muchos de ellos una lectura sobre el abuso de drogas en relación con la violencia hacia las mujeres.

En relación con los resultados de investigación, se constata que no hay un claro consenso en algunas cuestiones relacionadas con el tratamiento que permita afirmar si un tipo de programa es más adecuado para las mujeres (Babcock y Connor, 1981; Babcock, 1996). Llegar a acuerdos es difícil dada la diversidad en los tratamientos existentes y su forma de desarrollarlos. No obstante, a pesar de esa falta de acuerdo, sí podemos indicar actuaciones que por el momento están dando mejores resultados en la intervención con mujeres, como el estilo de relación terapéutica, la oferta de ciertos servicios o la perspectiva de género en el enfoque (Hedrich, 2000).

Podemos dividir en tres puntos los temas tratados en los estudios sobre el tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sensible hacia las mujeres: los tipos de programas de tratamiento, el estilo de atención hacia las mujeres, así como los recursos y apoyos que requieren para el éxito del tratamiento.

Tipos de programas

Muchos trabajos plantean que los programas que atiendan a las mujeres tengan una sensibilidad hacia sus necesidades e incorpore la perspectiva de género (Rosebaum, 1981; Reed, 1987; Inciardi y cols. 1993; Sterk, 1999; Hedrich, 2000).

Según diversos estudios (Reed, 1985; Javris, 1992; Roberts y Nishimoto, 1996; Nelson-Zlupko, 1996; Gordon, 2000; Hedrich, 2000), el éxito de un programa de recuperación para las mujeres consiste en que tenga en cuenta sus necesidades y sus características. Se han señalado dos tipos de modalidades: programa sólo para mujeres y mixtos con perspectiva de género.

Kaskutas y cols. (2004) indican que existen escasos estudios que planteen la efectividad de los programas dirigidos hacia las mujeres. Distingue entre aquellos orientados a las mujeres, o que sólo son para mujeres adaptados a sus necesidades, de los mixtos. Señala que algunas mujeres no se sienten en un entorno adecuado para debatir sus problemas sobre el consumo de drogas, sus relaciones o su sexualidad cuando con los varones participan en la terapia de grupo.

Diversos trabajos indican que se pueden obtener mejores resultados respecto a los problemas psicológicos y sociales en programas específicos para mujeres, que en los mixtos sin este requisito. Pero no muestran diferencias estadísticamente significativas en los resultados. Hodgins y cols., 1997, indican que los resultados de los varones en investigación sobre tratamiento se han generalizado erróneamente para ellas.

También se ha cuestionado si el programa de los 12 pasos (Alcohólicos Anónimos) era pertinente para las mujeres puesto que su diseño era masculino y enfatizaba y mantenía las estructuras de desigualdad social entre los sexos sin cuestionarla (Foth-Finegan, 1991; Berenson, 1991; Kingree, 1995; Roberts y cols. 2000). Se ha señalado que varones y mujeres que buscan tratamiento difieren en el funcionamiento psicológico, ya que en las mujeres existe un marcado sentimiento de culpa asociado a los cuidados y más baja autoestima. Sin embargo, la crítica desde el movimiento feminista y las alternativas ofrecidas por este movimiento, ha dado lugar a un programa más flexible (Babcock y Connor, 1981), acogiendo y contemplando las circunstancias de las mujeres y minorías étnicas, tal y como han señalado Hillhouse y Florentine (2001) y Roberts y cols. (2000).

La modalidad de tratamiento, residencial o ambulatorio, no ha mostrado que uno u otro tengan resultados más satisfactorios para las mujeres, sin embargo lo que sí influye es que el tipo de tratamiento incluya el enfoque de género, sea sensible a las necesidades y a las situaciones más desfavorable de las mujeres con drogodependencia (Jarvis, 1992; Hedrich, 2000; Dogdge y Potocky-Tripodi, 2001). En este mismo sentido, se ha planteado que la presencia e interacción con varones en tratamiento no es recomendable en las primeras etapas del tratamiento, sino en un momento posterior (Covighton, 2002).

Por último, se ha indicado que las mujeres pueden mostrar un nivel de mayor motivación para el tratamiento que los varones (Rosenthal y cols. 1979; Angli y cols. 1987) aunque con índices más bajos de permanencia (Arfken y cols. 2001). De la misma manera se han observado patrones diferenciales en los procesos o episodios de recaídas, pues las mujeres parecen mostrar más problemas psicológicos, efectos negativos e influencia de la pareja cuando acontecen (Rubin y cols. 1996). Sin embargo, en otros trabajos se ha planteado que las mujeres afrontan mejor las recaídas que los varones, pues tienen menos presión e influencia social hacia el consumo (Walton y cols. 2001).

Estilo de atención y servicios necesarios

En este punto vamos a describir dos cuestiones señaladas en los trabajos revisados: el contexto terapéutico y de relaciones que deben ser más propicios para trabajar con las mujeres, y los apoyos personales que pueden facilitar o dificultar el tratamiento, especialmente por parte de la pareja.

En primer lugar, el estilo de la atención profesional se ha planteado como un elemento relevante en la intervención con las mujeres. El estilo de confrontación, el excesivo control, así como una relación terapéutica poco continua no son aconsejables (Gordon, 2002). Las mujeres dan mucha importancia a la relación con los y las profesionales (Roberts y cols. 2000; Roberts y Nishimoto, 2006).

En segundo lugar, las mujeres necesitan un contexto de intervención en el que se sientan seguras física y emocionalmente, estableciendo relaciones con los y las profesionales que favorezcan la toma de decisiones. En este sentido, Covington (2000) señala que para la efectividad del tratamiento en las mujeres se necesita un ambiente que facilite la recuperación, caracterizado por:

- a. Seguridad, creando un entorno seguro de abusos físicos, emocionales o sexuales.
- b. Conexión, que requiere una relación profesional no autoritaria. Percibir que el o la profesional muestra una actitud de escucha. Se trata de una mutua empatía, respeto y conexión.
- c. Empoderamiento, que los y las profesionales fomenten en las mujeres la toma de decisiones en relación a sus vidas. Se sientan respetadas y crean en sus capacidades.

El contexto de tratamiento puede ser uno de los factores principales para la adherencia, (Roberts y Nidhimoto, 1996; Hohman, 1999). Sin embargo, los trabajos que aluden al mismo no detallan cuáles son los elementos centrales de este contexto. En este sentido, Fiorentine y Hillhouse (1999) indican que cuando la etnicidad y el sexo de las usuarias coincide con el de los y las profesionales repercute positivamente en los resultados. El sentimiento de respeto, conexión en las relaciones y empatía entre profesionales y participantes del programa, es decir, las relaciones que se establecen durante el tratamiento, son extremadamente importantes para las mujeres (Nelson. Zlupko, 1996; Roberts y cols. 2000).

En tercer lugar, en el trabajo de Covington (2000), se han señalado tres áreas que, desde su experiencia en la intervención e investigación con mujeres, son centrales:

1. La identidad, la dependencia entendida como un problema de identidad. Además, es preciso abordar las fuentes de autoestima, los efectos del sexismo, racismo y el estigma en relación a su crecimiento personal y, por último, reflexionar sobre sus propios roles, sus sentimientos, pensamientos y actitudes.
2. Revisar su historia de relaciones priorizando las relaciones familiares, especialmente con la madre, así como los mitos sobre la maternidad.
3. La sexualidad, la imagen corporal, la identidad sexual, los abusos sexuales y la dependencia afectiva, ya que pueden ser causas de recaídas.

En otro trabajo de esta misma autora, se profundiza sobre estos aspectos (Covington, 2002) planteando que un programa con perspectiva de género ha de considerar que la elección del espacio, la selección de profesionales, el desarrollo del mismo, así como sus contenidos y materiales, han de adecuarse a las necesidades de las mujeres; así como conocer a sus pacientes: quienes son y su historia de vida, teniendo presente que es preciso abordar las experiencias traumáticas, pues muchas mujeres han sufrido abusos físicos, psíquicos y sexuales, y que las drogas han sido su forma de paliar sus efectos. Entender qué supone este trauma es central en el tratamiento de drogas. Si se aborda el trauma hay un menor riesgo de recaídas. Plantea una guía para el tratamiento con mujeres con los siguientes puntos:

- Desarrollo y utilización de una variedad de perspectivas terapéuticas, utilizando múltiples niveles, usando dinámica afectiva, cognitiva, conductual y sistémica.
- Individualizar el plan de tratamiento que identifique sus propias preocupaciones.
- Es importante ser sensible a las diferencias entre mujeres respecto a su orientación sexual.

Por último, en otros trabajos se ha señalado que las mujeres pueden presentar prioridades que no sean las que se marcan en el programa de tratamiento del consumo de drogas, como la recuperación de la custodia de sus hijos e hijas (Amaro y cols. 1999; Hedrich, 2000) o afrontar el maltrato de su pareja (Brown y cols. 2000).

Notas

- 1 Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- 2 Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito.

BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, H. y C. Hardy-Fanta, "Gender relations in addictions and recovery," *Journal of Psychoactive Drugs* 27: 325-337 (1995).
- Amaro, H, Nieves, R, Wolde, S, Labault, NM. Substance Abuse Treatment: Critical Issues and Challenges in the Treatment of Latina Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 21, 3, 266-282.1999
- Anglin, M. D. y Y. Hser, "Addicted women and crime," *Criminology* 25 (2): 359-397 (1987).
- Angli, MD, Hser, y, McGlothlin, WH. Sex Differences in Addict Careers. 2. Becoming Addicted. *AM.J. Drug Alcohol Abuse*. 13, 1-2, 59-71.1987.
- Angli, MD, Hser, y, MW Booth. Sex Differences in Addict Careers. 4. Treatment. *AM.J. Drug Alcohol Abuse*. 13, 3, 253-280.1987.
- Arfken CL , Klein, C, Menza, S y Schuster, CH. "Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention," *Journal of Substance Abuse Treatment* 20 (1): 53-57 (2005).
- Babcock, ML y Connor, B. Sexism and treatment of female alcoholic: A review. *Social Work*, 81. 233-238.1981.
- Babcock, M., "Does feminism drive women to drink? Conflicting themes," *The International Journal of Drug Policy* 7 (3): 1-12 (1996).
- Berenson, D, "Powerlessness - Liberating or Enslaving? Responding to the Feminist Critique of the Twelve Stepd.," en Bepko, CL. *Feminism and Addiction*. The Haworth Press. New York. (1991).

- Boyd, CJ, Faan, RN, Hill, E, Holme, H, Purnell, R. "Putting drug use in context. Life-lines of african american women who smoke crack," *Journal of sustance abuse treatment* 15 (3): 235-249 (1998).
- Boyd, CJ. y B Guthrie, "Women, their significant others and crack cocaine," *American Journal of Addcitions* 5 (2): 156-166 (1996).
- Brown, VB, Melchior, LA, Panter, AT, Slaughter, R, y Huba, GJ. "Women´s steps of change and entry into drug abuse treatment a muktidimensional stages of change model," *Journal of substance Abuse Treatment* 18: 231-240 (2000).
- Byqvist, S., "Criminality among female drug abusers," *Journal of Psychoactive Drugs* 31 (4): 353-362 (1999).
- Copeland, J y W Hall. A Comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women´s and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction.* 87, 883-890. 1992.
- Cosden, M. y E. Cortez-Ison, "Sexual abuse, parental bonding, social support, and program retention for women in substance abuse treatment," *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (2): 149-155 (1999).
- Covington, J., "Gender differences in criminality among heroin users," *Journal of research in crime and delinquency* 22 (4): 329-354 (1985).
- Covington, S., "Helping womwn recover: A comprehensive integrated treatment model," *Alcohol Treatment Quarterly* 18 (3) (2000).
- Covington, S. 2002. HELPING WOMEN RECOVER: CREATING GENDER-RESPONSSIVE TREATMENT. In *The Handbook of Addiciton Treatment for women: Theory and Practice*. Edited by SLA Straussner and S Brown. Jossey Bass Wiley.
- Curtis-Boles, H. y V. Jenkins-Monroe, "Substance Abuse in African American Women," *Journal of Black Psychology* 26 (4): 450-469 (2000).
- Dawson, D. y L. Archer, "Gender differences in alcohol consumption: effects of measurement," *British Journal of Addiction* 87: 119-123 (1992).
- Dodge K. y Potocky-Tripodi M., "The Effectiveness of Three Inpatient Intervention Strategies for Chemically Dependet Women," *Research on Social Work Practice* 11 (1): 24-39 (2001).
- Eldred, CA. y P. Washington, "Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their roles in treatment outcome ," *International Journal of the addictions* 11 (1): 117-130 (1976).
- Ellinwood, EH, Smith, WG y Vaillant, GE. *Narcotic Addiction in Males and Females: a Comparision.* 1966
- EMCDDA. *Differences in patterns of drug use between women and men.* 2005.

- Farris, CA y Fenaughty, AM. Social isolation and domestic violence among female drug users. AM.J. Drug Alcohol Abuse. 28:339-351. 2002.
- Fiorentine, R y MP Hillhouse, "DRUG TREATMENT EFFECTIVENESS AND CLIENT-COUNSELOR EMPATHY: EXPLORING THE EFFECTS OF GENDER AND ETHNIC CONGRUENCY," Journal of Drug Issues 29 (1): 58-74 (1999).
- Forth-Finegan, Jahn L., "Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review," en Bepko, CL. Feminism and Addiction. The Haworth Press. New York. (1991).
- Freeman, RC, Rodriguez, GM y French, JF. A comparison of male and female intrevenous drug users'Risk behaviors for HIV infection. AM.J. Drug Alcohol Abuse. 20. 129-157.1994.
- Goldstein, RB, Powers, SI, McCusker, J, Mundt, KA, Lewis, BF, y Bigelow, C. "Gender differences in manifestations of antisocial personality disorder among residential drug abuse treatment clients," Drug and alcohol dependence 41: 35-45 (1996).
- Gordon, S. Women & Addiction: Gender Issues in Abuse and Treatment. Caron Foundations. 2002.
- Gossop, M, Griffiths, P, y Strang, J. Sex differences in patterns of drug taking behaviour. A study at a London Community drug Team. British Journal of Psychiatry. 164. 101-104.1994.
- Grella, Ch. E., V Joshi. Gender Differences in drug treatment careers among Clients in the Nacional Drug Abuse Treatment Outcome Study. AM. J. Drug Alcohol Abuse. 25(3). 385-406. 1999.
- Hedrich, D. Problem drug use by women. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).Lisboa. P-PG/ Treatment (2000) 3. Strasbourg
- Hillhouse, M. y R. Florentine, "12-STEP PROGRAM PARTICIPATION AND EFFECTIVENESS: DO GENDER AND ETHNIC DIFFERENCES EXIST?," Journal of Drug Issues 31 (3): 767-780 (2001).
- Hodgins, DC., N El-Guebaly, y J. Addington, "Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs?," Addiction, 92 (7): 805-812 (1997).
- Hohman, Melinda M., "Treatment experiences of women in a recovery home for Latinas," Alcoholism Treatment Quarterly 17 (3): 67-78 (1999).
- Hser Y, Huang, D, Teruya, Ch, y Angli MD. "Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors ," Drug and alcohol dependence 72 (3): 255-264 (2003).
- Hser, Y, Huang, Y, Teruya, Ch, Y Anglin, MD. "Gender differences in treatment outcomes over a 3-year period: a path model analysis," Journal Of Drug Issue. 4. 419-440. (2004).
- Inciardi, S. A., D. Lockwood, y A. E. Pottieger. Women and crack-cocaine. Edited by.Mac-Millan Publishing Company.1993

- Jarvis, T. J., J. Copeland, y L. Walton, "Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women," *Addiction* 93 (6): 865-875 (1998).
- Jarvis, T.J., "Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review," *British Journal of Addictions* 87: 1249-1261 (1992).
- Kaskutas, Lee Ann et al., "Women's programs versus mixed-gender day treatment: results from a randomized study," *Addiction*, Jan2005, Vol. 100 Issue 1, p60-69, 10p Abstract 100 (1): 60-69 (2005).
- Kingree, J. B, "Understanding Gender Differences in Psychosocial Functioning and Treatment Retention," *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 21 (2): 267-281 (1995).
- Laudet, A. et al., "Male partners of substance abusing woman in treatment: An exploratory study," *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 25 (4): 607-627 (1999).
- Lex, B. W., "Some gender differences in alcohol and polysubstance users," *Health Psychology* 10 (2): 121-132 (1991).
- Loxley, W, Bevan, J, Carruthers, S. Sex, gender, drug and risk: The Australian study of HIV and injecting drug use. *International Journal of drug Policy*. 9. 255-262. 1998.
- McMollum, EE, TS Nelson, RA Lewis y TS, Trepper. "Partner relationship quality and drug use as predictors of women's substance abuse treatment outcome ," *AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE*, 31 (1): 111-127 (2005).
- McMahon, TJ, Winkel, JD, Luthar, SS, y Rounsaville, BJ. "Looking for Poppa: Parenting Status of Men Versus Women Seeking Drug Abuse Treatment.," *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 31 (1): 79-91 (2005).
- Neale, J, "Gender and illicit drug use," *BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK* 34 (6): 851-870 (2004).
- Nelson-Zlupko, L et al., "Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness," *Journal of Substance Abuse Treatment* 13 (1): 51-59 (1996).
- OEDT. Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea. 2000.
- OEDT. Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. 2005.
- ONU. Tendencias Mundiales de drogas ilícitas. Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. 2002.
- ONU. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito. Viena. 2005.
- Prather, J, y Fidell, L. Drug use and abuse among women: An Overview. *The International Journal of the Addictions* 13(6), 863-885. 1978.

- Reed, BG., "Drug Misuse and Dependency in Women: the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group" *The International Journal of The Addictions*, 20 (1): 13-62 (1985).
- Reed, BG., "Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult?" *Journal Psychoactive Drugs* 19 (2): 151-164 (1987).
- Roberts, A, M S. Jackson, y I. Carlton-Laney, "REVISITING THE NEED FOR FEMINISM AND AFROCENTRIC THEORY WHEN TREATING AFRICAN-AMERICAN FEMALE SUBSTANCE ABUSERS," *Journal of Drug Issues* 30 (4): 901-918 (2000).
- Roberts, AC y RH Nishimoto, "Predicting treatment retention of women dependent on cocaine," *The american journal of drug and alcohol abuse* 22 (3): 313-333 (1996).
- Roberts, A C y R H Nishimoto, "BARRIERS TO ENGAGING AND RETAINING AFRICAN-AMERICAN POST-PARTUM WOMEN IN DRUG TREATMENT ," *Journal of Drug Issues*, 36 (1): 57-76 (2006).
- Rosenbaum, M, *Women on Heroin*. New Brunswick . Rutgers University Press. 1981.
- Rosenbaum, M, "Women: research and policy. Part I," *Substance Abuse, a comprehensive text book*: 654-665 (1997).
- Rosenthal, BJ, MJ Savoy, y WH Spillane, "Drug Treatment Outcome: Is sex a Factor?," *The International Journal Of The Addictions* 14 (1): 45-62 (1979).
- Rubin, Amy, Robert L. Stout, y Richard Longabaugh, "Gender differences in relapse situations," *Addiction* 91: S111-S120 (1996).
- Schmittner, John et al., "Menstrual cycle length during methadone maintenance.," *Addiction* 100 (6): 829-836 (2005).
- Silverman, I. J., "Women, crime and drugs," *Journal of drug issues*: 167-183 (1982).
- Sterk, C E, K Dolan, y S Hatch, "Epidemiological indicators and ethnographic realities of female cocaine use," *Substance use and misuse* 34 (14): 2057-2072 (1999).
- Sterk, C E y K W Elifson, "Off and on: out-of-treatment female drug users and their experiences with treatment," *American Sociological Association* (1998).
- Sterk, C. E., *Fast lives. Women who use crack cocaine*. Philadelphia. Temple University Press. 1999.
- Swift, W, Copeland, J, Hall, W. Characteristics of women with alcohol and other drug problems: finding of an Australian national survey. *Addiction*. 91(8) 1141-1150. 1996.
- Taylor, A., "Needlework: the lifestyle of female drug injectors," *Journal on drug issues* 28 (1): 77-90 (1998).
- Uziel-Miller, N. D. et al., "Treatment needs and initial outcomes of a residential recovery program for afroamerican women and their children," *American Journal on Addictions* 7 (1): 43-50 (1998).

- Walton, MA., FC. Blow, y BM Booth, "Diversity in relapse prevention needs: gender and race comparisons among substance abuse treatment patients," AM. J. DRUG ALCOHOL ABUSE 27 (2): 225-240 (2001).
- Wechsberg, WM, Dennis, ML, y Stevens, SJ. Cluster Analysis of HIV Intervention Outcomes Among Substance-Abusing Women. AM. J. Drug Alcohol Abuse. 24(2) 239-257.1998.
- Wechsberg, W. M., S. Gail Craddock, y Robert L. Hubbard, "How Are Women Who Enter Substance Abuse Treatment Different Than Men? A Gender Comparison from the Drug Abuse Treatment Outcome Study," : 97-115 (1998).
- Wells, D y Jackson, J. HIV and Chemically Dependent women: Recommendations for Appropriate Health Care and Drug Treatment Services. The International Journal of the Addictions 27(5), 571-585. 1992.
- Westermeyer, W, Craddock, SG y Hubbard, RL. How are women who enter substance abuse treatment different than men?: A gender comparison from the drug abuse treatment outcome study, en Stevens, S y Wexler, H. Women and Substance Abuse. New York. The Haworth Press. 1998.
- Westermeyer, J. y A E Boedicker, "Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men.," American Journal of Drug & Alcohol Abuse 26 (4): 523-535 (2000).

La perspectiva de género en la atención de mujeres drogodependientes

Silvia Tubert

- 1 El concepto de "género"
- 2 Qué entendemos por "género"
- 3 Lo que revela la perspectiva de género
- 4 Perspectiva de género y salud de las mujeres

1. El concepto de "género"

En las últimas décadas se ha popularizado el término "género" que, a partir de su introducción en los textos y discursos científicos se ha extendido a los medios de comunicación. Es frecuente leer o escuchar expresiones como "enfoque de género", "diferencias de género", "sistema de género" o "violencia de género". Sin embargo, debemos señalar, por un lado, que este término tiene distintas acepciones en las diversas disciplinas que lo utilizan y, por otro, que esta amplia difusión ha dado lugar a un empleo poco cuidadoso, lo que se traduce en algunos casos en aplicaciones incorrectas y conduce casi siempre a ambigüedades conceptuales. Por eso, es necesario, ante todo, revisar las significaciones de las que el género es portador para, más adelante, precisar en qué sentido lo utilizaremos en el contexto de esta publicación.

John Money, especialista en endocrinología infantil y sexólogo de orientación conductista, introdujo en 1955 los conceptos de *género* e *identidad de género* con la finalidad de explicar de qué modo las personas que presentan estados intersexuales, sobre todo los hermafroditas con caracteres sexuales corporales confusos y contradictorios, llegan a construir una identidad sexual definida que puede estar en contradicción con el sexo corporal que le asigna la medicina. La expresión *rol de género* se refiere al papel que desempeña, en la sexuación humana, la biografía social y las conductas que los progenitores y el medio social desarrollan ante el sexo asignado al recién nacido o nacida¹.

Nos hallamos así ante la paradoja de que haya sido un sexólogo el que comenzó a utilizar el vocablo *género* con un sentido médico o psicológico (y no en su acepción gramatical o lingüística).

El éxito de esta terminología llevó a la palabra género a asumir otros significados. Así, dos aspectos que Money consideraba como caras de una misma moneda se separaron: el rol de género adquirió un carácter claramente social, designando un modo de conducta prescrito y determinado socialmente, y la identidad de género pasó a aludir a la dimensión psíquica desarrollada a partir del sexo biológico asignado. Intentó posteriormente restablecer la unidad inicial mediante la expresión *rol/identidad de género*, que intenta transmitir que la identidad de género es la experiencia personal del papel de género, en tanto éste es la manifestación pública de la identidad. En cierto modo, se trataría de dos caras de una misma moneda: las dimensiones psíquica y social del sexo.

La identidad de género es la permanencia, unidad y continuidad de la propia individualidad en tanto masculina, femenina o andrógina, especialmente tal como se la vive en la conciencia y se la experimenta en la conducta. Rol de género es todo lo que una persona hace o dice para mostrar a los otros o a sí misma en qué medida es masculina, femenina o andrógina².

A partir de su origen clínico, que data de los años cincuenta, el concepto desarrolla en la década siguiente su connotación política y social. Se fortalece el empleo del género, totalmente separado del sexo, gracias a las aportaciones de autoras feministas, que consideran que un término más neutro puede ser más conveniente que sexo, en razón de las connotaciones negativas que este último tiene para las mujeres, como subordinación, asimetría, invisibilidad, doble jornada laboral, menor salario. El objetivo era mostrar que la sociedad patriarcal, y no la biología, es la responsable de la subordinación de las mujeres, que durante siglos se pretendió justificar por la diferencia sexual.

En la década de los setenta se produce el desarrollo del concepto de género en el ámbito psicosocial. Desarrollo que, aún en la actualidad, asocia el sexo a lo biológico y el género a lo social o a la definición cultural de las categorías de hombre y mujer. Es decir, se mantiene un dualismo, a pesar de que Money introdujo el concepto de género en las ciencias biológicas para poner en evidencia la dimensión psicosocial del sexo.

Consideramos, en cambio, que sexo y género son dos dimensiones de la sexualidad humana que están íntimamente relacionadas entre sí, a tal punto que no se pueden precisar los límites entre ambas. Esto significa que el sexo mismo no es una entidad puramente natural, sino que es también producto de una construcción conceptual que separa artificialmente lo biológico y lo socio-cultural, que en el ser humano son difíciles de discernir, puesto que las determinaciones procedentes de la sociedad y de la cultura actúan sobre el individuo, a través de la familia, desde su nacimiento y aún antes.⁵

Los autores y autoras que consideran al género como una categoría de naturaleza multidimensional, articulan en ella diversos enfoques. Desde el punto de vista antropológico, se estudia la creación simbólica del sexo, la interpretación cultural del dimorfismo sexual anatómico, los modelos de masculinidad y feminidad imperantes en cada sociedad. La perspectiva psicosocial o interpersonal se centra en los procesos sociales que crean y transmiten dichos modelos a los individuos; en este sentido, el género es un organizador de las estructuras sociales y de las relaciones existentes entre los sexos: la división sexual del trabajo, las relaciones de poder entre hombres y muje-

res, los procesos de socialización y de interacción social. El enfoque psicológico se ocupa del desarrollo de la identidad y del rol de género, es decir, "la vivencia personal del género" y los ideales que inciden en la conducta, la percepción de la realidad y la estabilidad emocional⁶.

2. Qué entendemos por "género"

El concepto de género fue introducido en la teorización feminista en los años setenta. Ha tenido una especial relevancia en los países anglosajones en la medida en que permitió subrayar, por un lado, la ocultación de la diferencia sexual bajo la aparente neutralidad de la lengua y, por otro, poner de manifiesto el carácter de construcción socio-cultural de esa diferencia. Sin embargo, como decíamos, en las últimas décadas su uso se ha extendido de una manera excesiva generando ambigüedad y confusión.

Una de sus paradojas más notables es que, a pesar de que género se define fundamentalmente por su oposición a sexo, es frecuente encontrar en textos científicos y periodísticos una simple sustitución del segundo por el primero.

Este empleo inadecuado del término elimina la potencialidad analítica de la categoría para reducirla a un mero eufemismo, políticamente más correcto. El problema es que de este modo se encubren, entre otras cosas, las relaciones de poder entre los sexos, como sucede cuando se habla de violencia de género en lugar de violencia de los hombres hacia las mujeres: una categoría neutra oculta la dominación masculina. Luego, es necesario delimitar los alcances del concepto para emplearlo adecuada y no abusivamente.

Habitualmente se entiende que el sexo corresponde al plano biológico, en tanto que el **género** es el producto de una construcción socio-cultural. Pero es necesario aclarar que cuando empleamos el término **género**, en este contexto, no queremos reproducir la oposición naturaleza-cultura ni aceptar el dualismo cuerpo-mente que han marcado al pensamiento occidental desde sus orígenes. Como ya hemos indicado, la polaridad sexo/género no corresponde a una diferencia real sino que, en verdad, es producto de una operación cultural que establece artificialmente límites dentro de un continuo. Entendemos que es imposible distinguir en el sujeto aquello que resulta de su condición biológica y aquello que ha sido generado por su formación en el seno de un universo humano, lingüístico y cultural.

Desde otro punto de vista, sabemos que los síntomas somáticos de origen psíquico muestran los efectos que pueden tener los procesos simbólicos sobre el cuerpo, que se suele percibir como lo más natural en el ser humano. En efecto, el funcionamiento del cuerpo no se explica exclusivamente por su condición de organismo, sino que requiere ser considerado asimismo como una escena en la que pueden desplegarse los conflictos psíquicos.

La historiadora Joan Scott propone una definición compleja y multidimensional que se apoya en dos enunciados relacionados entre sí: 1) el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y 2) también es una forma primaria de relaciones significantes de poder. En su primer aspecto, el género incluye:

1. Los *símbolos* de la feminidad y la masculinidad culturalmente disponibles, que evocan representaciones múltiples y a menudo contradictorias. El ejemplo que menciona Scott, y seguramente no es casual, se refiere a Eva y María como símbolos de la mujer en la tradición occidental.
2. Las *normas* derivadas de la interpretación de esos símbolos, como las propuestas por las doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino, rechazando posibilidades alternativas, como si esas normas fueran producto del consenso y no del conflicto.
3. Las *instituciones y organizaciones sociales*, tales como los sistemas de parentesco, pero también el mercado de trabajo, la educación y la política.
4. Finalmente, la construcción de la *identidad subjetiva*.

La segunda parte de la definición corresponde a las relaciones significantes de *poder*, aunque el género no es el único campo en el cual o por medio del cual se articula el poder, entendido como el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, o el acceso a los mismos.

En suma, usaremos el término género para referirnos al sistema simbólico que construye las categorías de masculino y femenino. Este sistema se vincula con las relaciones de poder que determinan la subordinación de las mujeres y que se manifiestan en todos los ámbitos de la vida: económico, político, social, cultural, educativo, religioso y familiar. Es decir que, a la vez, es generado por esas relaciones de poder y contribuye a sustentarlas.

El sistema de género incide en la formación de la personalidad de mujeres y hombres en la medida en que las categorías de feminidad y masculinidad se presentan como modelos ideales con los cuales los seres humanos se identifican en el proceso de socialización. De este proceso resultan unas diferencias que tradicionalmente han sido consideradas como naturales, biológicas o innatas, pero los estudios antropológicos, históricos, sociológicos y psicológicos demuestran que son producidas por los sistemas simbólicos en los que estamos inmersos, así como por los discursos y las prácticas sociales que nos configuran como seres humanos.

3. Lo que revela la perspectiva de género

Durante siglos se ha considerado a lo masculino como sinónimo de la humanidad en general, negando o reprimiendo el elemento femenino de aquella. Es decir, al erigir lo masculino en modelo universalmente válido (lo que define esencialmente al androcentrismo propio de toda sociedad patriarcal) se borran las huellas de lo femenino que queda, de este modo, excluido del mundo de la representación y de la cultura, excepto bajo una forma puramente negativa, como reverso, carencia o fallo de lo masculino. Luego, el reconocimiento y la búsqueda de las huellas ocultas del principio femenino nos lleva, necesariamente, a redefinir lo humano y a cuestionar los modos de representación tradicionales de cada uno de los sexos y de la relación entre ambos.

Debemos recordar que los términos *masculino* y *femenino* no son sinónimos de *hombre* y *mujer*. Una cosa son los hombres y mujeres como entidades empíricas, en un doble sentido: como seres diferenciados naturalmente por sus caracteres sexuales anatómicos y como grupos socialmente diversos a los que se asigna y de los que se espera el desempeño de determinados roles, es decir, como colectivos socialmente existentes. Y otra cosa muy distinta son las representaciones de la feminidad y la masculinidad, que no tienen una existencia empírica sino que, como ya he mencionado, son construcciones teóricas de contenido variable según los grupos humanos y los momentos históricos. Es decir, se trata de creaciones culturales que se ofrecen (o se imponen) a los sujetos como modelos ideales que, a su vez, son incorporados por cada uno bajo la forma de un *ideal del yo*. Este ideal va a orientar el comportamiento, la imagen de sí y la auto-estima de hombres y mujeres. Tanto su percepción de sí mismos como sus metas y aspiraciones estarán regulados por los ideales.

Pero el hecho de que cada uno de nosotros, sea hombre o mujer, se identifique en su infancia con los progenitores de ambos sexos, así como con otras figuras significativas de su ambiente portadoras de los ideales culturales referentes a los sexos, determina que no alcancemos nunca una identidad total y absolutamente masculina o femenina. De hecho, cada ser humano integra rasgos y características mezclados en diversas proporciones, viéndose obligado a reprimir o anular todo aquello que no corresponde a lo que los valores que ha asumido definen como propio de su sexo.

En efecto, no existe ninguna cultura en la que no podamos observar un reconocimiento de la diferencia entre los sexos, pero ésta no tiene ningún significado esencial. Se trata de una cuestión fundamental tanto para la sociedad como para cada persona en particular, puesto que lo que está en juego es un problema esencial: la necesidad de articular el reconocimiento de la diferencia entre los sexos con el de la igualdad de hombres y mujeres en tanto miembros del género humano. Es tan angustiante para el sujeto la separación absoluta de los sexos, como si se tratara casi de dos especies diferentes, como la identificación de ambos en una supuesta categoría universal que desconocería las diferencias existentes entre ellos.

El problema consiste en que a este reconocimiento se agrega un segundo paso, que consiste en dotar a los términos de la polaridad de unos contenidos determinados que reflejan las diversas formas de concebir y definir la feminidad y la masculinidad. Históricamente se ha universalizado uno de los dos principios en detrimento del otro; los trabajos de los etnógrafos demuestran que en todas las sociedades conocidas es el principio masculino el que se generaliza, valora e identifica con lo humano, quedando el femenino en un lugar subordinado. Evidentemente este hecho no es azaroso sino que responde a las relaciones de poder entre los sexos: la exclusión o subordinación de lo femenino en la cultura es el correlato simbólico de la sumisión de las mujeres como grupo social.

Si en el orden simbólico es el hombre quien aparece como sujeto, la mujer queda relegada al papel de objeto, de lo otro de la masculinidad, lo que equivale a decir lo otro de la humanidad. El sujeto-hombre, desde su posición de masculinidad-humanidad, construye a ese otro en función de las relaciones de dominación existentes en toda sociedad patriarcal.

Los efectos negativos de este proceso no se refieren sólo a los perjuicios que pueda ocasionar a una mitad de los seres humanos sino que afectan a la humanidad en su conjunto en tanto empobrecen nuestro acervo cultural y personal. La cosificación de la diferencia sexual, que divi-

de las categorías de masculino y femenino y las entiende como esenciales y eternas, ejerce la misma violencia sobre todos los individuos, sean hombres o mujeres, puesto que los congela en unas identidades establecidas *a priori*. Sin embargo, en el caso de las mujeres, la violencia que ejercen las definiciones esencialistas y cosificadoras se suma a la violencia material y simbólica de la subordinación económica, política y familiar.

La diferencia entre los sexos concebida en términos binarios e irreductibles liquida imaginariamente la indeterminación de los deseos de cada sujeto singular, y encubre la complejidad de la personalidad humana bajo la máscara de una identidad definida y común a todas las mujeres o a todos los hombres. Y cada una/o de nosotras/os se aferra a esa identidad, pagando el precio del empobrecimiento de su personalidad y de la limitación de sus potencialidades, porque aquella permite aliviar la angustia provocada por la incertidumbre derivada de la indeterminación, la multiplicidad de deseos y posibilidades, las contradicciones internas.

La perspectiva de género ha puesto de manifiesto que toda sociedad patriarcal se basa en la subordinación de las mujeres, en la explotación y apropiación de su capacidad generadora, y en su confinación al ámbito doméstico, donde su trabajo no es reconocido como tal. Pero también las teorías que dan cuenta de la diferencia entre los sexos están indefectiblemente sesgadas de manera tal que, al mismo tiempo que son un efecto de la organización patriarcal, contribuyen a su perpetuación mediante la transmisión de su ideología y sus valores.

También ha mostrado que, además de la necesidad de realizar un análisis de las diversas representaciones de las mujeres y del proceso por el que aquellas se construyen, es preciso tener presente que ninguna de ellas corresponde a un objeto realmente existente en el campo natural o social. Es decir, es necesario analizar la construcción de la mujer misma como representación y sus efectos alienantes. Estos no derivan sólo del hecho de que las representaciones patriarcales de la mujer, por ejemplo, sean falsas (en el sentido de que no corresponden a la realidad de su objeto) o peyorativas, sino que derivan también de la violencia que ejerce cualquier representación que pretenda reflejar una feminidad real o esencial, de la violencia que implica identificar lo femenino con una imagen determinada. La feminidad no consiste en un contenido fijado de una vez para siempre sino en una multiplicidad y diversidad de formas en que la mujer es construida como tal.

Si se postula lo masculino y lo femenino como categorías fijas e inamovibles, se corre el riesgo de dejar de lado las diferencias que existen entre las mujeres y entre los hombres, que no

responden nunca con exactitud a los estereotipos genéricos (al menos no es deseable que lo hagan, puesto que esa adecuación conduciría, necesariamente, a la pobreza y rigidez de la personalidad). Asimismo, unas definiciones demasiado claras y evidentes nos obligarían a ignorar las contradicciones y combinaciones de rasgos femeninos y masculinos que existen en cada mujer y en cada hombre. De modo que el cuestionamiento de los significados que se asignan a la feminidad y a la masculinidad implica inaugurar una amplia gama de posibilidades, reconocer que las características de la personalidad y los deseos singulares resultan no sólo de las diferencias entre hombres y mujeres, sino también de las diferencias que existen entre las mujeres, entre los hombres, e incluso en el seno de cada sujeto. La apertura de las categorías ofrece la posibilidad de aceptar la diversidad de formas en que hombres y mujeres pueden definir o experimentar su masculinidad o feminidad.

4. Perspectiva de género y salud de las mujeres

Resulta de utilidad establecer una diferenciación entre los siguientes conceptos: *mujeres* se refiere a la realidad biológica y social de la mitad de la humanidad; *sexualidad femenina* corresponde a la posición que asume la mujer en tanto sujeto sexuado, es decir, en relación a la estructuración de su propio deseo sexual (que no es unitario sino que varía de un sujeto a otro); *feminidad*, en cambio, alude a la intersección de la mujer con el orden cultural, en tanto lo femenino no concierne al cuerpo biológico de las mujeres sino a una norma estadística (cómo son predominantemente las mujeres de una sociedad o grupo social) y a un modelo que cada cultura propone como ideal para sus miembros (lo que se suele denominar género). De modo que las diferencias entre los sexos, que se consideran como naturales, en realidad son un producto histórico de las relaciones de dominación que se establecen en todo orden androcéntrico.

La diferencia anatómica entre los sexos se utiliza como justificación de una distinción establecida socialmente, sobre todo de la división sexual del trabajo y de los lugares sociales asignados a cada uno de ellos. Son muchos los autores y autoras que han estudiado los aspectos simbólicos de la dominación y sus efectos sobre el sujeto.

Así, por ejemplo, el sociólogo Pierre Bourdieu insiste en el hecho de que la violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador cuando no dispone, para representarse a sí mismo y a la relación entre ambos, de otro

instrumento de conocimiento que el que comparte con el dominador. De modo que la dominación simbólica actúa a través de las categorías de percepción, conocimiento y acción, que producen efectos duraderos.⁸

Pero cada sujeto, a su vez, sostiene y transmite inconscientemente la misma estructura que lo ha constituido y que lo limita, lo que se pone de manifiesto a través de sus creencias, actitudes, actos, valores y aún de su imagen de sí mismo. Esto implica la producción de conflictos intrapsíquicos que, al carecer de posibilidades de ser canalizados a través de la acción social o de la creatividad, ocasionan problemas de salud, tanto en el aspecto físico como en el psíquico.

John Berger analiza el proceso por el cual puede producirse una identificación con la mirada masculina, con la consiguiente división subjetiva. Berger afirma que socialmente se considera que las mujeres están ahí para satisfacer un deseo ajeno pero no para tener uno personal; el deseo de ser reconocidas como deseables contribuye a que se configuren como objetos para ser consumidos por los otros más que como sujetos de un deseo propio.

Los hombres miran a las mujeres y éstas observan cómo son miradas, lo que determina no sólo la mayor parte de las relaciones entre hombres y mujeres, sino también la relación de la mujer consigo misma: el observador existente en este caso en la mujer es masculino, en tanto que la observada sería femenina. Al experimentar su propio cuerpo como si fueran los observadores masculinos de sí mismas, se transforman en un objeto, en particular en un objeto visual.⁹ Existen por y para la mirada de los demás, lo que las coloca en un estado permanente de inseguridad corporal o, en otros términos, de dependencia simbólica.

Fraad habla de una exigencia triplemente contradictoria que se impone mediáticamente a las mujeres en la actualidad: 1. Que sean "femeninas" y se centren en el ámbito doméstico en una sociedad en que las necesidades se perciben como una molestia (es decir, lo femenino es exigido y desvalorizado al mismo tiempo); 2. Que se centren en la competencia y el rendimiento en los ámbitos social y político en los que actúan con desventaja (que participen en los ámbitos en los que han de enfrentarse con más obstáculos); 3. Que se centren en el sexo y sean atractivas en un espacio público en el que esa actitud entraña riesgos.¹⁰ Evidentemente, estas exigencias contradictorias constituyen otros tantos caminos sin salida puesto que, sea cual fuere la opción que escojan, se sentirán en falta y experimentarán los consiguientes sentimientos de culpabilidad por no adecuarse al ideal.

Todas estas consideraciones ponen de manifiesto la importancia de adoptar una perspectiva de género en los distintos ámbitos en los que se trabaja con mujeres.

En los últimos años, la ONU ha propiciado la incorporación de la perspectiva de género en diversas políticas y programas. Esta perspectiva se orienta a identificar y atender a las desigualdades en la salud y en la atención a las drogodependencias que se vinculan con las relaciones de poder entre hombres y mujeres. El logro de este objetivo permitirá obtener mejoras importantes en el terreno de los derechos humanos, de la igualdad y de la salud.

Así, en relación con las políticas sanitarias, "existen cada vez más indicios en todos los ámbitos de investigación de la salud, en el área de la biomedicina así como en el campo de lo social, de que los factores de riesgo, los mecanismos biológicos, las manifestaciones clínicas, causas, consecuencias y manejo de la enfermedad puede ser diferente entre los hombres y las mujeres. En estos casos, la prevención, tratamiento, rehabilitación así como la atención necesitan ser adaptados a las mujeres y los hombres. Es importante realizar investigaciones que valoren estas diferencias en los modelos de salud y enfermedad en función del sexo. Por tanto, debería ser mayor el reconocimiento de la necesidad de métodos cualitativos de investigación para documentar y explorar algunos de los aspectos más estructurales de las desigualdades de género en la salud." ¹¹

Notas

- 1 Money J. "Hermaphroditism, Gender and Precocity in Hyperadrenocorticism: Psychological Findings", *Bulletin of The John Hopkins Hospital*, 96, pp.253-64.
- 2 Money J. y Ehrhardt A.A. (1972) *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*, Madrid, Morata, 1982; Money J. "Gender:History, Theory and Usage of the Term in Sociology and its Relationship to Nature/Nurture", *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11 (1985), pp.71-79.
- 4 Fernández J. "¿Es posible hablar científicamente de género sin presuponer una generología?", *Papeles del psicólogo*, N°76 (2000), pp.3-10. Cf. del mismo autor, *Nuevas perspectivas en la medida de la masculinidad y feminidad*, Madrid, Ed. de la Universidad Complutense de Madrid, 1983; *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*, Madrid, Pirámide, 1996; *Género y sociedad*, Madrid, Pirámide, 1998.
- 5 Para un estudio sobre la construcción científica de la diferencia sexual anatómica, cf. el documentado trabajo de

Laqueur Th. (1990) La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta hoy, Madrid, Cátedra, 1994.

- 6 García-Mina Freire, A., "A vueltas con la categoría género", Papeles del psicólogo, N°76 (2000), pp.35-9.
- 7 Monod, J. (1970), El azar y la necesidad, Madrid, Tusquets, 1988.
- 8 Bourdieu, P. La dominación masculina, Barcelona, Anagrama, 2000.
- 9 Berger, J. Modos de ver.
- 10 Fraad, H, "Anorexia as Crisis Embodied", en Fraad, Resnick y Wolff, Bringing it All Back Home. Class, Gender and Power in the Modern Household, Londres y Boulder, Pluto Press, 1994, pp.112-131.
- 11 Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa, Madrid, 2001. Madrid, Instituto de la Mujer, 2002, p.

Segunda parte

- 3 Obstáculos para el acceso al tratamiento.
- 4 El proceso de intervención en mujeres con drogodependencia.
Pautas para incluir la perspectiva de género.
- 5 Mujeres consumidoras y sus familias de origen.
- 6 La dimensión relacional como clave en el proceso de adicción y recuperación
- 7 La autoestima de las mujeres con drogodependencia y su recuperación en el proceso terapéutico.
- 8 Salud sexual de las mujeres drogodependientes.
- 9 La maternidad de las mujeres con drogodependencias desde una perspectiva de género.
- 10 Mujeres drogodependientes y maltratadas.
- 11 La intervención social

Los obstáculos de acceso al tratamiento

Carmen Meneses

- 1 Obstáculos relacionados con el modelo de atención
- 2 Aspectos relacionados con las circunstancias personales y sociales

Las mujeres tienen mayores dificultades y obstáculos para acceder a la red asistencial que los varones. Las dificultades que se encuentran están relacionadas con el modelo de atención o tienen que ver con las circunstancias culturales, sociales y personales de las usuarias.

1. Obstáculos relacionados con el modelo de atención

En la primera parte del capítulo, expondremos aquellas circunstancias que dificultan el acceso y continuidad de las mujeres en los tratamientos y que se relacionan con las características de los programas. Dos aspectos generales han sido planteados como una dificultad importante:

- En primer lugar, los programas carecen de una perspectiva de género, lo que supone no tener presente las necesidades de las mujeres tanto en la elaboración como en el desarrollo de los mismos (Prather y Fidell, 1978; ONU, 2005: 63). Estas carencias son debidas a la falta de reconocimiento de las diferencias de género por parte de quienes planifican la intervención y de los y las profesionales (Reed, 1985 y 1987).
- En segundo lugar, faltan modelos y procedimientos de intervención más adecuados para el tratamiento de los problemas de drogas en las mujeres, debido al desconocimiento de los programas más pertinentes para ellas (Prather y Fidell, 1978; Wells y Jackson, 1992) y, también, porque al utilizar la categoría de género no se tienen en cuenta las diferencias culturales (Wells y Jackson, 1992; Roberts y cols. 2000). Es decir, los programas deben adecuarse a las circunstancias particulares de los usuarios y las usuarias considerando sus especificidades culturales y modelos ideales de feminidad y masculinidad existentes en cada sociedad.

Otras situaciones las dividiremos en aquellas que suponen una barrera para acceder al tratamiento y las que se relacionan más con el desarrollo del programa.

Barreras para el acceso al tratamiento

Diversos trabajos han indicado algunas situaciones inherentes a los programas y a los y las profesionales de los mismos:

- Detección tardía de los problemas de drogas en las mujeres. Pueden ser muchas las variables que dificultan el reconocimiento de su dependencia a sustancias: la ocultación por

parte de las mujeres o la vida social normalizada de muchas de ellas dificulta que los y las profesionales identifiquen su problemática; los protocolos de recogida de datos y que para la realización del diagnóstico no se contemplen las diferencias entre mujeres y hombres, debido, como hemos mencionado, a la ausencia de perspectiva de género.

- La influencia de los estereotipos sobre las mujeres con drogodependencia en los y las profesionales de los dispositivos asistenciales y de la investigación y sus actitudes hacia ellas (Prather y Fidell, 1978; Nelson-Zlupko y cols. 1996; Roberts y cols. 2000; Hedrich, 2000; Roberts y Nishimoto, 2006). El escaso número de mujeres atendidas puede generar estereotipos que se generalicen a todas las mujeres con drogodependencias (Reed, 1987), así como no tener presente su diversidad.
- Muchas veces los problemas de salud mental enmascaran el uso de drogas y no son identificados por el personal médico de atención primaria (Westermeyer y Boedicker, 2000). En muchas ocasiones, la falta de tiempo por parte de los y las profesionales de la atención primaria puede generar la prescripción de psicofármacos (Romo y cols., 2004).
- La falta de horarios flexibles y de capacidad de respuesta inmediata. (Downey y cols. 2003; ONU, 2005).

Dificultades para continuar el tratamiento

En otras ocasiones, las mujeres inician el programa de tratamiento pero a lo largo del mismo se encuentran con obstáculos que dificultan su continuidad, debido a que sus condiciones iniciales y personales pueden ser más precarias si las comparamos con los varones.

- Los estilos de atención y de terapia no están adaptados a las condiciones y necesidades de las mujeres. La posibilidad de una atención individual continuada, así como los grupos específicos para mujeres, apenas se ofertan cuando parece que ofrecen mejores resultados (Nelson-Zlupko y cols. 1996).
- Los y las profesionales pueden tener la falsa idea de que la drogodependencia en las mujeres es más severa y difícil de abordar que en los varones, proyectando inconscientemente estas expectativas en su intervención. Además, pueden pensar que responden peor al tratamiento, tienen más recaídas y abandonos y que los resultados serán peores.

- Las mujeres presentan más problemas de salud mental que los varones lo que requiere la oferta de servicios complementarios, ya sea desde el propio programa de tratamiento o externos al mismo, pero en estrecha colaboración y coordinación (Reed, 1985; Wells y Jackson, 1992; Swift y cols. 1996).
- La vulnerabilidad a la violencia es mayor en las mujeres, considerando que la violencia no solo es ejercida por sus parejas sino que dentro del contexto de tratamiento pueden surgir situaciones de acoso por parte de los usuarios varones (Nelson-Zlupko y cols. 1996).
- Muchas mujeres han vivido abusos sexuales en la infancia o agresiones sexuales durante la historia de consumo, por lo que los traumas generados deben ser abordados durante el tratamiento, aunque no siempre se contempla esta intervención (Ladwing y Andersen, 1989; Covington, 1997; Cosden y Cortez-Ison, 1999)
- Muchos programas, a lo largo del proceso de tratamiento, no tienen presente las necesidades de capacitación profesional y empleo que requieren las mujeres (Wells y Jackson, 1992; Amaro y cols. 1999; Hedrich, 2000).

2. Aspectos relacionados con las circunstancias personales y sociales

Existen algunos condicionantes de género -sociales y personales- que pueden dificultar el acceso y continuidad del tratamiento en las mujeres. A continuación exponemos los más relevantes:

- Las mujeres perciben que los programas no ofrecen servicios que respondan a sus necesidades sociales y personales (Longshore y cols. 1003). Destacan la falta de servicios de atención a sus hijos e hijas (guarderías) mientras ellas están en tratamiento, así como la orientación y formación sobre la crianza y educación en la infancia (Nelson-Zlupko y cols. 1996; Westermeyer y Boedicker, 2000). Ellas viven con sus hijas e hijos y son las responsables de sus cuidados sin ningún tipo de apoyo (McMahon y cols, 2005). Son su principal fuente de motivación para ponerse en tratamiento (Faulpe y Hanke, 1993) pero a la vez la mayor dificultad para continuar (Grella y Joshi, 1999).
- Las parejas cuando son consumidoras de drogas pueden interferir en el contacto e inicio del programa de tratamiento y no prestar el apoyo que necesitan o, incluso, oponerse a la

realización del mismo (Eldred y Washington, 1976; Angli y cols. 1987; Jarvis, 1992; Grella y Joshi, 1999). Las mujeres pueden no acceder a los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, porque ellos no comparten la decisión de abandonar el consumo, o porque imaginan que los/las profesionales les pueden aconsejar la ruptura con su compañero. En otras ocasiones, tienen menos conocimientos de los recursos y servicios existentes, puesto que su consumo puede ser privado y supeditado a su pareja.

- Tienen menos apoyo familiar o social para realizar un tratamiento, ya que muchas han abandonado las relaciones familiares casi al comienzo de su consumo, encontrándose aisladas y sin redes de apoyo. (Robinson, 1984; Boyd y Guthrie, 1995; O'Dell y cols. 1998; Curtis-Boles y Jenkins-Monroe, 2000).
- Las propias mujeres con drogodependencia pueden considerar que su consumo no es un problema prioritario porque viven otros problemas que requieren una resolución más inmediata, como la violencia y el maltrato (Brown y cols. 2000; Farris y Fenaughty, 2002).
- La estigmatización social de las mujeres con problemas de drogas, por transgredir los comportamientos asignados a las mujeres, supone un obstáculo para que se pongan en contacto con la red de tratamiento por el miedo al juicio moral hacia ellas (Hedrich, 2000). Acuden en mayor medida al sistema de salud, generalmente a los servicios de atención primaria, y pueden ocultar sus problemas con el consumo de sustancias (Forth-Finegan, 1991; Jarvis, 1992).
- Dicha estigmatización genera importantes sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima que también operan como obstáculos en el acceso a la red de atención a las drogodependencias. La posible descalificación como una mala madre y las consecuencias que ello puede conllevar, como la pérdida de la custodia de los hijos e hijas es una importante razón para no ponerse en contacto e iniciar el tratamiento o, por el contrario, ser la principal motivación (Jarvis, 1992; Grella y Joshi, 1999; Ferrari y cols. 1999; Hedrich, 2000) en la demanda del tratamiento.
- Deterioro de su estado de salud, tanto físico como psíquico, manifestándose en ellas el sentimiento de impotencia, incapacidad y fracaso personal para comenzar un cambio.
- Condiciones de vida desfavorables, con bajos ingresos, comportamientos de alto riesgo

para su salud y un estilo de vida precario. Aunque estas situaciones pueden darse en los varones, en el caso de las mujeres se relacionan con otros factores, como el estigma social o los sentimientos de culpa y vergüenza, lo que supone una mayor dificultad para el inicio del tratamiento (Goldberg, 1995; Hedrich, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Amaro, H, Nieves, R, Wolde, S, Labault, NM. Substance Abuse Treatment: Critical Issues and Challenges in the Treatment of Latina Women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 21, 3, 266-282.1999
- Angli, MD, Hser, y, MW Booth. Sex Differences in Addict Careers. 4. Treatment. *AM.J. Drug Alcohol Abuse*. 13, 3, 253-280.1987.
- Boyd, CJ. y B Guthrie, "Women, their significant others and crack cocaine," *American Journal of Addcitions* 5 (2): 156-166 (1996).
- Brown, VB, Melchior, LA, Panter, AT, Slaughter, R, y Huba, GJ. "Women's steps of change and entry into drug abuse treatment a muktidimensional stages of change model," *Journal of substance Abuse Treatment* 18: 231-240 (2000).
- Cosden, M. y E. Cortez-Ison, "Sexual abuse, parental bonding, social support, and program retention for women in substance abuse treatment," *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (2): 149-155 (1999).

- Covington, S. 1997. Women, Addiction and Sexuality. In Gender Issues in Addictions: Men and woman in treatment. Edited by L Straussner and E. Zelvin. Jason Aronso.
- Curtis-Boles, H. y V. Jenkins-Monroe, "Substance Abuse in African American Women," Journal of Black Psychology 26 (4): 450-469 (2000).
- Downey, L, DB Rosengren, y DM Donovan, "Gender, waitlists, and outcomes for public-sector drug treatment," JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT 25 (1): 19-28 (2003).
- Eldred, CA. y P. Washington, "Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their roles in treatment outcome ," International Journal of the addictions 11 (1): 117-130 (1976).
- Farris, CA y Fenaughty, AM. Social isolation and domestic violence among female drug users. AM.J. Drug Alcohol Abuse. 28.339-351. 2002.
- Faupel, C. E. y P. J. Hanke, "A comparative analysis of drug-using women with and without treatment histories in New York City ," International Journal of the Addictions 28 (3): 233-248 (1993).
- Ferrari, JR, Jason, LA, Nelson, R, y Curtin-Davis, M. An Exploratory Analysis of women and men within a self-help, communal-living recovery setting: A new beginning ina New House. AM.J. Drug Alcohol Abuse. 25.305-317.1999.
- Forth-Finegan, Jahn L., "Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review," en Bepko, CL. Feminism and Addiction. The Haworth Press. New York. (1991).
- Goldberg, M, "Substance-Abusing Women: False Stereotypes and Real Needs," Social Work 40 (6): 789-798 (1995).
- Grella, Ch. E., V Joshi. Gender Differences in drug treatment careers among Clients in the Nacional Drug Abuse Treatment Outcome Study. AM. J. Drug Alcohol Abuse. 25(3). 385-406. 1999.
- Hedrich, D. Problem drug use by women. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).Lisboa. P-PG/ Treatment (2000) 3. Strasbourg
- Jarvis, TJ., "Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative eview," British Journal of Addictions 87: 1249-1261 (1992).
- Ladwing, GB, y Andersen, MD. Substance Abuse in women: relationship between chemical dependency of women and past reports of physical and/or Sexual abuse. The International Journal of Addictions, 24. 739-754. 1989.
- McMahon, TJ, Winkel, JD, Luthar, SS, y Rounsaville, BJ. "Looking for Poppa: Parenting Status of Men Versus Women Seeking Drug Abuse Treatment.," American Journal of Drug & Alcohol Abuse 31 (1): 79-91 (2005).

- Nelson-Zlupko, L et al., "Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness," *Journal of Substance Abuse Treatment* 13 (1): 51-59 (1996).
- O'Dell, K. J., N. H. Turner, y G. D. Weaver , "Women in recovery from drug misuse: an explanatory study of their social networks and social support.," *Substance use & misuse* 33 (8): 1721-1734 (1998).
- ONU. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito. Viena. 20005.
- Prather, J, y Fidell, L. Drug use and abuse among women: An Overview. *The International Journal of the Addictions* 13(6), 863-885. 1978.
- Reed, BG., "Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult?" *Journal Psychoactive Drugs* 19 (2): 151-164 (1987).
- Reed, BG., "Drug Misuse and Dependency in Women: the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group "The *International Journal of The addictions*, 20 (1): 13-62 (1985).
- Roberts, A C y R H Nishimoto, "BARRIERS TO ENGAGING AND RETAINING AFRICAN-AMERICAN POST-PARTUM WOMEN IN DRUG TREATMENT ," *Journal of Drug Issues*, 36 (1): 57-76 (2006).
- Roberts, A, M S. Jackson, y I. Carlton-Laney, "REVISITING THE NEED FOR FEMINISM AND AFROCENTRIC THEORY WHEN TREATING AFRICAN-AMERICAN FEMALE SUBSTANCE ABUSERS," *Journal of Drug Issues* 30 (4): 901-918 (2000).
- Robinson, SD, "Women and Alcohol Abuse: Factors involved in successful interventions," *International Journal of the addictions* 19: 601-611 (1984).
- Rosenbaum, M, "Women: research and policy. Part I," *Substance Abuse, a comprehensive textbook*: 654-665 (1997).
- Rosenbaum, M., "Women: research and policy. Part II," *Substance Abuse, a comprehensive textbook*: 654-665 (1997).
- Swift, W, Copeland, J, Hall, W. Characteristics of women with alcohol and other drug problems: finding of an Australian national survey. *Addiction*. 91(8) 1141-1150. 1996.
- Vega, A. Romo, N. Meneses, C. Gil, E. Marquez, I. y Poo, M. Mujeres y prescripción de psicofármacos: un estudio comparativo en tres comunidades autónomas. *Revista A tu salud*, nº 45, 4-10. 2004.
- Wells, D y Jackson, J. HIV and Chemically Dependent women: Recommendations for Appropriate Health Care and Drug Treatment Services. *The International Journal of the Addictions* 27(5), 571-585. 1992.
- Westermeyer, J. y A E Boedicker, "Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men.," *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 26 (4): 523-535 (2000).

El proceso de intervención en mujeres con drogodependencia: Pautas para incluir la perspectiva de género

Mónica Castaños
Mercedes Palop

- 1 Condiciones necesarias para el tratamiento con mujeres.
- 2 Intervenciones específicas en las distintas etapas del tratamiento.
 1. Fase de evaluación.
 2. Fase de deshabitación.
 3. Fase de incorporación social.
- 3 Intervención en grupo.
- 4 Mujeres con dificultades añadidas.
- 5 Reflexiones finales

1. Condiciones necesarias para el tratamiento con mujeres

La relación terapéutica es uno de los elementos que sostiene el tratamiento, muy especialmente en el caso de las mujeres. La dimensión relacional es un elemento clave en sus vidas, y también lo es en su recuperación. Ahora bien ¿qué tipo de relación sería adecuada con las mujeres drogodependientes durante el proceso de recuperación?

Es necesario establecer una **relación empática, aceptante y cuidadosa**, sensible para detectar y cuestionar prejuicios que interfieran en ella. En este sentido, la estrategia de la confrontación que, en ocasiones, se ha utilizado con drogodependientes varones con el objetivo de desmontar sus defensas, en el caso de las mujeres es claramente inadecuada (incluso en situaciones en las que disponemos de argumentos sólidos, por ejemplo ante intentos de manipulación o resultados positivos en los controles toxicológicos). Es especialmente importante **evitar la confrontación** (Cuskey¹ 1982, Reed² 1985 y Naciones Unidas, 2005) porque ésta vuelve a colocar a la mujer en una posición subordinada, donde su palabra tiene poco crédito e incluso puede conducir a la revictimización, generando posiciones que lesionan su autoestima y, a menudo, facilitan abandonos prematuros del tratamiento.

La relación terapéutica puede ser puesta a prueba en situaciones que emergen a lo largo de la intervención y que, a veces, alejan o desalientan a los y las profesionales. Por ejemplo, cuando el consumo se mantiene en el tiempo o reaparecen conductas que parecían superadas. Mantener la **incondicionalidad** del vínculo es clave para reforzar la confianza y permitir la continuidad.

Por otra parte, no sólo es necesaria la calidad de la relación, sino también la asiduidad y constancia de la atención individual ya que están directamente relacionadas con mejores resultados en el tratamiento.

A lo largo de la intervención se va a producir, como en cualquier relación terapéutica, el encuentro de dos personas con sus correspondientes experiencias de vida, con sus concepciones sobre lo masculino y lo femenino, su forma de representar la realidad de la adicción, y con sentimientos mutuos que emergen en el encuentro entre paciente y terapeuta. Por tanto, se ha de tomar conciencia de estos movimientos transferenciales y contratransferenciales, y evitar respuestas que dificulten la permanencia de la mujer en el tratamiento o que impidan el bienestar emocional de los y las profesionales en el desarrollo de su trabajo.

Es fácil encontrarse con situaciones en las que las mujeres adictas se comporten según alguno de los siguientes roles:

- **Seductora.** El/la profesional ha de entender el comportamiento de la mujer, los sentimientos que despierta en él/ella, así como sus propias identificaciones y desde qué posición responde, evitando reaccionar como terapeuta desde una apreciación superficial, defensiva o enjuiciadora.

- **Víctima.** La mujer puede presentarse en una actitud de necesidad y/o vulnerabilidad sin hacerse cargo de los pasos que ella puede dar para cambiar su situación, esperando que los y las profesionales resuelvan sus problemas. A veces, esta actitud es menos evidente y se enmascara en otro discurso que utiliza el estereotipo para justificar la dificultad de hacer cambios. Por ejemplo puede argumentar "es que yo soy muy viciosa".

El/la terapeuta puede colocarse en un lugar excesivamente maternal u onnipotente, generando un vínculo que infantiliza a la mujer. Obviamente, la empatía y el acompañamiento son necesarios en situaciones de vulnerabilidad, pero siempre que la mujer asuma su responsabilidad.

- **Maternal.** En el encuentro con el o la profesional la mujer puede negar sus propias dificultades y necesidades preocupada por no sobrecargar o molestar al profesional, o intentar cuidarle, mostrando poca conciencia de su necesidad de ayuda.

Ante esta actitud conviene que el o la profesional evite identificaciones en las que se deje llevar por sentimientos de impotencia creyendo que, efectivamente, no puede facilitar la ayuda. Es fácil que esta conducta negadora exprese posiciones defensivas por parte de la paciente.

Aunque lo aconsejable sería que la mujer pudiese tomar conciencia de su forma de relacionarse, ya que cuando no es posible modificar el vínculo, pueden surgir dificultades en el proceso terapéutico. Lo que sí resulta imprescindible, para avanzar y poder intervenir adecuadamente, es que los y las profesionales sean conscientes de lo que está ocurriendo.

2. Intervenciones específicas en las distintas etapas del tratamiento

Incorporar la perspectiva de género en la intervención con mujeres drogodependientes supone tener en cuenta a lo largo del proceso y en las distintas etapas de tratamiento el hecho diferencial de ser mujeres en esta cultura y momento histórico, así como la asimetría que existe en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la diferente valoración social de ambos. Esto implica diferencias que veremos en los apartados siguientes:

1. Fase de evaluación.

Desde el primer encuentro o toma de contacto, se requiere:

- 1.1. Crear un entorno seguro y acogedor que inspire confianza.
- 1.2. Crear un espacio flexible en, al menos, dos sentidos:
 - En los horarios y momentos de encuentro, teniendo en cuenta que la disponibilidad puede ser reducida (cargas familiares u otras).
 - En la evaluación, para que pueda ser abierta y contemplar las preocupaciones y necesidades de la mujer. Se trata de dar espacio para abordar lo que ella trae, dejando si es necesario "el protocolo" a un lado.
- 1.3. Asegurar la confidencialidad y cuidar la información que damos y recibimos, en el caso de familiares, e incluso de profesionales. Hay que discernir entre la petición de confidencialidad respecto a aspectos íntimos y los intentos de manipulación, fundamentalmente en relación al consumo de drogas.

Aunque el equipo profesional comparta información sobre las mujeres a quienes atiende, debe cuidar la utilización que hace de la misma. Se puede evitar el utilizar información innecesaria que, a veces, contribuye a la estigmatización y otras, lesiona la intimidad de las mujeres. Mención especial merece el manejo de experiencias traumáticas. No todo el equipo tiene por qué ser experto en este ámbito pero, en la medida en que vamos a encontrar mujeres con ese tipo de experiencias, es necesario compartir criterios comunes de actuación y por tanto, tener unos mínimos de formación al respecto. La confidencialidad adquiere una relevancia clave y establece un marco de seguridad imprescindible.
- 1.4. Abordar contenidos que habitualmente no están incluidos en los protocolos de evaluación e intervención, y que han de ser explorados cuando trabajamos con mujeres:

- Las cargas familiares y las dificultades que puedan implicar para el desarrollo del tratamiento, atendiendo a cualquier circunstancia que pudiera favorecer abandonos prematuros.
- Los apoyos disponibles (o la ausencia de estos), teniendo en cuenta la actitud de la familia hacia la adicción de la mujer.
- La historia de consumo: aspectos relacionales, funciones que tiene o ha tenido el consumo en su mundo relacional.
- Modelos de masculinidad y feminidad con los que se identifican las usuarias.
- Existencia de posibles situaciones de violencia o abuso, en el presente o en el pasado (incluyendo la infancia).
- Sexualidad: su relación con el consumo, vivencia en la pareja y/o fuera de ella.
- Autoestima, sentimientos de culpa o vergüenza.
- Preocupación por la imagen corporal y su relación con la adicción.

2. Fase de deshabituación.

A) Objetivos terapéuticos.

A.1 Motivar para el tratamiento a largo plazo.

Transmitir un modelo de intervención, con objetivos y plazos que tenga en cuenta las causas y las repercusiones del abuso o dependencia a nivel psicológico, biológico y social, así como los condicionantes específicos por el hecho de ser mujer. Pueden adelantarse temas que se abordarán a lo largo del tratamiento: relaciones personales, autoestima, situaciones de violencia u otras, sobre todo, cuando la evaluación apunta hacia estas áreas de conflicto (ver más adelante el punto A.7).

Sería adecuado señalar objetivos deseables; aquellos que clínicamente suponen un mejor pronóstico, como puede ser la abstinencia a otras sustancias distintas de la principal droga de consumo, pero dejando claro que es la mujer quien tomará las decisiones y establecerá los objetivos, y que los y las profesionales le apoyarán en ese proceso.

A.2 Identificar medidas de control externo que faciliten la abstinencia.

Es necesario conocer las medidas de control que ya se estén utilizando para facilitar la abstinencia, u otras que pudieran implementarse. Hay que tener en cuenta las situaciones de abuso o de violencia que el control externo pudiera facilitar o reforzar; por tanto, una evaluación muy cuidadosa respecto a quién y cómo se aplican las medidas de control sobre la mujer. Es prioritario la seguridad de la usuaria.

A.3 Identificar recursos de las mujeres.

Identificar junto con ellas los recursos personales y apoyos externos que le faciliten el mantenimiento de la abstinencia y, por otra, que le permitan recuperar sus sentimientos de valía y fortalecer su autoestima.

A.3.1 Recursos personales:

- Validar gestos, acciones, actitudes que han mantenido en situaciones muy difíciles a lo largo de su vida, incluyendo las etapas de consumo.
- Resignificar habilidades personales utilizadas durante periodos de consumo, dándoles una nueva función. Por ejemplo, su capacidad para establecer relaciones, buscar alternativas, perseverar en un objetivo, etc.
- Reflexionar sobre estrategias inadecuadas para el logro de objetivos (manipulación, seducción, histrionismo...). Identificarlas, comprender su origen y también las consecuencias que tienen para ellas mismas. Buscar las alternativas más convenientes hacia ellas y su entorno.
- Aprender a reconocer y validar sus necesidades personales.

A.3.2 Apoyos externos:

- Facilitar que la familia se convierta en un apoyo real, sin que le exija más por el hecho de ser mujer.
- Recuperar y revalorizar antiguas relaciones, especialmente con otras mujeres.
- Promover la participación en grupos de mujeres dentro y fuera de los centros de tratamiento (Casa de la Mujer...).
- Facilitar una coordinación estrecha, la derivación -cuando proceda- y el trabajo integrado entre las instituciones o servicios que intervienen con mujeres: salud mental, atención a violencia de género, servicios sociales, etc.

A.4 Identificar situaciones de riesgo específicas de las mujeres.

Entendemos por situaciones de riesgo aquellas que aumentan la probabilidad de recaída. Hemos de contemplar las situaciones que emergen de los mandatos de género, tanto por el deseo de cumplirlos, como por la negativa o la imposibilidad de lograrlo:

- Ser una buena madre.
- Ser una buena hija.
- Tener pareja.
- Estar delgada, ser atractiva y/o deseable sexualmente.
- Ser un apoyo para otros (pareja, familiares...).

Las situaciones de riesgo son diferentes para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres sabemos que están más relacionadas con estados emocionales displacenteros (tristeza, ansiedad...) y en el caso de los hombres con estados emocionales positivos, como la euforia. Entre los factores que influyen en la posibilidad de recaída de las mujeres drogodependientes podemos encontrar los siguientes:

- Sentimientos de soledad.
- Sentimientos ansioso-depresivos (que pueden intensificarse con la abstinencia).
- Sentimientos de culpa.
- Aumento de peso corporal tras abandonar el consumo.
- Exigencia elevada hacia ellas mismas, como querer avanzar rápidamente y/o cumplir "apropiadamente" en todos los ámbitos de su vida.
- Emergencia de recuerdos y sentimientos derivados de situaciones traumáticas vividas anteriormente.
- Sobrexigencia familiar en el proceso terapéutico; bien, porque a las mujeres se les piden más responsabilidades en casa, mayor estabilidad emocional... o bien, porque resulta difícil para la familia aceptar que tengan espacios propios (de tiempo libre, de autocuidado u otros).
- Tener o haber tenido una pareja consumidora y/o tener dificultades para distanciarse de ella.

A.5 Desarrollar estrategias de prevención de recaídas.

A.5.1 Aprender a identificar, reconocer y manejar los deseos de consumo, sin olvidar que las mujeres suelen presentar mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Parece importante ayudarlas a manejar su ansiedad sin recurrir exclusivamente a la ayuda farmacológica.

A.5.2 Incorporar la perspectiva de género en el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante las dificultades:

- Cuestionando estereotipos y roles de género que, como decíamos, pueden invisibilizar ciertas situaciones de riesgo.
- Desvelando las funciones que cumple el consumo de drogas para luego buscar alternativas, reconociendo el dolor y la dificultad que implica este proceso.

A.5.3 Conocer el proceso de recaída y desarrollar estrategias de intervención para cada etapa del mismo, teniendo en cuenta la dificultad para comunicárselo a sus profesionales de referencia. Las mujeres pueden percibirlo como un fracaso en la relación ("he fallado"), una decepción, una vergüenza generando intensos sentimientos de culpa.

Señalamos esta circunstancia, que también se observa en los varones drogodependientes, por la dificultad añadida que supone la tendencia a la autoinculpación, presente en muchas mujeres.

A.6 Desarrollar habilidades relacionales.

Serían aquellas que facilitan las relaciones personales fuera de los ambientes de consumo, especialmente habilidades de autoafirmación. El objetivo es dotar de estrategias que vayan más allá de la expresión emocional. Debemos acompañar a las mujeres en el desarrollo de habilidades que aumenten su capacidad de autoafirmación frente al otro. Nos referimos a habilidades para/de:

- Expresión de necesidades y deseos.
- Decir no y establecer límites.
- Autoreforzo.
- Expresión de opiniones y desacuerdos.
- Toma de decisiones.
- Expresión de emociones negadas tradicionalmente en las mujeres, como el enfado o el placer.
- Habilidades de negociación, especialmente en el contexto íntimo de una relación de pareja.

A.7 Detectar posibles áreas de conflicto.

Podemos señalar dos grandes objetivos: 1) aumentar el nivel de conciencia que la mujer tiene sobre sus propias dificultades; y 2) motivar para el cambio relacionando sus dificultades con el consumo de drogas, con el hecho de ser mujer y con los estereotipos sociales en torno al género. Como ya adelantábamos, es necesario prestar especial atención a las siguientes áreas:

- Autoestima.
- Relaciones personales: Dependencia emocional.
- Sexualidad.
- Relaciones familiares.
- Maternidad.
- Situaciones de violencia.

Situamos deliberadamente la autoestima en primer lugar, porque como señala Covington, 2002³: “Antes de valorar críticamente sus relaciones de pareja, las mujeres deben examinar

las percepciones de si mismas, con sus atributos, habilidades y fortalezas”; lo que, como expone en otro trabajo (1999), supone definir quiénes son ellas, así cómo se vinculan con su entorno.

Como profesionales debemos ser conscientes de que abordar estas áreas conlleva acceder a experiencias dolorosas que causan miedo, ansiedad, reacciones impulsivas... por tanto, deben ser tratadas respetando el ritmo de cada mujer. El objetivo fundamental es que la mujer permanezca en tratamiento; no se trata de ir por delante de ella, pero sí de mantener una actitud receptiva que permita detectar los momentos adecuados para abordar estos temas (cuando esté preparada para ello).

A.8 Feedback de logros.

Al finalizar la primera fase de tratamiento hemos de facilitar información sobre los logros alcanzados y los objetivos pendientes, comunicando a la mujer que va a iniciar una nueva fase y, por tanto, que avanza en su proceso de recuperación. En realidad, la retroalimentación sobre los logros alcanzados debe estar presente a lo largo de todo el tratamiento. También, en el caso de los hombres drogodependientes, pero adquiere especial relevancia en las mujeres como refuerzo de una autoestima habitualmente precaria.

3. Fase de incorporación social

En esta etapa del tratamiento el objetivo clave es desarrollar un proyecto de futuro (metas a corto, medio y largo plazo) en las distintas áreas de vida (formativo laboral, familiar, lúdica, social, económica, personal). Esto supone promover las derivaciones o coordinaciones necesarias con el resto de profesionales y/o recursos. Puesto que esta publicación incluye un capítulo sobre la intervención social con mujeres drogodependientes, en la que se detallan objetivos y posibilidades en este sentido, destacaremos brevemente algunas claves a tener en cuenta:

a) A nivel formativo laboral.

- Dar un espacio para abordar la presencia o ausencia del deseo de desarrollarse laboralmente. Ambas posibilidades deben explorarse y analizarse con la mujer, atendiendo a los mandatos de género internalizados y a las dificultades que afrontan en su entorno.

b) A nivel familiar:

- Promover un proyecto personal que incluya o no la pareja y que incluya o no la mater-

nidad. Como señalábamos en relación al trabajo, todas estas posibilidades deben explorarse y analizarse con la mujer atendiendo a los mandatos de género interiorizados y a sus deseos y necesidades personales. Se trata de facilitar la toma de conciencia respecto a diferentes modelos de ser mujer y a posicionarse frente a ellos, eligiendo o creando el suyo propio.

- Acompañar en la elección de la forma de relacionarse con los distintos miembros de la familia, especialmente cuando la disfuncionalidad de la familia ha sido fuente de situaciones traumáticas o de violencia.

- Acompañar a las mujeres en la aplicación de modelos equitativos de reparto de responsabilidades domésticas y en la atención a hijos e hijas o personas enfermas a su cargo.

c) A nivel social:

- Aprender a establecer y mantener relaciones que no desvaloricen el hecho de ser mujer.
- Establecer una red social en la que también haya relaciones propias (no sólo las que se comparten con la pareja o familia), revalorizando las relaciones entre mujeres e incluyendo espacios comunitarios.

d) A nivel personal:

- Promover el aprendizaje, el desarrollo intelectual y emocional.
- Recuperar sus deseos como algo valioso en sí mismo.
- Aprender a valorar la propia autonomía en sus decisiones, sus tiempos, sus espacios como un camino hacia el emponderamiento.

3. Intervención en grupo

Ya hemos reflexionado en capítulos anteriores acerca del lugar central que ocupan las relaciones en la vida de las mujeres. Podemos afirmar que las mujeres se recuperan en relación, no en aislamiento; por ello es necesario promover un espacio grupal que permita motivar al cambio, ofrecer apoyo, y facilitar la identificación con otras personas. Además, en la medida que las mujeres suelen contar con menos apoyo al inicio del tratamiento, el grupo puede convertirse en una referencia particularmente significativa.

Una cuestión previa sobre la que es necesario reflexionar tiene que ver con las consecuencias de incluir a las mujeres en grupos mixtos o la puesta en marcha de grupos exclusiva-

mente de mujeres. Trabajar con grupos en los que sólo hay mujeres, conlleva una serie de ventajas:

- La identificación con iguales permite trabajar las consecuencias del estigma sobre mujeres drogodependientes y especialmente los sentimientos de culpa derivados del incumplimiento de los mandatos de género.
- Facilitar el abordaje de temas específicos que no salen en presencia de compañeros varones como la sexualidad o la vivencia de experiencias traumáticas. Incluso en un grupo formado exclusivamente por mujeres, nunca se debe presionar para que estas compartan sus experiencias de abuso y/o violencia, si las ha habido, porque se puede revivir el trauma. Hay que respetar su ritmo y sus deseos, particularmente si hablamos de mujeres que no tienen herramientas para manejarse con el recuerdo traumático. En este sentido, los grupos de mujeres proveen de un modelo positivo que ayuda a legitimar sus sentimientos y les proporciona un soporte emocional mejor y más seguro (Finkelstein 2004).
- En grupos mixtos los hombres tienden a hablar más e interrumpen con mayor frecuencia; por el contrario, las mujeres se comportan más reservadamente en su presencia y tienden a competir entre ellas por su atención.
- Cuando las mujeres son minoritarias en un grupo, tienden a no participar en el diálogo o a relegar su experiencia en los temas significativos para ellas. Pueden silenciar u ocultar sus prioridades, tendiendo a identificarse con la experiencia masculina, desconectándose de otras vivencias íntimas derivadas de su ser mujeres. Por este motivo, la pertenencia a grupos mixtos con presencia minoritaria de mujeres puede facilitar que se magnifiquen los sentimientos de vergüenza y culpa, así como el abandono del tratamiento (Finkelstein, 2004)⁴
- En los grupos únicamente de mujeres, se recogen y cuidan mejor las experiencias y emociones íntimas que se comparten. Quizá por ello, las propias mujeres valoran estos grupos como de gran utilidad (Nelson – Zlupko et al).
- Los grupos sólo de mujeres facilitan que se desarrollen relaciones de apoyo no competitivas.

Los grupos mixtos por otra parte, también ofrecen algunas ventajas:

- La presencia mayoritaria de usuarios varones facilita poner en marcha grupos mixtos, normalmente con escasa presencia de mujeres.
- Permiten trabajar la relación entre hombres y mujeres: éstas pueden valorar su propia opinión en la cercanía de ellos, en términos respetuosos para ambos, deslindando lo afectivo y lo sexual.
- En los grupos mixtos, los hombres se benefician en mayor medida debido a que permiten un abordaje más emocional: no sólo se sienten representados en su experiencia, sino que añaden la riqueza emocional aportada por las mujeres.

Atendiendo al mayor número de ventajas que ofrecen los grupos de mujeres, consideramos necesaria su realización, como parte del protocolo de los centros de tratamiento. Sabemos que es difícil poner en marcha grupos femeninos puesto que hay menor presencia de mujeres en los tratamientos. En esos casos, y si no es posible hacer un grupo únicamente de mujeres, habrá que buscar las mejores alternativas posibles: Integrarlas en un grupo masculino con un porcentaje mínimo de mujeres, evitando la presencia de una sola mujer en un grupo de hombres. En situaciones así, la presencia de una terapeuta mujer puede ofrecer cierta compensación. Aún así, habrá que prestar apoyo individual a la mujer, para abordar sus dificultades en el grupo y explicitar las experiencias que no tiene ocasión de compartir en aquel.

En otros casos, los grupos de mujeres pueden plantearse para abordar temas específicos (abusos, violencia, sexualidad,...) o bien, en función de la fase de tratamiento (por ejemplo, crear grupos para mujeres en una primera etapa, y grupos mixtos, para más adelante, en la medida que las mujeres se hayan fortalecido y puedan participar en aquellos).

Una de las preocupaciones presentes entre los y las profesionales que trabajan en grupo con drogodependientes, es la posibilidad de que surjan en ese contexto relaciones que luego puedan facilitar una recaída. Este es un tema que debe abordarse tanto en el contexto de las citas individuales como del grupo, abordando el apoyo que se ha de ofertar, y cómo crear alianzas positivas para el cambio.

Este planteamiento permite construir relaciones positivas entre las personas que participan en un grupo más allá del encuentro formal. Relaciones que suponen un apoyo para la abstinencia en

la medida en que acompañan y atenúan los sentimientos de soledad y depresión, claves en la recuperación de las mujeres.

4. Mujeres con dificultades añadidas

En el trabajo diario los equipos profesionales atienden a mujeres cuya realidad se encuentra muy alejada de los objetivos planteados hasta ahora. Hablamos de mujeres policonsumidoras con largas historias de consumo, en situaciones de deterioro social (prostitución, aislamiento, situación de calle,...), que, a menudo, están en programas de mantenimiento con metadona, pero que apenas llegan a citas con profesionales sanitarios o sociales, y muchísimo menos con psicólogos/as. Hablamos también de mujeres que padecen un problema psiquiátrico además de la adicción.

Estas mujeres tienen dificultades añadidas no sólo por su deterioro, sino por cómo se ven a sí mismas en relación al tratamiento: no perciben que le pueda servir de ayuda, sienten vergüenza de su falta de cumplimiento, no se creen capaces de realizar cambios significativos y, probablemente, no perciben los centros de atención como un lugar que responda a sus necesidades. También los y las profesionales, ante estas mujeres, pueden sentirse impotentes y sobrecargados, con una mirada desesperanzada no ya ante el consumo, sino frente a la posibilidad de mejorar su calidad de vida.

Para abordar esta realidad, es imprescindible seguir la metodología de trabajo, aunque manteniendo un elemento que se considera básico: el establecimiento de una relación confiable, disponible que no se resquebraje con los vaivenes del consumo, posiblemente recidivante o incluso permanente. Por otra parte, será necesario adaptar los objetivos centrándolos en la mejora de la calidad de vida. La flexibilidad tanto en la metodología como en los objetivos y respuestas asistenciales, debe estar presente en todo el proceso terapéutico.

Es un reto para los y las profesionales aprender a desarrollar objetivos mínimos o intermedios, y a valorarlos como éxitos terapéuticos cuando se logran. Para ello podemos preguntar a las propias mujeres, tanto a nivel individual como colectivo, con intención de ofertar nuevas respuestas o servicios, pensados por y para ellas.

Es preciso seguir pensando diferentes alternativas para y con las mujeres. A modo de ejemplo señalamos dos experiencias novedosas en el contexto europeo, que aparecen reflejadas entre otras muchas, en la monografía de Naciones Unidas, 2005. Una de ellas, es el programa “Un momento para la mujer” que se desarrolla en Ginebra (Suiza), en el contexto de un centro de acogida mixto, de bajo umbral, con instalaciones de inyección. Ofrece un horario de reunión dedicado expresamente a las usuarias del servicio, durante dos horas, un día a la semana. No se trata de un grupo terapéutico sino de un espacio para abordar los problemas que las mujeres plantean (maternidad, hijos e hijas, violencia marital y violencia en la calle, prostitución, anticonceptivos u otros). Se entrega a las mujeres participantes un estuche de protección que contiene condones, crema lubricante, paños especiales, toallitas para las manos, un espejo, una lima de uñas, tampones y una lista de direcciones.

La otra experiencia que apuntábamos, se lleva a cabo en el Centro de Asesoramiento a Mujeres de Francfort (Alemania). Ofrece una gran variedad de servicios para mujeres en situación de exclusión social (drogodependientes de larga evolución, mujeres sin hogar, prostitutas,...), que van desde un lugar seguro con atención continuada (el Café de la Mujer), hasta asesoramiento individual, dispensario de metadona, capacitación laboral, e incluso opción a viviendas.

Otro grupo de mujeres que presenta especiales dificultades para el cambio y para el manejo terapéutico son pacientes con patología dual. Se precisa un diagnóstico que pueda revisarse en el tiempo, y la disponibilidad de un servicio de atención psiquiátrica en el centro, o en su defecto, una coordinación muy estrecha con los servicios de Salud Mental.

Dada la complejidad de la relación con la usuaria y de los propios centros (diversidad de profesionales que intervienen, diferentes áreas de trabajo, turnos, normativa, etc) puede ser interesante contar con la presencia de una supervisión externa que permita tramitar las dificultades derivadas de todo ello.

5. Reflexiones finales

No queremos concluir este capítulo sin la siguiente reflexión; iniciar un proceso de intervención con mujeres adictas desde un perspectiva de género parte de una condición indispensable, que el o la profesional haya tenido la oportunidad de profundizar sobre algunos aspectos específicos en torno a las mujeres drogodependientes. Destacamos los siguientes:

1. Adquirir **conocimientos** específicos sobre los aspectos diferenciales de hombres y mujeres en sus distintas dimensiones (biológica, psicológica y social) y de las implicaciones que tienen en la vida de hombres y mujeres con drogodependencia.
2. Reflexionar y analizar los propios **estereotipos** sobre mujeres y hombres que tenemos interiorizados como partícipes en una cultura y momento histórico concreto. Tomar conciencia de cómo funcionan los estereotipos en cada uno y cada una, y estar dispuestos a cuestionarlos con el objetivo de establecer una relación terapéutica lo más libre posible de prejuicios.
3. Revisar las propias **actitudes** ante los hombres, las mujeres y sus relaciones, para alcanzar un acercamiento respetuoso e igualitario con ambos.
4. Disponer de **herramientas terapéuticas**⁵, que permitan manejar distintas dimensiones: conductual, cognitiva, psicodinámica y relacional.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cuskey, Wt, 1982, " Female Adicction: a review of the literature" Journal of Addictions and Health ", 3 p. 3-33
- 2 Reed, B.G. 1985 "Drug Misuse and dependency in women: the meaning and implications of being considered a special population or minority group" The International Journal of the addictions, 20 p13-62
- 3 Stephanie Covington "Partners' influence on women's addiction and recovery: The connection substance abuse, trauma, and intimate relationships" National Abandoned Infants Assistance Center. University of California at Berkeley. 2002.
- 4 Finkelstein " Gender differences and their implications for substance use disorder treatment" Virginia Department of Mental Retardation and Substance Abuse Services January 2004 OSAS
- 5 Stephanie S. Covington "Helping women recover: creating gender-responsive treatment" en Handbook of addiction treatment for women: theory and practice" Ed. SLA Strausser and Brown Jossey Bass Willei. 2002

Mujeres consumidoras y sus familias de origen

Mercedes Rodríguez

1. Abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas en la mujer y su familia de origen
 - 1.1. Consecuencias de consumo relacionadas con el entorno familiar

2. Mujeres drogodependientes y familia de origen
 - 2.1. Relación madre-hija drogodependiente
 - 2.2. Relación padre-hija drogodependiente
 - 2.3. Dinámica familiar diferencial
 - 2.4. Cuando la mujer drogodependiente tiene hijos

3. Evaluación e intervención desde dispositivos especializados con mujeres drogodependientes
 - 3.1. Actitud básica del profesional o equipo interdisciplinario en la intervención
 - 3.2. Valoración
 - 3.3. Intervención familiar

La construcción subjetiva de la persona está condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La familia en este desarrollo tiene un peso importante al establecer la primera relación en la que se integran los afectos, las creencias, las expectativas y valores, cumpliendo en todo ello un papel fundamental los condicionantes de género.

Como indican Noller y Callan, 1991, la familia construye realidades. En este primer entorno de socialización se desarrolla la actitud hacia una misma y hacia los y las demás. Cada persona va creando una visión del mundo a partir de la cual se interpreta lo que sucede.

Uno de los objetivos de la familia es la crianza y crecimiento personal de quienes nacen y se desarrollan en ella. La familia como sistema de socialización, como estructuradora asigna distintas funciones a mujeres y hombres. M. Walters (1991).

Como se ha señalado en relación a esta distribución de funciones en la familia, diferentes autores y autoras señalan que los varones son socializados para desarrollar tareas instrumentales y están más entrenados para su interacción con los grupos exteriores y las mujeres son socializadas para desempeñar papeles comprensivos relacionados con el vínculo afectivo y las tareas emocionales, como mantener las relaciones y criar a los hijos e hijas en el grupo interno.

Esta distribución de funciones, a través del vínculo familiar, genera comportamientos, actitudes, conductas diferenciales y normas sociales que definen lo que es normal y lo que es desadaptativo en cada uno de los sexos. La interiorización y el cumplimiento de estas normas está vinculada a la formación del autoconcepto y la autoestima.

La transgresión de la norma no es neutral y tiene diferente peso para varones y mujeres al valorarse en función de los roles asignados.

La percepción actual parece ser de "casi plena igualdad" en las adolescentes y mujeres jóvenes con respecto a los varones. Vamos a analizar la situación en relación a la familia:

- En el ámbito familiar, Megias, E., 2002 en el estudio "Hijos y Padres. Comunicación y Conflictos" constatan diferencias en la percepción de los padres y las madres en cuanto a los roles asignados. Si bien, no se aprecian estas diferencias en hijos e hijas, ni en la valoración que realizan. Es decir los roles asignados y marcados se mantienen en las personas adultas y no se perciben tanto en los y las adolescentes.

- De forma global, para varones y mujeres los factores familiares que protegen en la adolescencia y juventud frente a la adopción de conductas desadaptadas son: el apego familiar, unas normas y pautas claras de conducta, la organización familiar, las relaciones familiares satisfactorias, la estabilidad y la cohesión familiar y el escaso hábito de consumo de drogas legales e ilegales en el entorno familiar.
- Pero ¿qué hace que las mujeres vayan paulatinamente restringiendo sus hábitos de consumo?, Quizás, nos aporte información la Encuesta Escolar, año 2002, del Plan Nacional sobre Drogas en relación a la percepción de escolares ante la actitud paterna sobre el consumo de drogas: se indica que la actitud de padres y madres en relación a los consumos es más restrictiva respecto a los y las escolares de menor edad y a las chicas; en este último caso, con la única excepción del tabaco, donde parecen mostrarse más permisivos con las hijas.
- Jennifer Butters (2004) en relación con el impacto en los pares y la desaprobación social en el uso de alto riesgo del cánnabis, encontró diferencias significativas. Hombres y mujeres disminuyen los niveles de riesgo en el consumo:
 - cuando en su entorno encuentran pocas amistades consumidoras.
 - cuando existe una percepción de la desaprobación familiar del uso de cánnabis.
- Diferentes estudios refieren que las mujeres han sido socializadas de modo que perciban las necesidades de los otros y sientan mayor responsabilidad, lo que supone un factor de protección en la escala de consumo. Las adolescentes están más fuertemente influidas por las reacciones y las acciones de otros.
- El factor de protección en los varones está más relacionado con su propia desaprobación personal. La actitud de los progenitores parece ser un factor de protección para la hija, aunque no necesariamente ésta dejará el consumo, sí le permite internalizar la desaprobación y reducir las probabilidades de la escalada en el uso de sustancias.
- Por tanto, los y las adolescentes están influidos ante el riesgo del consumo por formas diferentes de desaprobación, teniendo más fuerza en las mujeres los mensajes provenientes de los iguales y la familia, mientras que en los varones lo tiene el incremento de la autopercepción del riesgo y daño.

En esa línea, García Mina y otros (2006) refieren que los adolescentes priorizan la valoración de la salud, lo que les ofrece una mayor protección, mientras que para las adolescentes el factor de protección resulta ser el mayor apoyo social y el cumplimiento de las normas de la comunidad.

1. Abuso y/o adicción a sustancias psicoactivas en la mujer y su familia de origen

Las mujeres perciben mayor riesgo para todos los consumos salvo para el consumo de hipnosedantes, si bien una gran parte de ellas reduce progresivamente este hábito en la medida en que tiene más edad y/o se intensifican los consumos. Así mismo, la mayor parte los reduce drásticamente si formaliza una pareja, tiene hijos o trabaja, limitando o interrumpiendo la escalada de consumo.

Esta circunstancia configura un factor de protección en la mujer, pero también deja en situación de mayor exclusión, reprobación social y familiar a las mujeres que abusan de sustancias psicoactivas o han generado una dependencia. En este proceso, el mantenimiento de la relación familiar previene de una mayor vulnerabilidad y un mayor deterioro en las mujeres. La carencia o distanciamiento de la relación familiar incide desfavorablemente en el buen pronóstico del tratamiento.

En el entorno familiar, también están presentes las funciones que las mujeres deben desempeñar lo que genera una mayor exigencia, una relación de mayor conflicto con respecto a la familia de origen y, en general, con la madre.

La **afectación negativa del rol femenino que incide en el ámbito social, familiar y personal** dificulta la identificación del problema, la búsqueda de apoyos y la solicitud de tratamiento. Se genera una dualidad que dificulta la toma de decisiones:

- Se oculta el problema para evitar ser desprestigiada consumiendo alcohol u otras drogas en soledad, ahondado en el sufrimiento y la falta de apoyos.
- O, se identifica y esclarece el problema, soportando el peso de la reprobación social, familiar y propia.

Esta dualidad en la toma de decisiones no afecta únicamente a las mujeres drogodependientes, sino que incide también en todos los miembros de su familia. Tener una madre o una hija adicta en una familia causa mayor vergüenza y culpa que cuando este problema se presenta en un varón, según E. Etorre (1.998).

1.1. Consecuencias del consumo relacionadas con el entorno familiar

Silenciamiento. La declaración del problema de la adicción es para las mujeres una decisión que conlleva el riesgo de perder prestigio. Esto lleva a silenciar el problema: lo silencia la propia mujer drogodependiente y lo silencia el entorno familiar, formando parte de una estrategia que la familia puede considerar como de "protección" frente al desprestigio o la vergüenza.

Menor apoyo familiar y social frente al tratamiento. Se encuentra al iniciar el tratamiento con menores apoyos familiares y sociales que el varón.

En el estudio exploratorio del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2003), la ayuda de la familia al conocer la adicción es incondicional en la práctica totalidad de los varones (93%) y en la mayor parte de las mujeres (70,6%), aunque esta ayuda en el caso de las mujeres está condicionada a que permanezca en tratamiento.

Mayor dificultad en la normalización de las relaciones afectivas y mayor dependencia emocional.

2. Mujeres drogodependientes y familia de origen

Las mujeres acuden, en mayor medida, solas a los centros de atención a drogodependientes indicando que no quieren implicar a su familia. Suelen mantener un discurso que muestra una percepción de mayor capacidad o valentía para afrontar el problema solas. Si bien, esta percepción tendría que ver con la internalización de la culpa y de la vergüenza, que es complementaría con la existencia de una mayor dificultad para el acompañamiento por parte de la familia.

Por otra parte, aparece en mayor medida la desaprobación familiar, generándose una interacción conflictiva que favorece la salida precoz de las mujeres de la casa.

Un estudio de 158 adictos a la heroína realizado por Eldred y Washington reveló que el 73% de los varones y el 42% de las mujeres vivían con los progenitores y otros parientes cuando comenzó el uso de heroína; las cifras eran del 57% y el 33% respectivamente al iniciar el tratamiento.

En el caso de las mujeres las entradas y salidas de casa son mayores, pudiendo ascender hasta dos veces más. Estos son intentos reiterados de resolver la situación conflictiva en la familia. De hecho, según el estudio abajo referenciado, las mujeres vuelven a casa, sobre todo, cuando inician o reinician un proceso de rehabilitación o están abstinentes.

En el estudio exploratorio realizado por el Instituto de Adicciones (2003) un 29,5% de los varones y un 8,2% de las mujeres viven con la familia de origen. De los que salieron de la casa familiar, un 63% de los varones y un 79% de las mujeres han regresado en alguna ocasión. El número medio de salidas/entradas en la familia de origen es de 2,3 veces en los varones y 4 veces en las mujeres.

En relación con la comunicación a la familia del problema de la adicción, las mujeres cuentan en menor medida su situación a la familia, si bien, es identificado su problema por presentar un mayor deterioro físico y personal. Como referíamos anteriormente las mujeres perciben ayuda de sus familias en menor medida que los varones estando condicionada a la continuidad del tratamiento.

2.1. Relación madre-hija drogodependiente

Según M. Walters, a la madre se le culpa de cualquier problema emocional que pueda afectar a su descendencia. El mito de la madre perfecta y el mito de la madre negativa están muy interiorizados por parte de las mujeres, lo que genera sentimientos de culpa, devaluación y fracaso respecto a su tarea de crianza.

En relación con la crianza de las hijas, la madre les educa en un equilibrio entre potenciar la autonomía y la dependencia. Madres e hijas comparten el mundo de lo cotidiano y lo familiar.

Sobre la hija recae la expectativa de la continuidad de la familia aprendiendo progresivamente la función de madre y vinculando la familia propia con la de origen. Criar a una hija se asocia, sobre todo, con las relaciones, los apegos, las adhesiones y el mantenimiento de la vida familiar.

Con frecuencia, aparece mayor conflicto madre-hija debido a que se juega la continuidad del mundo intrafamiliar y porque la madre siente con mayor intensidad el fracaso de la crianza, al tener que ver con su propio rol. La conflictividad de la drogodependencia es soportada por la madre y la hija, si bien, la madre se percibe ineficaz y desesperanzada y la hija no comprendida/atendida. Se genera un conflicto/rechazo mutuo que hace muy difícil que la madre pueda afrontar el problema, conllevando el que la hija se autoexcluya con mayor facilidad de la familia. Cuando la dependencia avanza, según Etorre (1998), el ciclo continuo de los cuidados se pone en peligro.

Las relaciones entre madres e hijas están especialmente marcadas por la ambivalencia entre los deseos y los temores de la proximidad y los deseos y temores del distanciamiento, también entre el afecto intenso y el conflicto, por lo que la intervención debe intentar buscar constantemente nuevas formas de equilibrar la proximidad y la distancia. (M. Walters, 1991).

En todos los casos, la drogodependencia produce en el padre y en la madre una disminución de la autoestima, pero en el caso de los varones, parecería que las madres sienten que pueden resolver mejor este problema.

La madre intenta solucionar el fracaso, máxime cuando ha recibido el mensaje de preocupación por los otros. Esta situación produce que la madre reiteradamente se responsabilice de las conductas de sus hijos e hijas, pero en el caso de los varones esta tarea resulta más fácil, en la medida que no afecta directamente a la continuidad y dinámica intrafamiliar aunque genera otras dificultades.

En el caso de las hijas drogodependientes está presente un sentimiento dual: que una hija es susceptible de ser cuidada y que una hija debería asumir junto con la madre el rol de apoyo a los cuidados y a las relaciones intrafamiliares. Este vínculo dual con la hija supone conflictos en las relaciones manteniéndose el bloqueo de la relación.

El bloqueo en la relación es un aspecto clave a tener en cuenta en el tratamiento de este conflicto, debiendo contemplarse el vínculo madre-hija. En muchos casos, la mejora de la mujer

drogodependiente pasa por la mejora de la madre; porque es difícil para una madre transmitir a la hija drogodependiente competencia y autoconfianza cuando se siente devaluada por la propia hija y la familia, al culparla y reprobarla ante la crianza.

2.2. Relación padre-hija drogodependiente

Al igual que en el caso de la madre, el rol de padre dificulta la participación en el tratamiento. “La definición de padre periférico”, es decir, el padre alejado de la dinámica familiar que se mantiene en un ámbito externo y que se implica poco en las relaciones familiares ha sido utilizada con mucha frecuencia como si se tratara de una decisión individual o un síntoma patológico del padre.

Igual que a las madres se las responsabiliza de la crianza, a los padres socialmente se les reprocha que no pongan orden en la familia o que no tomen medidas. Por lo tanto, el “no conocimiento” es una salida socializada a este conflicto. Algo así como “no es que no ponga orden, es que desconozco el problema”. La drogodependencia profundiza y lleva al límite estos aspectos del rol de los padres.

Sería preciso verbalizar lo difícil que es para el padre participar en el tratamiento, por ello habría que cuidar en extremo su participación. Asimismo, sería importante explicitar las pautas sociales que exigen al padre el poner límites drásticos o expulsar al hijo/hija drogodependiente.

El padre puede ver el conflicto madre-hija con distancia y poca implicación. Se trataría, en definitiva, de un problema del rol asignado a las mujeres y puede entrar en un juego de alianzas que va a estar condicionado por la calidad de la relación con su pareja. Todo ello además se agrava si el padre mantiene alguna adicción.

2.3. Dinámica familiar diferencial

Comparativamente con las familias de varones drogodependientes (aunque se trate de la misma familia que la de la mujer) nos encontramos con los siguientes aspectos diferenciales:

- **Con el varón drogodependiente**, la madre puede hacerse cargo de forma más clara de la

problemática del hijo, incluso llegando a asumir la responsabilidad y consecuencias del consumo del varón. La tendencia es centrípeta se tiende a asumir el problema dentro de la familia, con la consiguiente desorganización familiar y coste para todos sus miembros que, en ocasiones, se traducen en la presentación de una mayor problemática psicológica asociada, en general y específicamente a la madre. La incorporación del padre orienta y ordena, dota de eficacia al tratamiento y permite que mejore la comunicación padre-hijo.

- **Con la mujer drogodependiente**, la madre tiene más dificultades para conocer o percibir el consumo de la hija, existe una mayor tendencia a expulsar a la mujer consumidora del entorno familiar o a que ella se autoexcluya. La tendencia es centrífuga, se tiende a dar salida a la mujer, con el correspondiente coste para todos los miembros de la familia. El padre tiene más difícil la participación en el tratamiento en la medida en que la relación madre/hija es conflictiva.
- **Señalaríamos, por tanto, una significativa diferencia en la dinámica familiar en función de ser hombre o mujer.**
 - Puede valorarse la existencia de una mayor dificultad y menos recursos familiares para apoyar a una mujer (que presenta problemas entre los que se encuentra la drogodependencia) que a un varón.
 - Desde la organización de los roles la hija debe prestar ayuda a la madre, tanto en las tareas cotidianas como en las cuestiones emocionales familiares. Por ello, las creencias marco, la vergüenza y el sentimiento de culpa asociado, no permiten “el desarrollo de una confianza suficiente” para que la hija cuente su problema y la madre comprenda. La hija no sólo transgrede una pauta de género, sino que ha transgredido una norma transgeneracional, que conlleva un mayor sentimiento de culpa.
 - Podría deducirse que las creencias y prejuicios sociales se operativizan a través de la dinámica familiar y especialmente en la relación madre/hija, dificultando la comunicación y la comprensión del problema. Esta dinámica es muy diferente en el varón. Ambos posicionamientos generan factores de vulnerabilidad a la hora de facilitar el cambio del drogodependiente, pero es importante valorar estos aspectos diferenciales y tenerlos en cuenta a la hora de intervenir.
 - **Con relación al padre, se mantienen también diferencias significativas:** los varones drogodependientes manifiestan poca o nula relación con el padre, actuando la madre de mediadora. En el caso de las mujeres, existe una mejor relación con el padre, pero ello no motiva que éste desarrolle una relación de ayuda. No olvidemos que como el resto de la familia, el padre también siente mayor vergüenza con respecto a la hija que con el varón.

2.4. Cuando la mujer drogodependiente es madre

A veces, cuando no es posible el establecimiento de un vínculo estable entre la usuaria y el hijo/a suele ser la abuela quien se hace cargo de la crianza agravándose los conflictos entre madre e hija, sintiéndose ésta en mayor dependencia con su madre porque asume la crianza de sus hijos/as. De hecho, **los desacuerdos en torno a la crianza de los hijos/nietos pueden precipitar su salida de la familia de origen, a no ser que asuma el rol exclusivo de hija y no de madre.**

Sin embargo, en el caso de un varón drogodependiente que tiene hijos/as a quienes cuida su madre, se presenta **mayor facilidad en la convivencia (de hijo y padre drogodependiente con la familia de origen).**

3. Evaluación e intervención desde dispositivos especializados con mujeres drogodependientes

3.1. Actitud básica del o de la profesional o equipo interdisciplinar en la intervención

La o el terapeuta ante una mujer drogodependiente y su familia ha de transmitir apoyo positivo y, hasta cierto punto, "incondicionalidad". La mujer y la familia van a hacernos percibir y sentir aspectos negativos de su ámbito personal y de las relaciones. La intervención familiar debe intentar el incremento de la autoestima y abordar la devaluada imagen de la mujer drogodependiente y de su familia, a través de la mejora de las relaciones familiares y el refuerzo con herramientas de apoyo.

La intervención con la familia de origen, entendiéndola como una intervención complementaria a otras intervenciones en el marco de un tratamiento bio-psico-social, tiene como beneficio que toda la familia puede conocer y comprender muchos aspectos comunes de la dinámica madre e hija y entender mejor sus conductas y ayudarse mutuamente para interaccionar positivamente. El o la terapeuta deben establecer una alianza en el proceso de identificación y comprensión de la situación de la mujer drogodependiente y del sufrimiento familiar, ayudando en el encuentro de respuestas propias para que la mujer avance en su tratamiento.

3.2. Valoración

Recabar información acerca de las percepciones, sentimientos, conductas y consecuencias en función del sexo debe ser algo incorporado en el proceso terapéutico. Una gran parte de la información, debe ser recogida de forma progresiva. La evaluación y la intervención forman parte de un continuo, que además debe adaptarse y respetar los tiempos y espacios que pauten las mujeres y/o la familia.

Algunos **beneficios** con relación al género son:

- Se valora la dinámica de consumo de forma concreta y efectiva, no con parámetros generales.
- Se verbalizan los sentimientos y conductas silenciadas
- Favorece que las mujeres reflexionen sobre la dinámica de consumo, sus relaciones sociales y familiares desde una perspectiva de género.
- Favorece que la familia escuche y pueda reflexionar sobre esta cuestión específica, y sobre las dificultades que conlleva.

Contenidos para la valoración específica desde una perspectiva de género

Seguidamente se incluye una aproximación a los elementos que debería incorporar una entrevista familiar integrando las diferencias según género.

Demanda y situación actual

- Análisis de la demanda. Valoración de los estereotipos específicos presentes en la familia cuando una de sus hijas es drogodependiente.
- Claves de la incorporación de la familia al tratamiento. Existencia de estrategias de silenciamiento.
- Dinámica de consumo de la hija e impacto en la vida familiar, valorando la distorsión de la estructura y la dinámica familiar en relación a otros miembros de la familia.
- Identificación de déficits y recursos de apoyo familiar.
- Apoyos en la familia amplia o en el contexto social de la familia.

Biografía familiar

Con relación a la historia de los progenitores realizaremos una descripción de la forma en que se vivió la adolescencia, emparejamiento, etc., por parte del padre y de la madre. Cómo fue su proceso de inclusión social: trabajo, estudios.

Con la mujer adicta incidiremos en el rol social de la madre antes y después de casarse, si existieron dificultades para los/as abuelos/as de la paciente. Se hará consciente el distinto rol social entre las expectativas familiares y la realidad de la paciente.

Valoración de la interacción y comunicación familiar

- Modelo de género en la familia.
- Normas diferenciales que ha adoptado la familia de acuerdo con los mandatos de género.
- Distribución familiar del trabajo doméstico.
- Relación con la madre: nivel de confianza, apoyo percibido durante el proceso de crecimiento.
- Percepción de la madre en cuanto al crecimiento de la hija y su relación con el rol de género.
- Primera salida y salidas sucesivas de casa familiar; motivos, si fue igual en los hermanos varones.
- Canales de comunicación familiar, calidad de la interacción, haciendo especial hincapié en la comunicación de madre/hija y padre/hija. Se identificarán específicamente aquellos aspectos fuertes de la comunicación con los progenitores
- Valoración de la autoeficacia y autoestima en la relación madre/hija y padre/hija
- Relación padre e hija. Cómo ha percibido la mujer adicta la relación con el padre. Actitud frente a los momentos de crisis. Definición del rol de género del padre.
- Papel que desempeña la hija drogodependiente en la relación de los padres.
- Identificación de los hábitos de consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas por parte de los padres.
- Existencia de mitos y secretos familiares. Es una tarea complementaria pero igualmente importante en la terapia.
- Identificación de pautas de interacción que provocan la salida o expulsión de la mujer de la casa y la llevan a la exclusión, alienamiento y marginalidad.
- Relaciones fraternales y con los iguales.

Situación relacional asociada al consumo

- Cuándo conocieron sus padres/pareja el consumo y qué actitudes y medidas adoptaron, qué hubiera pasado en su familia si hubiera sido un varón.
- Relación actual con los padres: aspectos fuertes de la relación y aspectos que generan conflicto, en relación con el género.
- Relación con los hijos, si los hubiere: desarrollo del rol de madre.
- Proyectos de abandono del consumo y a su incorporación social: educativa, laboral, etc.

- Expectativas de la mujer y de la familia sobre la salida del consumo y miedos a la recaída.

Evaluación de la familia

- Estructura familiar
- Dinámica Familiar
- Pautas de Interacción
- Percepción familiar del problema de adicción en su familia
- Estrategias familiares de apoyo y afrontamiento del problema

3.3 Intervención familiar

1) ¿Por qué trabajar con familias?

Es un aspecto constatado que la intervención familiar favorece la buena evolución del tratamiento

- **Coleman** refiere que la implicación en el tratamiento de las personas adictas es un criterio de buen pronóstico, igual que lo es el que acudan a tratamiento
- **Kosten (1983)** en la misma línea indica que los y las drogodependientes que viven con la familia tienen mejor pronóstico que quienes viven solos
- **Eldred y Washington (1976)** descubrieron en 158 entrevistas con adictos a la heroína, que según los pacientes, la gente que más les ayudaría eran los miembros de la familia.
- **Levy (1972)** en un estudio de seguimiento de cinco años en pacientes adictos a sustancias psicoactivas, reveló que los y las pacientes superan el hábito en mayor medida si contaban habitualmente con el respaldo familiar
- **Percel y Lamon (1979)** El 64% de los adictos a la heroína entablan contacto diario por lo menos con un progenitor, cuando la cifra para la población general es del 9%

2) Focalización de la intervención familiar

- **La familia debe ser el objeto directo de intervención:**
 - El sufrimiento que conlleva en todos los miembros de la familia la convivencia con un miembro drogodependiente hace que debamos dirigir la atención a intervenir sobre las consecuencias del proceso de deterioro que conlleva: distanciamiento entre progenitores, desestructuración familiar, baja autoestima en alguno de sus miembros, aislamiento social, pérdida de intereses y motivación.

- **La familia es un agente terapéutico**
 - La familia resulta ser un agente terapéutico
 - En la detección del problema
 - En la definición del problema
 - En la búsqueda de soluciones durante la rehabilitación
 - En la facilitación de la integración social del o de la drogodependiente

- **La familia debe comprender que:**
 - Es poseedora de recursos y capacidades positivos para realizar el cambio.
 - Es un agente motivador del tratamiento, situado en su justa medida
 - La familia forma parte del equipo terapéutico:

La intervención familiar resulta ser una pieza clave en el abordaje y avance en el proceso de tratamiento de las drogodependencias. Es considerado por algunos estudios como un indicador de evolución favorable frente a la intervención sin apoyo familiar.

3) Objetivos del trabajo con familias

- Informar y facilitar la comprensión de las drogodependencias y los estereotipos sociales configurados, haciendo especial hincapié en aquellos aspectos que afectan a las mujeres.
- Dotar de herramientas a la familia para la identificación y análisis del problema y la búsqueda de soluciones.
- Contener a la familia en su sufrimiento, y equilibrar su sentimiento de culpa, y los desajustes que provoca en su seno.
- Ayudar a que la familia encuentre su lugar en el problema.
- Facilitar la adaptación de la familia a los diferentes objetivos del proceso de tratamiento.
- Facilitar la salida tanto al drogodependiente como a la familia.

4) Intervención familiar

4.1.) Acogida

La fase de acogida es el momento clave para conseguir la vinculación al tratamiento. En esta fase donde la meta sería la vinculación de la mujer y su familia al tratamiento, se consideran los siguientes objetivos:

- Las actuaciones deben estar regidas por la realización de una buena acogida, manifestando una actitud de escucha activa.
- Debe realizarse una escucha que permita que la familia exponga su problema tal como la percibe y lo siente, sin priorizar, ni precipitar la recogida de información acerca del consumo.
- Favorecer el establecimiento de un vínculo que facilite la confianza de la mujer y/o su familia, respetando sus valores y pautas culturales.
- Ofrecer una información ajustada y veraz, clarificando qué tipos de alternativas existen y qué recursos.
- Valorar suficientemente la mayor culpabilidad y dificultad que siente la familia y la propia mujer para solicitar tratamiento y devolver como una acción positiva su presencia en el centro a cada uno de los familiares colaboradores. La colaboración del padre debe reforzarse específicamente debido a la mayor dificultad que conlleva.
- Interesarse por la existencia de carencias básicas en la mujer, si procede.

Pueden darse los siguientes tipos de acogida:

- Acogida de familias sin la presencia de la mujer adicta
- Acogida de familias con la presencia de la mujer adicta

Cuando la mujer adicta no viene a tratamiento, debe favorecerse además la contención y promoverse estrategias que ayuden a la mujer a acudir a tratamiento.

4.2) Objetivos de la intervención

- *Dotar a la mujer de más apoyos familiares y sociales*

Es necesario la búsqueda de apoyos en el entorno familiar y social de la mujer. La inexistencia de recursos de contención y apoyo familiar o social refuerza en las mujeres drogodependientes el camino hacia el aislamiento y la exclusión social.

Favorecer que las usuarias permitan la implicación de su familia en el tratamiento ya que mejora el pronóstico y la evolución en el proceso. Por ello, es fundamental vincular y consolidar el apoyo de la familia de origen.

Para ello, detectaremos qué miembros de la familia están más próximos a ella y favoreceremos su participación y apoyo en el proceso de cambio, respetando en cualquier caso la toma de decisiones de la mujer.

Es fundamental para establecer la relación de ayuda, trabajar para que las mujeres adictas y sus familias logren beneficios al compartir el objetivo común del tratamiento.

- *Identificar y prevenir las conductas asociadas a los estereotipos de género en relación a las mujeres drogodependientes*
 - Reconocer con la familia la mayor penalización por el hecho de ser mujer drogodependiente.
 - Orientar a la familia sobre cómo afecta a su hija en la percepción del entorno y a su propia autopercepción.
 - Intervenir sobre los sentimientos de devaluación que experimentan relacionados con el género.
 - Facilitar la escucha de las percepciones y sentimientos de la familia/paciente.
- *Identificar y prevenir las pautas de interacción que provocan la exclusión de la mujer de la familia de origen*

Se debe intervenir con los siguientes objetivos:

 - Identificar y prevenir el desarrollo de pautas de interacción que provoquen la salida de la mujer del entorno familiar y que la llevan a la exclusión, aislamiento y marginalidad. Es necesario facilitar una comunicación comprensiva que permita entender la percepción y vivencia del otro.
 - Facilitar que la familia hable de los miedos en torno a la recaída en el consumo de la mujer drogodependiente, favoreciendo la comprensión y la complejidad de ésta dinámica y las dificultades de la salida de la adicción.
- *Facilitar la comunicación familiar*
 - Facilitar y valorar la comunicación y la expresión de las vivencias de la mujer drogodependiente y su familia.
 - Favorecer las vivencias comunes del hecho de ser mujer entre madre e hija, identificando la exigencia, frustración y culpa derivada.
- *Fortalecer los recursos de la familia*
 - Reforzar la comunicación sobre los aspectos fuertes de la familia y de las mujeres consumidoras promoviendo la desactivación de los estereotipos en torno a la adicta y atendiendo los aspectos positivos.
 - Facilitar el acuerdo de los progenitores a la hora de negociar las normas de funcionamiento de la hija.

- Favorecer la coherencia entre lo que los padres y madres verbalizan a la hija y la conducta que mantienen.
- Acompañar a la familia en el proceso evolutivo de la hija en el tratamiento, apoyando en momentos de conflicto o recaída.
- Favorecer el proceso de autonomía e inserción cuando la mujer evoluciona favorablemente.
- Apoyar a la familia en el proceso de normalización, motivando la recuperación o incorporación de actividades habituales (lúdicas, educativas, de ocio, etc.).

4.3) Intervención familiar grupal

No veríamos necesario el desarrollo de grupos familiares específicos de mujeres adictas, pero sí resulta de gran importancia incorporar en los grupos de familiares contenidos y dinámicas que permitan identificar las diferencias de percepción y vivencias que los padres y madres sienten respecto a sus hijos/hijas. En función de la dinámica del grupo podría plantearse alguna sesión monográfica respecto a las características y dinámicas desde una perspectiva de género.

4.4) Estrategias específicas de intervención familiar desde una perspectiva de género

En base a lo anterior, caben destacar la importancia de desarrollar intervenciones específicas con la familia.

4.4. 1) Establecimiento de la relación de ayuda del padre y la madre en el caso de que la persona drogodependiente sea varón:

- Favorecer la transición desde el lugar del drogodependiente, reconociendo que cada persona siente, piensa y actúa independientemente de la madre. Para ello es necesario que la madre perciba la situación en menor medida desde el lugar del otro y más desde ella misma.
- Motivar la entrada del padre en esta dinámica de relación madre-hijo
- Lograr entre el padre y la madre ponerse de acuerdo, en vez de dividir sus energías
- Integrar este problema como parte de su experiencia, favoreciendo aquellos aspectos que ayuden a normalizar su situación.
- Cambiar el mensaje de "mi vida es un desastre porque tu te drogas " a " estamos dispuestos a ayudarte, pero el problema es tuyo".
- Devolver la responsabilidad al hijo y ponerle en su lugar es la base para establecer una relación de ayuda eficaz. ej. acabar con dar dinero al hijo para que no robe.
- Por lo tanto, hay un espacio en la relación de los padres que debe ser respetado, facilitándose la concreción tanto de sus responsabilidades como de sus proyectos vitales

- Las renunciaciones que realizan los progenitores deben ser temporales, y adaptarse al proceso de tratamiento del hijo.
- Facilitar el desarrollo de la relación padre-hijo, con una presencia cotidiana del padre en la dinámica familiar y la vida cotidiana del hijo, promoviendo que sea el padre el que comunique con el hijo, concretando actividades conjuntas, etc.

4.4.2) Establecimiento de la relación de ayuda, en el caso de que la persona drogodependiente sea mujer:

- Intervenir sobre las creencias estereotipadas sobre la mujer drogodependiente.
- Motivar la entrada del padre en esta dinámica de relación madre-hija.
- Lograr entre el padre y la madre ponerse de acuerdo, en vez de dividir sus energías.
- Integrar este problema como parte de su experiencia, favoreciendo aquellos aspectos que ayuden a normalizar su situación.
- Contener la ansiedad que provoca una hija drogodependiente y establecer un espacio de apoyo.
- Favorecer un espacio para la relación de los progenitores que debe ser respetado y facilitar la concreción tanto de sus deberes como de sus proyectos vitales.
- Tener en cuenta que las renunciaciones deben ser temporales, y adaptarse al proceso de tratamiento de la hija.
- Facilitar el desarrollo de la relación padre hija, con una presencia cotidiana del padre en la dinámica familiar promoviendo la comunicación con la hija y concretando actividades conjuntas, etc.
- Mejorar la relación madre/hija:
 - Favoreciendo la comprensión del proceso de la hija drogodependiente.
 - Facilitando la realización de actividades y tareas conjuntas en el ámbito de lo cotidiano.
 - Facilitando la comunicación de vivencias comunes y cotidianas.

4.5) Intervención con la madre

En relación con la intervención que debe orientar el trabajo con la madre, tanto con un hijo como con una hija drogodependiente.

En la madre confluyen factores relacionados con el rol de género que hacen especialmente difícil su posición: de acuerdo con este rol social la madre tiene delegadas las funciones educativas y emocionales de los hijos/as, por ello es habitual encontrarnos a una madre sobrecargada y culpabilizada por el problema y a un padre con dificultades para apoyar el proceso. En

el caso de la madre es imprescindible tener en cuenta los roles asignados y trabajar con la familia tanto a nivel individual como grupalmente.

Mejorar la autoestima

- La identificación de los factores que afectan al rol de madre y cómo inciden en sus actitudes en su forma de abordar el problema, tal como ha quedado recogido en otros apartados.
- Promover la visualización de sus aspectos fuertes y posibilitar el autoconocimiento de la madre.
- Promover la mejora de la autoestima. Como hemos indicado en otros apartados sería un trabajo paralelo al que se realiza con la hija.
- Facilitar la integración o reintegración familiar y social , recuperando los apoyos y relaciones anteriores.

Reducir los niveles de ansiedad de la madre respecto al problema

- Promover la reducción de los sentimientos de culpa en relación al problema.
- Facilitar la adecuación de sus expectativas de incidir en el cambio del hijo o hija drogodependiente.
- En el caso de la hija, facilitar la reducción de los sentimientos de fracaso, pérdida de confianza y deslealtad de la hija que dan lugar frecuentemente a su salida de la casa.

BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, Mauricio, "Terapia familiar un enfoque interaccional", PIDOS, 1993
- Barberá, Ester "Psicología del género" Ed. Ariel Psicología, 1.998
- Beck, Aaron T., Terapia Cognitiva de las drogodependencias, Paidós 1.999
- Cirillo Stefano y otros, "la familia del toxicodependiente" Ed. Paidós, Terapia Familiar
- EDIS, "El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino", Instituto de la Mujer, 2000
- Eitorre, E. "Mujeres y alcohol", Ed. Narcea, 1.998
- FAD, Libro de ponencias "Ser Adolescente hoy" libro de ponencias, 2005
- Fernández, Juan "Género y Sociedad", Ed. Psicología Pirámide, 1998
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Estudio Exploratorio sobre "Características diferenciales de la mujer drogodependiente", 2003
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Documento Técnico núm. 1, 2005
- Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Memorias anuales de 2000 a 2005
- Instituto de La Mujer, Mujer y Drogas
- Instituto de la Mujer, La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres
- Instituto de la Mujer, El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino, estudio de investigación realizado por EDIS
- Irefrea "Women drugs abuse in Europe gender identity, 2000
- Knobel, Mauricio "Psicoterapia Breve", Paidós, 1.987
- S. Midori Hanna, J. Brown La práctica de la Terapia Familiar;. Ed. Desclée de Brower
- Miller, W, Rollnick S, "La Entrevista Motivacional" Preparar para el cambio las conductas adictivas
- Monturiol F. y de Silva "Los usos de drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano), ASGG, 1.998.
- Murray Bowen, M.D. La terapia familiar en la práctica clínica, I y II, DDB, 1.989
- Naciones Unidas, Oficina contra la Drogas y el Delito "Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: "Estudios monográficos y experiencia adquirida", Publicación Naciones Unidas, 2004.
- Olivenstein, C "La toxicomanía" Ed. Fundamentos, 1.985
- Plan Nacional sobre Drogas, Servicios Sociales y Drogodependencias, Actuar es posible.

- Plan Nacional sobre Drogas, Estrategia Nacional sobre drogas para el periodo 2.005/2008.
- Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta domiciliaria sobre drogas, 2002, 2004
- Santamaría, A. "La prostitución de las mujeres" Fundación Solidaridad Democrática, Instituto de la Mujer.
- Stanton M.D. y Too T.C. y cols "Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas" Ed. Gedisa, 1.985
- Steinglass, L.A, y otros "La familia alcohólica", GEDISA, 2001
- Urbano Aljaba, Aurora y otros, "La mujer drogodependiente" Instituto Deusto de Drogodependencias
- García-Mina, A y otros, "Diferencias de Género en el uso de las drogas", Universidad Pontificia de Comillas
- Walters, M. Y otros "La red invisible" Pauta vinculadas al género en las relaciones familiares, Ed. Paidós Terapia Familiar 1.991.
- Watzlawick, P. "Teoría de la Comunicación Humana", Herdes, 1.967

Artículos

- Gomez Moya, Josefa "El alcoholismo femenino: Una aproximación cualitativa. Revista española de Drogodependencias, núm. 4, 2.000.
- Barcia, D. Morcillo, L. "Alcoholismo femenino: Estilo de beber, calidad de vida y autoconcepto" Psicopatología y Alcoholismo. CITRAN
- Vizziello, F, y otros. "Representaciones maternas y trasmisión de los factores de riesgo y protección en hijos de madres drogodependientes"

La dimensión relacional como clave en el proceso de adicción y recuperación

Mercedes Palop Botella

- 1 Las relaciones en la vida de las mujeres
- 2 Influencia de los vínculos en el inicio y mantenimiento de la adicción
- 3 El inicio del tratamiento
- 4 Las recaídas en las mujeres: La dependencia emocional
- 5 Factores etiológicos en la dependencia emocional en mujeres
- 6 La dimensión relacional en la rehabilitación de mujeres con drogodependencia
- 7 Objetivos terapéuticos para abordar el mundo relacional de las mujeres con drogodependencia

1. Las relaciones en la vida de las mujeres

Si consideramos la dimensión relacional como un aspecto clave para la salud psíquica de las mujeres, es razonable que esté presente en su historia toxicológica. Refleja una dimensión particular que viven muchas mujeres, (y también las que tienen problemas con las drogas) en la que está implicada no sólo la forma de relacionarse con las demás personas y de entender el vínculo, sino también de entenderse a sí mismas.

*"Para las mujeres el bienestar descansa más allá de cualquier otra condición, en la experiencia de estar incluidas, de ser parte activa de una relación afectiva y de cuidar de ella. A su vez, de esta relación se espera retribución y valoración. Estar en relación con otra persona consiste en experimentar, comprender y responder a las necesidades y sentimientos del otro compartiendo con empatía sus estados de ánimo. Lo central de esta afirmación descansa en el hecho de que el deseo de estar en relación no significa dar cuenta de un deseo más en las mujeres, –como el de pasar unas vacaciones en la playa o el de felicidad–sino que en ellas se refiere **al núcleo mismo de su identidad, de su ser femenino, a la organización de su yo**"¹ (Emilce Dio Bleichmar 1995)*

Miller (1997) considera que la principal motivación en la vida de las mujeres es establecer un profundo sentido de conexión. Desarrollan un sentido de sí mismas y de su valía personal cuando sus acciones **provienen y están encaminadas** a la conexión con las demás personas.

Dicha autora ha explorado las características de las relaciones saludables y que, efectivamente, permiten el desarrollo, crecimiento y bienestar de las mujeres. Entiende que las relaciones saludables deben ser (Covintong, 2002)²:

- **Mutuas:** una relación es mutua cuando los sentimientos que se revelan al otro le afectan y cuando en la escucha del otro también uno mismo/a se conmueve.
- **Empáticas:** la habilidad de unirse emocional y cognitivamente a otro sin desconectarse de la propia experiencia.
- **Creativas.**
- **Valorizadoras:** No aparece descrédito o desvalorización para ninguna de las partes que participe de la relación.

Cuando las relaciones cumplen estas cualidades, vitalizan a las mujeres, fortalecen su autoco-nocimiento y autoestima. Cuando las relaciones por diferentes motivos no cumplen estas funciones, en algunos casos, las drogas pueden utilizarse como un consuelo.

2. Influencia de los vínculos en el inicio y mantenimiento de la adicción

La presencia de relaciones no empáticas o mutuas en la vida de las mujeres les hace sentirse confusas, desvitalizadas, desvalorizadas y con poca sensación de poder y control (Miller, 1996). Las mujeres pueden intentar compensar su malestar a través del consumo de las drogas buscando la sensación de empoderamiento, de ser valiosas y valoradas o de sentirse con vitalidad.

En este sentido, las mujeres además de otras motivaciones para el consumo, a menudo, tienen como objetivo el paliar las dificultades derivadas de las relaciones, o bien el establecer, mantener, o mejorar las mismas.

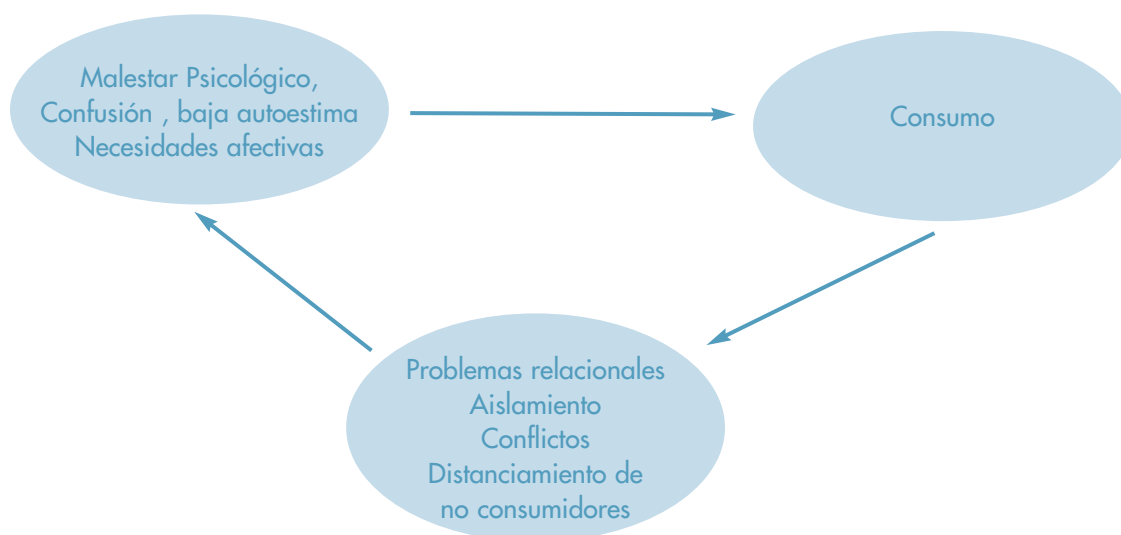
- Algunas mujeres se inician en el consumo de las sustancias a través de una pareja consumidora. Establecen una relación afectiva con un toxicómano e inicia su consumo con el objetivo de sentirse más unida a él, para compartir experiencias o bien para mostrarle que se puede salir de las drogas ³... En muchas ocasiones, es éste un proceso inconsciente de adaptación a la vida de consumo que lleva su compañero.
- En otras ocasiones, se viven dificultades de integración en grupos desde la infancia, sin amigas significativas, y la amistad se conoce a través de los consumos. El proceso de identificación se realiza entonces con los pares y consumiendo drogas ⁴.
- A veces, el consumo de sustancias es una estrategia para manejar el dolor de la pérdida de un ser querido ó ante una muerte, una separación...
- Puede ser una respuesta ante una situación traumática o de violencia psicológica o física, como un mecanismo de defensa ante la confusión, desvalorización o pérdida de control que se vive.
- Asimismo, puede usarse como una forma de mejorar o intentar adaptarse al tipo de relación que la mujer necesita. Una paciente me decía "con la cocaína puedo hablar más de mí"

Por otra parte, al igual que las dificultades en su vida relacional pueden ser un factor de inicio al abuso de sustancias, el consumo provoca un progresivo deterioro de sus relaciones; las mentiras, los incumplimientos, la labilidad emocional, los desencuentros...van construyendo una espiral de aislamiento y progresivo desgaste.

Cuando las mujeres con drogodependencia, además, tiene relaciones de pareja con hombres consumidores (hecho numéricamente más habitual que a la inversa) se establece una compleja dinámica de idealizaciones y conflictos que les lleva a instalarse en un **círculo vicioso** que, a

su vez, incidirá en el consumo de sustancias, en la medida que alivia puntualmente necesidades afectivas y favorece el mantenimiento de relaciones satisfactorias que atenúan su angustia.

Gráficamente podríamos expresarlo así:



Los problemas derivados del abuso de sustancias pueden atribuirse a tener una relación insatisfactoria, al mismo tiempo que, determinadas dificultades en la relación se justifican por el hecho de consumir sustancias, si bien ambos procesos repercuten negativamente en la salud de las mujeres. "La dependencia de las drogas y la dependencia a la relación sirven para no afrontar los sentimientos de insatisfacción personal, depresivos, baja autoestima o heridas del pasado relacionadas con las experiencias vividas por las mujeres en la familia de origen."⁵

3. El inicio del tratamiento

Al iniciar el tratamiento, mujeres y hombres comparten motivaciones comunes (problemas de salud, dificultades económicas y laborales, de malestar consigo mismas...), sin embargo, lo relacional adquiere mayor relevancia para las mujeres. Así, su motivación para el inicio de un tratamiento, puede estar asociado al deseo de mejorar sus vínculos: desear ser mejor madre, mejor esposa, mejor hija..., en última instancia, cuidar mejor a los otros. Mientras que en los hombres la motivación relacional suele estar centrada en el deseo de no perder un apoyo, una

relación. Son las presiones familiares ó de la pareja⁶ que pueden suponer una pérdida para él, lo que le motiva al tratamiento.

Por otra parte, en las mujeres el inicio del tratamiento suele conllevar una dificultad para atender sus hijos/as o riesgo de perder su custodia. Asimismo, si el compañero sentimental no valida la necesidad de iniciar este tratamiento, la posibilidad de que acceda a éste disminuye seriamente⁷. Algunas mujeres pueden negarse al tratamiento porque sus parejas son consumidoras y tienen miedo que se produzca una ruptura de la relación si ellas dejan de consumir sustancias. Covington⁸ desde esta realidad plantea un modelo de trabajo en el que propone partir de la inclusión del compañero en el tratamiento. Proponer la ruptura con la pareja como consecuencia de iniciar un tratamiento, además de ser poco realista e invasivo, puede aumentar la angustia de las mujeres y forzar un abandono temprano.

Así mismo, en el tratamiento debemos tener en cuenta que también las mujeres **desean ser buenas pacientes**. Un riesgo habitual, a lo largo del tratamiento, es que en el caso de una recaída, la mujer se avergüence ante el o la profesional que le atiende y decida abandonar el mismo. Por tanto, es clave desde el inicio el abordar con ellas la posibilidad de que ocurra algún consumo o incluso una recaída como parte del proceso de recuperación y el poder trabajar las respuestas recomendadas ante estos hechos (Poder comunicarlo al terapeuta, analizar causas, respuestas dadas...).

4. Las recaídas en las mujeres: La dependencia emocional

Las **recaídas** entre las mujeres parecen estar relacionadas, muy a menudo, con **sentimientos depresivos, de vacío y soledad**. Si bien estos sentimientos son habituales en muchos consumidores durante el tratamiento, parecen mostrarse con mayor intensidad en las mujeres drogodependientes asociados a los aconteceres de la relación durante el período de abstinencia:

- La dificultad de tomar distancia de una pareja de la que se depende afectivamente y que es consumidora. La lucha interior entre los deseos de una nueva vida y el deseo de mantenerse junto a su pareja puede ser ocultada al terapeuta impidiendo la reflexión conjunta y el abordaje de esta situación de riesgo relacional.
- La detección de aspectos insatisfactorios que cuestionan la pareja, una vez conseguida la abstinencia y las dificultades asociadas a la necesidad de cambios dentro de la misma.
- El sentimiento de fracaso personal derivado del hecho de no tener pareja y la búsqueda indiscriminada de una relación que compense esta realidad percibida como carencia.

Dada la dependencia amorosa en la vida de muchas mujeres con drogodependencias y su interferencia en el tratamiento, es necesario dedicarle especial atención. Al aproximarnos al tema de la dependencia emocional, nos parece útil entender el modo en que cada uno/a comprende y se maneja en los vínculos **como un continuo** en el que, en un extremo del eje se sitúa la **independencia o aislamiento** (entendida como la dificultad para establecer relaciones íntimas y comprometidas) y en el otro extremo, la **dependencia** emocional entendida como una avidez extrema de contacto afectivo.

La necesidad de vincularnos a los y las demás, de depender de otras personas, es una necesidad universal que está en la base del desarrollo evolutivo humano y es una fuente de satisfacción, de desarrollo social y de buena salud. Así, en el continuo independencia-dependencia, las relaciones saludables se ubicarían fuera de los extremos, es decir, las personas necesitamos establecer relaciones cercanas, íntimas, sentirnos libres e independientes y con la autonomía necesaria para abordar nuestros deseos y proyectos, sin que ello signifique desatención afectiva. Cada persona podría ubicarse en esa zona del continuo en la que se siente cómoda y satisfecha a la hora de relacionarse con los demás. Sin embargo, en ambos extremos del continuo donde la dependencia es excesiva o la autonomía impide el contacto interpersonal, las relaciones se vuelven causa de sufrimiento.

Entendemos por dependencia cuando una persona establece relaciones de exclusividad, que las desea y mantiene intensamente, pero que, a la vez, experimenta como insatisfactorias o le suponen efectos negativos para su vida (pérdida del contacto con otras personas significativas, desatención a su ámbito de intereses y necesidades, problemas económicos...) sin que pueda desvincularse o modificar este tipo de relación.

En la dependencia emocional aparecen sobredimensionadas las consecuencias de la separación y magnificado el miedo a la soledad. Por tanto, puede vivirse una intensa sensación de fracaso personal ante la posibilidad de interrumpir la relación con aquella persona a quien percibe como "especial".

También, puede ser más frecuente el que se establezcan relaciones de sumisión, en las cuales las necesidades del otro se atienden por encima de las propias y se acepten sin cuestionar los planteamientos de la pareja, con quien poco a poco se termina compartiendo su sistema de creencias.

El núcleo central de la dependencia emocional estaría caracterizada por:

- Miedo a la separación que es vivida con terror, como un fracaso, un abandono, una ruptura... Sensación de carencia afectiva y vacío emocional que se atenúa en la presencia del amado.
- Una idealización del otro y de la propia relación de pareja, de la que se niega o minimizan los aspectos negativos.
- Una autoestima disminuida, que se alimenta de fuentes externas y promueve la necesidad de agradar al otro, sosteniendo la valoración a través de la entrega. Dificultades para representarse y vivirse a sí misma como una persona autosuficiente, valiosa y digna.
- Pérdida del proyecto vital personal, que se queda subordinado al de la pareja. Una desconexión con los sentimientos y necesidades propias a través de la sumisión al compañero o la búsqueda de control de éste, lo cual la mantiene ajena a sí misma.

5. Factores etiológicos en la dependencia emocional en mujeres

1. Influencia de los mandatos de género tradicionales

Las características que definen la dependencia emocional están relacionadas con los mandatos de género tradicionales. Aunque son obvios los cambios realizados a nivel social y laboral, incluso en los modelos de feminidad, la forma de entendernos a nosotras mismas y nuestras relaciones con los y las demás no avanzan tan rápidamente y continúan ejerciendo su poder inconsciente. "En el espacio íntimo los cambios son más lentos, ya que los roles de género se transmiten a través de la socialización y la educación desde la infancia y el efecto de esta socialización es muy eficaz al ser interiorizado por las personas. Interiorizado quiere decir que llega a formar parte de los códigos internos de cada cual como imperativo que desde el interior psíquico y emocional, marca las condiciones de la propia identidad femenina o masculina"⁹

El modelo tradicional de feminidad relega a las mujeres a un plano subordinado a los hombres, quienes ocupan el ámbito de lo público, la toma de decisiones y el mantenimiento económico de la familia; dejando a las mujeres el ámbito doméstico, el mundo de las relaciones personales, el del cuidado de los hijos e hijas, de las personas enfermas, ancianas... Por el contrario, para los hombres, el espacio doméstico es un espacio de descanso y de recuperación de fuerzas.

Por otra parte, las mujeres, de acuerdo a este modelo, han de mostrarse receptivas, pasivas, abnegadas, dependientes y ser objeto de deseo masculino. Es decir, deben dejar al varón la postura activa, las decisiones, la autonomía, la potencia... Este modelo valoriza a las mujeres a través de la maternidad y la entrega al otro mediante el cuidado de las relaciones y las emo-

ciones –relegando, incluso, a un segundo término sus propias necesidades y deseos- y también por su capacidad de despertar el deseo del otro. En la medida en que triunfe en estas tareas, la mujer se siente valiosa. Por el contrario, el fracaso en la relación de pareja indica un fracaso personal que afecta a su valoración.

Si bien, está claro que las mujeres actualmente participan en el ámbito público, su identidad puede estar construida en torno a la dependencia afectiva y el cuidado del otro. Así las mujeres pueden estar demasiado expectantes de aquello que el otro quiera darles o de su reconocimiento y valoración.

En realidad los mandatos tradicionales acerca de la feminidad promueven la dependencia emocional en tres aspectos claves:

1. Ser femenina se ha entendido como **vivir-para** atender y cuidar al otro.
2. De las mujeres "femeninas" se espera que se sientan **frágiles y necesitadas** de apoyo afectivo.
3. La **valoración** personal queda en **manos ajenas** a las mujeres y vinculadas a sostener y cuidar de la relación, así como ser objeto de deseo del varón.

Algunas mujeres drogodependientes muestran una deficiente valoración personal debido a la problemática de la toxicomanía, viven un progresivo aislamiento relacional que unido a una interiorización de los mandatos de género tradicionales van a operar como factores de vulnerabilidad ante la dependencia emocional. Las mujeres con drogodependencia, a menudo, sienten vergüenza debido a su adicción y el hecho de mantener una relación afectiva con un compañero les hace sentirse internamente revalorizadas.

2. Los mitos románticos o creencias irracionales imposibles sobre la naturaleza del amor

Carlos Yela¹⁰ atribuye como factores etiológicos del amor adictivo, entre otros, los siguientes mitos:

- **El mito de los celos:** entendido como un componente intrínseco al amor, justificando la posesividad.
- **El mito de la exclusividad:** plantea que sólo se puede amar a una persona. Erick Fromm¹¹ ya cuestionó este mito hace años, ya que el amor que excluye a los y las demás personas no es amor.
- **El mito de la media naranja:** mantiene que cada persona tiene a alguien predestinado para ella.
- **El mito de la fidelidad:** mantiene que el amor implica necesariamente la fidelidad.

Asimismo, el concebir el amor como **entrega incondicional** y sin reservas o el **amor** como fuente de **sufrimiento** y motor de cambio para el ser amado son creencias facilitadoras de la dependencia emocional.

Una mujer consumidora de drogas que ha interiorizado estos mitos puede confundir calor con muestras de afecto adecuadas.

3. Una historia de carencias afectivas infantiles. (Norrwood¹², Abelin-Sas¹³)

La pertenencia a familias que no satisfacen las necesidades emocionales infantiles, en algunos casos, incidirá en el proceso de dependencia emocional. Así una mujer puede tratar de compensar sus necesidades afectivas insatisfechas, proporcionando afecto a quienes son elegidos por su inaccesibilidad emocional, repitiendo el vínculo primario con el deseo de modificarlo en la actualidad.

También, la elección de pareja, en ciertos casos, puede estar basada en conflictos inconscientes en torno al cuidado y la necesidad afectiva, en la que la mujer desplaza y delega al compañero la satisfacción de las propias necesidades de cuidado. La mujer cuida y se vuelca en el compañero proporcionándoles numerosas atenciones como le hubieran gustado recibir durante su infancia.

También la carencia afectiva actual puede provenir del estilo de vida derivado de la toxicomanía. La evitación de relaciones que no aprueban o facilitan el consumo, el deterioro de las relaciones durante el proceso adictivo (mentiras, manipulaciones, problemas económicos...) promueve que las necesidades afectivas no sean cubiertas y se intenten satisfacer en el contexto creado a partir del consumo de drogas.

4. Personas con una autoestima dañada, con una representación de sí mismas desvalorizada, que se nutren de fuentes externas para obtener sentimientos de valía y amor propio. La dependencia emocional puede derivarse de vínculos insuficientemente nutricios. Así, un desarrollo infantil que no ha permitido, a través de los vínculos primarios internalizar una imagen valiosa de una misma, podría contribuir a establecer relaciones de dependencia. La baja autoestima facilita la dependencia y la drogodependencia puede dar lugar a la baja autoestima.

5. Las relaciones sexuales satisfactorias y estimulantes que minimizan u ocultan la realidad de una relación afectiva no satisfactoria. La fusión y el contacto en el encuentro sexual podría vivirse de forma confusa respecto al vínculo deseado y favorecer el mantenimiento de una relación de dependencia.

6. La dependencia emocional, a menudo, se haya apoyada en otras **dependencias instrumentales**. No son extraños los casos en los que el compañero drogodependiente es el proveedor de las sustancias: aporta el dinero para el consumo, compra la sustancia o inyecta la droga. En otros casos, quien mantiene económicamente la adicción de la pareja es la mujer.

6. La dimensión relacional en la rehabilitación de mujeres con drogodependencia

En el proceso terapéutico, Finkelstein (1993)¹⁴ plantea la necesidad de que el personal clínico, considere “el pasado y presente de las relaciones familiares, de las relaciones con sus amistades y pareja o las relaciones desarrolladas en contexto de tratamiento”.

La intervención ha de incluir las relaciones interpersonales y, por tanto, se ha de evaluar y abordar los siguientes ámbitos:

1. La familia de origen.
2. La familia nuclear: las relaciones de pareja, la maternidad...
3. La relaciones de amistad, la valoración de las relaciones con otras mujeres.

Durante mucho tiempo, en nuestra sociedad, la comunicación entre mujeres se ha infravalorado. Según Hyde ¹⁵, en sus relaciones de amistad las mujeres suelen dar mayor importancia a un tipo de conversación en la que se manifiesten las emociones, mientras que a los hombres les interesa más el poder realizar juntos distintas actividades y prefieren hablar sobre cuestiones de actualidad social o política. Por el contrario, las mujeres destacan como valioso conversar sobre sus sentimientos y de cuestiones personales. Según Eichenbaum:

"La desigualdad entre las experiencias de los hombres y las de las mujeres es siempre evaluada en términos de carencia femenina. Rara vez se dice que las limitaciones de los hombres a la hora de hablar de cuestiones personales son también un problema o que la capacidad de las mujeres para hablar de sus vidas es, por el contrario una cualidad social positiva. El descrédito de las conversaciones femeninas es sólo una parte, del conjunto total de infravaloraciones sociales de la amistad entre mujeres" (Eichenbaomy Orbach, 1995)

El o la terapeuta ha de acompañar en este proceso de valorización de la relaciones entre mujeres abordando los sentimientos de rivalidad o de abandono.

4. La vinculación con la comunidad: recuperación de redes vecinales, con las instituciones, asociaciones...

Asumir la importancia de la dimensión relacional en la vida de las mujeres drogodependientes, ya que la compañía, y no el aislamiento, favorece la recuperación¹⁶, y la prevención de las recaídas.

En este sentido es clave atender a:

- a. La necesidad de implicar y comprometer al compañero o la familia en el proceso terapéutico. Incluso cuando puede parecer beneficioso el recomendar la ruptura de pareja(Ej. El compañero es consumidor activo...), habría que considerar antes que cualquier ruptura debe ser resultado de un proceso individualizado, protagonizado por la mujer y en el tiempo decidido por ella. Previo a la posibilidad de cuestionarse su mundo relacional es necesario un trabajo de revalidación personal y de fortalecimiento de la autoestima que, una vez instaurada, permita abordar el mundo relacional.
- b. Prestar especial atención al mantenimiento de la alianza terapéutica y facilitar la elaboración del desenlace del tratamiento y del vínculo relacional con el o la terapeuta.
- c. Promover la participación en grupos de mujeres o en aquellos en los que, al menos, no estén en minoría, como un espacio de identificación, enriquecimiento y apoyo.

7. Objetivos terapéuticos para abordar el mundo relacional de las mujeres con drogodependencia

En la recuperación de las mujeres con drogodependencias deberíamos alcanzar los siguientes objetivos que facilitan un cambio a largo plazo y la prevención de recaídas:

1. Detectar los factores de riesgo de recaída asociados a las relaciones personales, las dificultades de separación, sentimientos de abandono, soledad y desarrollar estrategias para su manejo.
2. Reforzar la autoestima y recuperar o recrear una representación valorizada de sí misma sobre la que, antes de plantearse cambios en las relaciones, pueda apoyarse para recuperar su mundo de relaciones.
3. Tomar conciencia de los vínculos que establece y/o mantiene. Aprender a detectar relaciones no mutuas, no empáticas, abusivas o desvalorizadoras cuando aparecen.
4. Analizar y comprender las relaciones teniendo en cuenta los vínculos actuales y su historia afectiva personal.
5. Conocer las cualidades que favorecen una relación satisfactoria.
6. Favorecer que no establezca nuevas relaciones de pareja durante el tratamiento, de tal manera que le permita centrarse en sí misma. Es adecuado realizar actividades facilitadoras de nuevos contactos.
7. Ayudar a cuestionar la idealización del otro, así como la negación de las dificultades derivadas de la relación dependiente.

8. Aprender a cuestionar las fantasías en torno a la separación cuando se decide interrumpir relaciones no deseadas.
9. Detectar en las situaciones de dependencia beneficios secundarios como es el hecho de evitar responsabilidades.
10. Fomentar la autonomía en la toma de decisiones, gestión de necesidades, identificación de los miedos y deseos.
11. Exploración de las fantasías de pareja, mitos acerca del amor y cuestionamiento de los mismos.
12. Aumento de la tolerancia a la soledad y desarrollo de estrategias ante el vacío y el aburrimiento.
13. Aprender a manejarse y tolerar los ciclos de contactos y separación con los demás, diferenciando simbiosis y ruptura.
14. Análisis de los estereotipos de género y su influencia en el establecimiento de relaciones dependientes.
15. Valorar y promover el establecimiento de relaciones de amistad entre mujeres.

Notas

- 1 Emilce Dio Bleichmar "La depresión en la mujer" 1995 Ediciones Temas de Hoy Madrid
- 2 Stephanie S. Covington "Helping women recover: creating gender-responsive treatment" en Handbook of addiction treatment for women : theory and practice" Ed. SLA Strausser and Brown Jossey Bass Willei. 2002
- 3 Stocco, Paolo " Identidad femenina, entre el riesgo y la protección" Revista Adicciones 1998 vol.10 n°2, p 107-110
- 4 "Mujeres y tratamiento de drogas: orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. " Área técnica en tratamiento y rehabilitación . 2004. CONACE Chile.
- 5 Mercedes Rodríguez y otras "Mujer y adicción" Documentos técnicos del Instituto de Adicciones de la Ayuntamiento de Madrid, Madrid+Salud 2005
- 6 Riehman, KS, Yi Hser, y M Zeller, " Gender differences in how intimate partner influence drug treatment motivation" Journal of drug issues 30 (4) 823-838 (2000)
- 7 Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. ONU Oficina contra la droga y el delito .Viena 2005

- 8 Stephanie S. Covington "Partners, influence on women's addiction and recovery: the Connection between substance abuse, trauma and intimate relationships" National Abandoned Infants assistance Resource Center University of California at Berkeley 2002
- 9 Sara Velasco "La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/ sida en las mujeres" Instituto de la Mujer Madrid 2002
- 10 Carlos Yela "Psicología del amor" Primer Encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales Dependencia afectiva o Emocional, Adicción al amor, Codependencia, Bidependencia. Enero de 2006. Fundación Instituto Spiral. Madrid
- 11 Erick Fromm " EL arte de amar"
- 12 Robin Norwood " Women who love too much " 1985 Editorial Byblos
- 13 Graciela Abelin – Sas, " Enlaces pasionales malignos. Separaciones Imposibles" Aperturas Psicoanalíticas, nº 18, Nov 2004.
- 14 Finkelstein N.,The relational model in D. Kronstadt,P.F.grenn &Marcus EDS. Pregnancy and exposure to alcohol and other drugs abuse . Washington p126-163 Center for substance abuse prevention. 1993
- 15 Hyde "Psicología de la mujer" citado en" En la madurez.. Guía educativa para promover la salud de las mujeres" Gobierno de Navarra Departamento de Salud Instituto de Salud Pública. 1996.
- 16 Stephanie S. Covington "Partners, influence on women's addiction and recovery: the Connection between substance abuse, trauma and intimate relationships" National Abandoned Infants assistance Resource Center University of California at Berkeley 2002

La autoestima de las mujeres con drogodependencia y su recuperación en el proceso terapéutico.

Mónica Castaños
Mercedes Palop

- 1 Barreras para una autoestima saludable

- 2 La recuperación de la autoestima
 1. Facilitar el autoconocimiento.
 2. Promover la autoaceptación.
 3. Desarrollar competencias de autoafirmación.
 4. Favorecer la autoresponsabilización.

Sabemos que la baja autoestima puede ser un factor de riesgo para la drogodependencia, si bien la relación entre ambas es bidireccional y por ello, el proceso adictivo supone una lesión en la autoestima de varones y mujeres, aunque la experiencia clínica nos muestra que las lesiones en la autoestima de las mujeres con drogodependencia son más severas o, cuanto menos, más duraderas.

Los mandatos de género se han transformado pero tienen consecuencias perjudiciales para la autoestima de las mujeres. Los nuevos modelos de mujer han aumentado sus expectativas respecto a las distintas áreas de su vida (laboral, familiar, relacional, sexual...) generando gran exigencia y convirtiéndose en modelos idealizados, que son imposibles de alcanzar. Entendemos que estas expectativas se transforman en barreras que dificultan la posibilidad de acceder a una autoestima saludable. Por otra parte, la presencia de diferentes modelos de feminidad provoca que entren en conflicto, lo que supone que las mujeres no sólo tengan que responder a exigencias excesivas sino, además, contradictorias.

En cualquier caso, apreciarse y estimarse a una misma es un proceso que se inicia desde la infancia y que se prolonga a lo largo de la vida pudiendo sufrir oscilaciones. La relación con nosotras mismas se aprende principalmente a través de los vínculos primarios. Así, en la medida en que alguien es amada, valorada, acariciada, escuchada, reconocida y atendida en sus distintas necesidades va a poder amarse, reconocerse y sentirse digna de aprecio. Es a través de la seguridad y calidad de los vínculos, primero y especialmente con el padre y la madre, pero después en la escuela, con las amigas, con las distintas experiencias de vida... que conformamos una imagen y relación con nosotras mismas. Cada mujer habrá vivido situaciones diferentes, pero también la experiencia terapéutica puede ser un nuevo espacio que permita, en el vínculo con los y las profesionales, aumentar su autovaloración y aprecio personal.

“La autoestima no es voluntaria, espontánea o natural. No proviene de una fuente ajena, sino de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida” (Lagarde y de los Ríos, 2000: 87)

1. Barreras para una autoestima saludable

El desarrollo de una drogodependencia conlleva dificultades para vivir procesos clave que están en la base de la autoestima y debemos analizarlas con perspectiva de género porque no afectan igual a los hombres y las mujeres con drogodependencia. A continuación señalamos algunas:

- **Pensar positivamente sobre una misma y reconocer cualidades y recursos personales.**

La autocritica que se hacen las mujeres por ser drogodependientes dificulta cualquier posibilidad de valorar otras cualidades, como si las anulara (por ejemplo, "qué más da que seas generosa, si consumes drogas"). El hecho de ser drogodependiente y mujer supone una doble transgresión y penalización social. La internalización de este estigma es un claro obstáculo para su autoestima, y mucho más para las mujeres adictas que son madres.

De hecho, es habitual entre las mujeres la tendencia a devaluar todo aquello que parte de ellas mismas -sus actividades, logros, responsabilidades- en la medida en que procede de alguien, que consideran, poco valiosa.

- **Identificar y aceptar los propios sentimientos.**

A menudo, en la base de una drogodependencia hay dificultades para aceptar ciertas emociones. A veces, la sustancia se utiliza para dejar de sentir (el malestar de exigencias familiares, pérdidas, dolores por violencia y abusos...). Los efectos del consumo dificultan conectar con dichos sentimientos.

- **Identificar las propias necesidades y deseos.**

Hay necesidades -no satisfechas- que pueden facilitar la adicción pero, a su vez el consumo permite desconectar de las mismas, así como olvidar o confundir otro tipo de necesidades:

- Descansar y tener ayuda ante la sobrecarga.
- Sentirse gratificada.
- Autonomía.
- Intimidad.

- **Mantener comportamientos de autocuidado.**

El deseo de la sustancia frecuentemente no deja tiempo, dinero, energía o interés para el autocuidado. Algunas mujeres pueden mantener una buena imagen, aunque probablemente descuiden la alimentación, los tiempos de descanso, la asistencia a revisiones médicas, etc.

- **Mantener relaciones nutricias.**

A menudo, las relaciones a las que acceden las mujeres drogodependientes no favorecen su autoestima, más bien al contrario. A lo largo de su vida pueden encontrarse con personas que únicamente les valoren como objeto sexual o establezcan relaciones de abuso o de violencia en circuitos de consumo; o simplemente no se establezca un vínculo de afecto, en la medida que la sustancia interfiere en la relación. Además, es posible que en el ámbito familiar, reciba menos apoyo de su entorno.

- **Tener condiciones de vida saludables.**

Hay entornos y condiciones de vida que dificultan una autoimagen positiva: no tener un lugar donde vivir, no disponer de recursos económicos propios, vivir con sobrecargas excesivas, desenvolverse en entornos marginales, pertenecer a grupos sociales minoritarios.

- **Favorecer unos valores personales positivos.**

La prioridad de la sustancia y la adaptación a un entorno –el del consumo– que funciona con normas propias, puede quebrar valores personales como la sinceridad, y dificulta el reconocerse y reafirmarse en los propios criterios.

2. La recuperación de la autoestima

El hecho de iniciar tratamiento puede facilitar cambios dependiendo de cada mujer y de sus circunstancias particulares. Suele ocurrir que el inicio del tratamiento permite mejorar condiciones de vida, favorece el autocuidado, incluso, mejora la propia valoración (la mujer se “siente” drogodependiente pero también que está dando pasos para cambiar esa situación). Sin embargo, otras dificultades requieren un acompañamiento y un trabajo específico generalmente más largo.

Planteamos que la autoestima se puede y se debe trabajar de forma específica pero también como dimensión transversal al abordar otras muchas áreas del proceso terapéutico (por ejemplo, la sexualidad, las relaciones, la violencia, etc).

El proceso de recuperación de la autoestima supone recorrer ciertos pasos (no siempre de forma lineal) que pueden servirnos como marco de referencia. Como punto de partida, consideramos importante transmitir la idea de proceso. Desde los primeros momentos de la intervención se evidencia la autoestima como una preocupación y un objetivo de cambio para las mujeres.

Basándonos en la publicación del Instituto de la Mujer, titulada “Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima”, para recuperar la autoestima podemos plantearnos el siguiente recorrido¹:

- 1) Autoconocimiento.
- 2) Autoaceptación.
- 3) Autoafirmación.
- 4) Autoresponsabilización.

1. Facilitar el autoconocimiento.

El primer paso, por tanto, es ayudar a la mujer drogodependiente a conocerse mejor. Eso significa “tener conciencia acerca de qué es lo que piensa de sí misma, qué muestra a las demás personas, cómo habla de sí, qué destaca y qué oculta”. En otras palabras, que pueda identificar y diferenciar:

- Pensamientos.
- Creencias y valores.
- Necesidades, deseos y proyectos.
- Afectos, sentimientos y emociones.
- Formas de comportarse.
- Cualidades, habilidades y recursos.

A continuación, concretaremos algunos elementos prácticos que pueden facilitar el trabajo para el autoconocimiento en cada una de sus dimensiones, aunque remitimos al texto mencionado para profundizar en este tema.

1.1. En relación a los pensamientos.

- Valorar en qué medida está siendo demasiado autocrítica (por ejemplo cuando dice que es demasiado voluble, egoísta o rebelde, que no vale para tal o cual cosa) y reflexionar sobre dichas etiquetas.
- Ayudarla a cuestionar las connotaciones negativas que conlleva la palabra drogodependiente; entendiendo la drogodependencia como un problema de salud frente a otras etiquetas o explicaciones posibles, como “viciosa”, “débil”, “me va la marcha”.
- Entender la doble penalización que se impone a las mujeres por ser drogodependientes y su origen en estereotipos de género.

- Entender el lenguaje como una expresión de la autoestima. Modificar las palabras cuando se refiere a sí misma de forma despectiva o peyorativa, para eliminar una de las maneras en que se autoagrede. Todo ello, sin perder de vista el punto anterior, ya que de otro modo podríamos culpabilizar inadvertidamente a la mujer por tener una baja autoestima.

1.2. Respeto a las creencias, mandatos y valores (“tengo que”, “debería”).

Consideramos necesario un trabajo educativo que les permita entender los valores que han incorporado y, en qué medida se han modelado en consonancia con las personas y grupos significativos de su entorno. Una vez hecho este análisis, podemos preguntar cómo influyen dichos valores en su comportamiento y qué consecuencias tienen (por ej. sentimientos de culpa). En última instancia, será necesario apoyarle para que pueda preguntarse “si tales deberes y valores son actualmente válidos para ella y de si los quiere conservar.”¹

Por otro lado, hemos de analizar el rechazo a valores que han dirigido su comportamiento en las etapas de consumo; creencias y comportamientos que las pueden avergonzar y sentir culpa. Facilitar un mayor conocimiento de sí mismas, lo que requiere tomar conciencia de las propias contradicciones, y comprender sus sentimientos y sus formas de actuar. Por ejemplo, que las mujeres entiendan sus sentimientos de culpa vinculados a la trasgresión de los mandatos de género.

Consideramos un objetivo terapéutico que puedan aceptar la trasgresión de sus valores durante la etapa de consumo y comprenderla en el contexto de la dependencia, de modo que le sea posible asumir su conducta anterior y llegar a reconciliarse consigo misma.

1.3. En relación a las necesidades, deseos y proyectos.

Entender cómo la autoestima de las mujeres se ha basado en la estima de los y las demás. Las mujeres han sido educadas para atender emocionalmente a otras personas y han tenido que renunciar a sus propias necesidades, que son relegadas una y otra vez. De este modo, se han acostumbrado a posponer las suyas (cuidarse, divertirse, aprender,...) llegando a confundir sus necesidades con las de los demás. Si las demandas que los otros requieren están cubiertas, ellas se sienten satisfechas. Por eso es tan frecuente escuchar “si él está bien, yo estoy bien”.

A partir de esta reflexión podemos plantear como objetivo, que las mujeres tomen contacto con sus necesidades y deseos.

Tendremos que tener presente que cuando no se ha hecho habitualmente, identificar necesidades y deseos propios, no es una tarea sencilla. Hace falta tiempo y se precisan vivencias y experiencias nuevas, que puedan aportar referentes y alternativas frente a los mandatos de género. En otros casos, como ha sido una tarea largamente descuidada, la mujer puede sentirse abrumada o desbordada por la presencia de múltiples necesidades previamente desatendidas, más aún en el estado de consciencia y conexión consigo misma que permite la abstinencia.

1.4. Respeto a los sentimientos, emociones y afectos.

El objetivo es nuevamente, que aprendan a tomar contacto y a discriminar sus propios sentimientos, emociones y afectos. Podemos dividir este aprendizaje en pasos consecutivos; primero que aprenda a nombrar sus emociones, segundo, que pueda comprender sus sentimientos, y tercero que sepa buscar alternativas de autocuidado.

En este sentido, cabe destacar el aprendizaje en la discriminación y expresión de sentimientos y emociones como, por ejemplo, la ira. Por otro lado, la agresividad, entendida como una expresión de poder, es contraria a la sumisión que se ha adjudicado al rol femenino.

1.5. Respeto a las formas de comportamiento.

Podemos revisar comportamientos cotidianos para que las mujeres identifiquen aquellos que le ocasionan sufrimiento o que suponen obstáculos para el cambio personal. Por ejemplo, cuando la mujer no mantiene el tratamiento con la continuidad necesaria, cuando prioriza las necesidades de su pareja frente a las suyas... A partir de ahí, se puede reflexionar sobre su historia previa (cómo, dónde se han aprendido), se pueden cuestionar y replantear.

El tratamiento también implica una recuperación de su autocuidado; desde las conductas más sencillas y evidentes como la higiene, la imagen personal, la nutrición o el descanso hasta otras que forman parte de dimensiones mucho más complejas, tales como la elección de actividades, de ambientes y, muy especialmente, de relaciones. Así, se convierten en elementos para la reflexión:

- El tipo de actividades en las que ocupa su tiempo libre: si lo utiliza para ella o para otras personas y en qué medida le hace crecer personalmente o no. Por ejemplo, puede tratar de disminuir sus sentimientos de culpa tras una recaída, buscando agradar a la familia, evitando salir incluso en situaciones que no tendrían ningún riesgo. El proceso terapéutico ha

de ayudar a descubrir nuevas actividades nutricias, a atreverse a experimentarlas y a mantenerlas si resultan positivas para ella, dándoles un lugar en la organización de su tiempo.

- Los ambientes en los que se desenvuelve. No sólo por la relación que puedan tener con las situaciones de consumo o con el estilo de vida anterior, sino también por lo que significan para ella y para las demás personas. Hablamos de los distintos espacios (laborales, de ocio,...) y de la imagen que los y las demás le devuelven de sí misma, facilitando o dificultando su autocuidado y su autoestima.
- Las relaciones que mantiene, pueden y deben ir cambiando con la abstinencia. Un elemento clave es saber alejarse o, al menos, establecer límites en las relaciones con personas consumidoras. En la práctica, estas decisiones suelen requerir un largo proceso, mucho más complejo si hablamos de relaciones de pareja, pero han de ser siempre, decisiones tomadas por la propias mujeres.

Aunque el tema de las relaciones afectivas se desarrolla más detenidamente en otros capítulos de esta publicación, sí queremos destacar como un objetivo clave en la intervención que las mujeres aprendan a tener en cuenta su bienestar personal a la hora de valorar las relaciones que retomen, inicien o mantengan. Bienestar personal que será posible en la medida en que sus relaciones impliquen empatía mutua, creatividad, respeto a los derechos de ambos y faciliten una imagen valiosa de sí mismas. (Miller, 1997, citada en Covington, 2002).

En programas de menor exigencia, o en los procesos en los que las mujeres no abandonan el consumo, también se puede trabajar el autocuidado. En esta línea, podemos incluir objetivos encaminados a disminuir en lo posible el riesgo que conlleva el consumo de drogas (por ejemplo, cuando planteamos no compartir material de consumo ni siquiera con la pareja). En realidad, debemos reflexionar en qué medida podemos trabajar cada uno de los elementos que facilitan el autoconocimiento, sin esperar a situaciones ideales de estabilidad y/o abstinencia para su abordaje.

1.6. En relación a las cualidades y recursos personales.

En el proceso de autoconocimiento, irán poniéndose de manifiesto las fortalezas de cada mujer, en forma de logros, cualidades o habilidades que el o la profesional tendría que rescatar, otorgándoles un lugar destacado. En algunos casos, podremos trabajar con las estrategias y recursos utilizados por las mujeres para salir de situaciones vitales críticas. Muchas veces, encontramos en los relatos de sus vidas, verdaderas historias de supervivencia, de las que con toda seguridad, podremos extraer elementos positivos que valorar.

Tan importante como identificar lo que contribuye a elevar su autoestima, es el reconocer lo que facilita el proceso contrario, lo que las mujeres consideran sus defectos o limitaciones. Habrá que aprender a nombrarlos sin avergonzarse por ello, diferenciando comportamientos y etiquetas, y cuestionar la doble penalización (como drogodependientes y como mujeres) a la que hacíamos referencia antes.

2. Promover la autoaceptación.

Aceptarse no significa que no se pueda cambiar, todo lo contrario. Si la mujer admite lo que es (con sus sentimientos, cualidades, defectos...), podrá comprender sus decisiones y comportamientos y será más consciente ante ellos, aumentando su autonomía y sus posibilidades de cambio. "Las mujeres pueden ser más fuertes cuando no niegan la realidad o la evidencia: para aprender a ser más activa debe aceptar que, a menudo, actúa pasivamente; no puede superar un miedo o cambiar un rasgo que no admite como propio; no puede perdonar lo que no reconoce haber realizado."

Que se acepte en toda su complejidad, con sus pensamientos, sentimientos y comportamientos –por muy contradictorios que sean– puede permitir que llegue a aceptar sus errores, incluso cuando su familia u otras personas significativas no lo hagan. Esta respuesta del entorno está influida por la trasgresión que supone el consumo en las mujeres, pero también por lo que significa la drogodependencia para las propias personas cercanas (madre, padre...), a modo de fallo personal.

La propia aceptación del o de la terapeuta hacia la mujer drogodependiente constituye una experiencia que en sí misma facilita la autoaceptación, y desde la que ella puede reinterpretarse a sí misma. También, la participación en grupos de mujeres en los que pueden identificarse, expresarse y apoyarse mutuamente, multiplica la experiencia de la autoaceptación, incluso a pesar de los límites y dificultades. Por otra parte, los grupos de mujeres pueden facilitar otro aprendizaje sumamente importante, el de construir relaciones positivas entre iguales; desde ahí es más fácil recuperar la autoestima.

3. Desarrollar competencias de autoafirmación.

Hasta este momento, hemos hablado fundamentalmente de un proceso de reflexión y de toma de conciencia. Lógicamente el objetivo es que dicho trabajo pueda traducirse y reflejarse en nuevas formas de comportamiento por parte de las mujeres, en varios sentidos:

3.1. Comunicar de forma clara y segura sus necesidades, deseos y sentimientos a otras personas.

3.2. Establecer límites en el contexto de sus relaciones, para que pueda decir no cuando lo desee: a una relación sexual no deseada, a ser controlada por otros, a renunciar a actividades para sí misma, a responder a demandas excesivas de su entorno, etc.

Hay otro tipo de límites que ha de aprender a poner, por ejemplo, cuando en su entorno se mantiene el mismo discurso que cuando ella consumía (reproches, críticas, control desproporcionado,...). Y los límites a antiguas relaciones consumidoras –que ya mencionábamos antes– que pueden requerirlas para divertirse o consumir..., y que son verdaderos obstáculos para el cambio.

3.3. Pedir ayuda de forma explícita, incluso cuando se sospecha o se anticipa una negativa. Pedir ayuda ante una posibilidad de recaída es un aprendizaje clave para avanzar en el proceso de recuperación de la autoestima.

3.4. Discrepar abiertamente, expresar opiniones y desacuerdos y desarrollar habilidades de negociación.

El desarrollo de estas competencias de autoafirmación nos llevará al cuestionamiento de creencias sobre los roles de género. Puesto que éste es un trabajo lento, que le puede desanimar, es muy importante establecer metas realistas y que asuman como punto de partida las dificultades para cambiar patrones de comportamiento muy asentados.

4. Alcanzar la autoresponsabilización.

El camino propuesto es probablemente un recorrido que excede el tiempo de tratamiento, pero lo que la intervención sí debe proveer a las mujeres es un mínimo de recursos personales (de autoconocimiento, autoaceptación y autoafirmación) que posibiliten la confianza en ellas mismas. Para esto es imprescindible que asuman la responsabilidad de sí mismas, de su autoestima y de su futuro.

En todo el proceso terapéutico ayudaremos a que las mujeres ocupen el lugar de sujeto activo, lo que significa que a lo largo del tratamiento ellas deben ser quienes tomen sus propias decisiones y quienes actúen en relación a sus problemas, de modo que se traduzca en acciones cotidianas en todos los ámbitos de su vida. En otras palabras “esto supone que las mujeres sean responsables de su propio tiempo, de su propia salud, de su trabajo, en definitiva de su bienestar.”¹

En el caso de las mujeres drogodependientes, la sustancia ha ocupado el lugar central de sus vidas; en ella han depositado su bienestar pero además, con ella se ha ido gran parte de su tiempo y se han alejado otras posibilidades y responsabilidades. Por todo ello, consideramos clave el trabajo de la responsabilidad personal, responsabilidad entendida, no como sobrecarga, sino como una actitud de autocuidado ante la propia vida, que se ha de ir incorporando progresivamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Baker Miller, Jean. Psicología de la mujer. Barcelona, Paidós, 1992.
- Covington, Stephanie S. Helping women recover: Creating gender responsive treatment. En Handbook of addiction treatment for women: theory and practice. Ed. SLA Strausser and Brown Jassey Bass Willei. 2002
- Daskal, Ana María. Permiso para quererme; reflexiones sobre la autoestima femenina. Barcelona, Paidós, 1994.
- Dio Bleichmar, Emilce. La depresión en la mujer. Madrid, Temas de hoy, 1999.
- Dowling, Colette. El complejo de Cenicienta. Buenos Aires, Grijalbo, 1982.
- Instituto de la Mujer. Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Madrid, 2005.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Madrid, Horas y horas, 2000.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. Para mis socias de la vida. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, los liderazgos entrañables y las negociaciones en el amor. Madrid, Horas y horas, 2005.
- Steinem, Gloria. La revolución desde dentro. Un libro sobre la autoestima. Barcelona, Anagrama, 1992.
- Wolf, Virginia. Un cuarto propio. Madrid, Horas y horas, 2003.

Notas

- 1 El trabajo en grupo de la autoestima y su desarrollo práctico puede encontrarse en la publicación mencionada anteriormente "Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima". Instituto de la Mujer, 2005.

La salud sexual en las mujeres drogodependientes

Mercedes Palop

- 1 Riesgos para la salud sexual
- 2 La instrumentalización de la sexualidad
- 3 Los abusos sexuales en la infancia
- 4 Objetivos de tratamiento para abordar la sexualidad

“La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.” (OMS 2002)

La interacción entre sexualidad y drogodependencia es compleja. En algunas ocasiones, las dificultades en el ámbito sexual pueden considerarse como factor de inicio o mantenimiento de la adicción¹. Así, el tratar de sentirse desinhibida sexualmente o el intentar superar algún problema sexual puede favorecer el comienzo del consumo. Otras veces, las dificultades con la orientación del deseo son las que motivan el abuso de sustancias; adolescentes que cuando descubren su deseo hacia personas del mismo sexo intentan paliar su angustia con la utilización de drogas.

A su vez, la sexualidad puede verse influida por el consumo de drogas. En cuanto a la dimensión biológica, son conocidos los efectos sobre la regulación hormonal que produce el consumo abusivo de sustancias, pudiendo tener problemas menstruales, amenorrea o dismenorrea y presentar alteraciones en su vida sexual:

- Los opiáceos provocan una disminución de deseo sexual y dificultan el tener un orgasmo.
- El alcohol, en la medida en que desinhibe puede ser facilitador del deseo sexual para algunas mujeres, pero interfiere en los mecanismos de transmisión refleja de la excitación sexual, dificultando el tener un orgasmo o incluso su intensidad.
- La cocaína, dado su efecto estimulante sobre el sistema nervioso central facilita la excitación y la respuesta sexual, sin embargo las investigaciones refieren la aparición de disfunciones sexuales con el abuso de la cocaína. Algunas personas consumidoras creen que el frotar el clítoris o el glande con cocaína aumenta la excitación, sin embargo es conocido el efecto anestésico local de la cocaína, lo que produce una menor sensibilidad genital. Son las expectativas derivadas de esta conducta, las que tal vez puedan modificar las sensaciones percibidas.
- El consumo abusivo continuado de cannabis produce una disminución en el deseo sexual, aunque en la medida que desinhibe y relaja a veces es utilizado como facilitador del encuentro sexual.
- El éxtasis es conocido por sus efectos entactógenos. Provoca mayor sensualidad y deseo de contacto físico aunque, si se produce un consumo abusivo, a largo plazo aparece una disminución del deseo sexual y anorgasmia.

Más allá de la dimensión biológica, cuando la mujer entra en la dinámica de la adicción, su

sexualidad puede verse afectada. Es posible que la relación que establece con su cuerpo y con el placer, se modifique y que cambie la comunicación y la relación consigo misma y con los y las demás, relegar la sexualidad a un segundo plano o promover una sexualidad al servicio de la sustancia. Por otra parte, en lugares de ocio nocturno, zonas de venta de droga o cuando conviven con otros adictos las mujeres se pueden encontrar inmersas en escenarios donde la presión a mantener relaciones sexuales con compañeros consumidores sea más fuerte o vivir situaciones con un riesgo añadido de violencia sexual.

En cualquier caso, no se ha de buscar el “perfil sexual” de la mujer drogodependiente, pues fácilmente podemos caer en estereotipos. En la sexualidad influye la educación sexual recibida, la edad, la historia psicosexual de cada una, la presencia de pareja o no, las características de personalidad etc.

1. Riesgos para la salud sexual

Teniendo en cuenta la variabilidad mencionada, es cierto que las mujeres con un uso problemático de drogas viven circunstancias que facilitan la exposición a diferentes riesgos para su salud sexual:

1. Los estados de intoxicación y relaciones sexuales.

La ebriedad disminuye la capacidad autocrítica y la percepción del riesgo, facilitando la no utilización del preservativo o la elección poco exigente de parejas sexuales.

2. Creencias erróneas sobre la etapa fértil en periodos de consumo.

La amenorrea producida por los opiáceos, así como las alteraciones menstruales derivadas del abuso de cocaína y alcohol son interpretadas como pérdida de la ovulación. Esta confusión refuerza la presencia de conductas de riesgo y, por tanto, la probabilidad de un embarazo no deseado.

3. La pareja de una mujer drogodependiente suele ser otro drogodependiente.

Entre consumidores de opiáceos, existe una alta prevalencia de infección por VIH que aumenta el riesgo de transmisión en mujeres cuya pareja es un toxicómano. La mayoría no utiliza preservativo sistemáticamente², especialmente entre quienes tienen pareja estable³.

4. Historia infantil de abusos sexuales

Un considerable porcentaje de mujeres con problemas toxicológicos han sufrido abusos sexuales en su infancia. Una historia abusiva, es un facilitador para volver a ser sometida a situaciones de violencia sexual, así como para tener dificultades a la hora de negociar la utilización de métodos anticonceptivos.

5. Vulnerabilidad biológica⁴

Mujeres y hombres presentan factores de vulnerabilidad biológica ante la transmisión heterosexual del VIH, observándose que el riesgo de este tipo de transmisión de hombre a mujer es hasta doce veces mayor que de mujer a hombre debido a varios factores:

- El semen posee una mayor concentración vírica que el flujo vaginal y, por lo tanto, un mayor potencial infectante.
- En la mujer la superficie mucosa expuesta al contacto sexual es mayor, resultando más frágil. Además, pueden aparecer diminutas roturas en la mucosa vaginal o cervical que facilitan el contacto del virus contenido en el semen del hombre con la sangre de la mujer.
- Las infecciones de transmisión sexual son facilitadoras de la transmisión del VIH, además, algunas infecciones cursan asintomáticas incrementándose aún más el riesgo de infección al VIH.

2. La instrumentalización de la sexualidad

La adicción a las drogas puede considerarse como una trasgresión social, pero para las mujeres supone además una trasgresión de los mandatos del rol de género. Esta percepción tiene consecuencias para la vida y la salud de las mujeres, entre otras, el que determinados varones se crean con derechos sobre el cuerpo de las mujeres y les fuercen a mantener relaciones sexuales.

También, las mujeres pueden, en alguna ocasión, el realizar una instrumentalización de su sexualidad utilizando su cuerpo para obtener mediante relaciones sexuales determinadas sustancias, alejándose de las posibilidades que este tipo de encuentros pueden tener como espacio de comunicación.

Por otra parte, puede ser útil el abordar la utilización comercial que se hace del cuerpo de las mujeres, como es el caso de los medios de comunicación, y en especial por parte de la publicidad, que utiliza imágenes en las que se disocia el cuerpo sexuado del resto de su persona para promover el consumo de productos y servicios.

En el proceso de tratamiento es necesario tener en cuenta las secuelas derivadas de las experiencias de instrumentalización. Cómo son sentidas, qué han significado para cada mujer y cómo les han influido, ayudándolas a elaborar dichas vivencias como parte de su desarrollo personal.

Todo este proceso debe ser abordado en el marco de los nuevos modelos de mujer. Las mujeres han rescatado una mayor libertad sexual, ejercen el derecho a vivir su sexualidad, a disfrutar, a tener iniciativa en la vida sexual... pero, también se crea un imaginario en el que la mujer ha de ser sexualmente activa y demostrar su capacidad sexual, por lo que de nuevo, las mujeres tienen el riesgo de desconectarse de sus deseos.

3. Los abusos sexuales en la infancia

Diferentes investigaciones refieren historias de abusos sexuales u otro tipo de violencia durante la infancia en mujeres drogodependientes. Del 32% al 66% de mujeres que en la actualidad son adictas sufrieron historias de agresiones sexuales durante la infancia⁵.

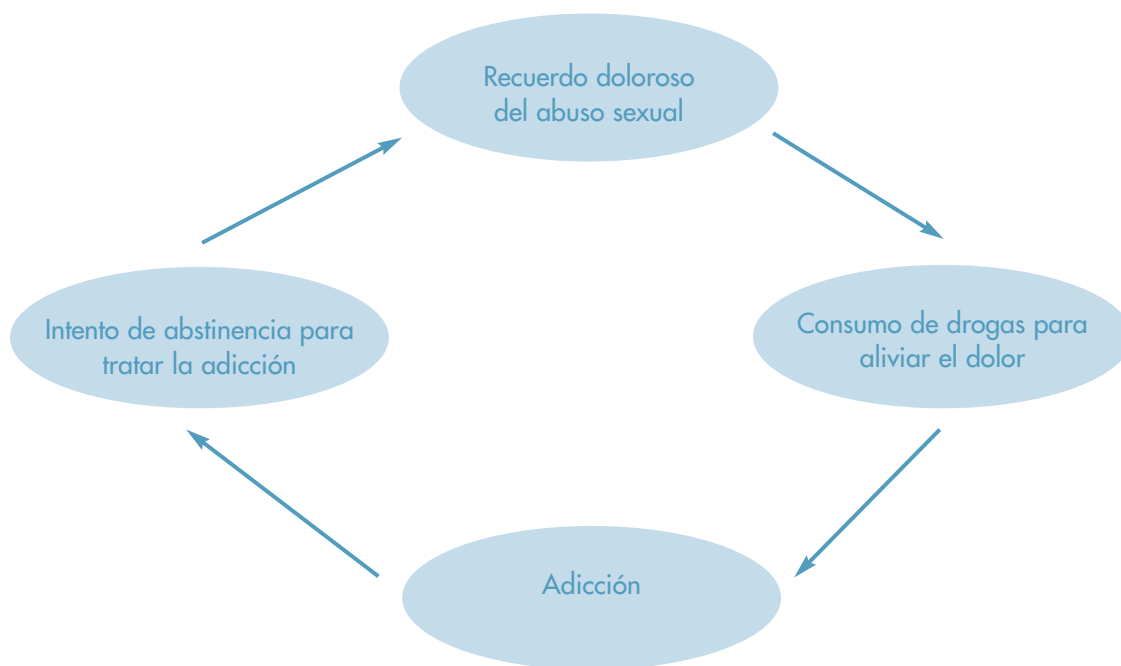
Ante una historia de abuso sexual en una paciente drogodependiente surgen muchas preguntas: ¿Es necesario abordar siempre la historia de abuso? ¿Cuándo hay que tratar el abuso y cuando la drogodependencia? ¿Cómo puede dificultar la historia de abusos sexuales en la rehabilitación? ¿Qué objetivos terapéuticos debemos plantearnos con las usuarias ante una historia ya pasada, incluso olvidada?

Veamos algunos indicadores para valorar la conveniencia de trabajar el abuso sexual o no:

- Un determinante clave para decidir si conviene tratar el abuso sexual que los problemas presentes estén relacionados con aquellas experiencias.
- La capacidad de introspección e integración: a menudo el deterioro derivado de relaciones primarias deviene en dificultades para la simbolización y requerirá un abordaje, con un encuadre y objetivos terapéuticos que pueden desbordar los límites de un tratamiento en drogodependencias.
- Las estrategias de supervivencia desarrolladas por cada persona hasta el momento y las alternativas positivas de ayuda que puede esperar recibir de su entorno inmediato.
- La demanda realizada por la paciente.
- Las posibilidades del encuadre terapéutico para realizar este acompañamiento...

Las relaciones entre consumo de sustancias y abuso sexual en la infancia según Simmons⁶ (1998) puede convertirse en un círculo vicioso en el que la adicción es causada por la historia abusiva pero, además puede estar interviniendo como facilitadora de la recaída.

Gráficamente lo representa según el esquema siguiente:



Es en estos casos cuando se hace especialmente clave intervenir para poder buscar alternativas.

Por otra parte, las mujeres que han vivido abusos y que no han recibido de sus progenitores una intimidad saludable pueden confundir intimidad con sexo y contacto afectivo con contacto sexual. En ocasiones, mujeres con drogodependencia que se encuentran en situaciones afectivas carenciales (por el rechazo familiar y social, el aislamiento que produce la adicción) se acercan al hombre buscando afecto a través del contacto corporal y, éste es leído en los códigos masculinos como la búsqueda de una relación coital, dando lugar a que las mujeres se sientan presionadas a mantener una relación sexual desvinculada de su deseo, repitiendo el ciclo traumático.

4. Objetivos de tratamiento acerca de la sexualidad

La salud sexual de las mujeres drogodependientes debe ser un área más a tener en cuenta en el proceso terapéutico de recuperación de las dependencias. En ese sentido, entendemos que sería necesario acompañar en el logro de los siguientes objetivos terapéuticos:

- **Poder mantener intimidad afectiva sin relaciones sexuales.** Igual que es saludable poder mantener relaciones sexuales sin intimidad afectiva cuando así se desea, es clave gozar de la libertad y seguridad suficientes para poder mantener intimidad afectiva sin que ésta aboque necesariamente en relaciones sexuales. Que el nivel de contacto obtenido en la relación esté vinculado también con su deseo y no únicamente con el del varón.
- **Disfrutar de la sexualidad.** Separar la sexualidad de cualquier otro objetivo que no sea su propio placer, comunicación, o expresión del vínculo amoroso o afectivo. Es decir, recuperar una sexualidad no instrumentalizada en la que poder elegir libremente al compañero sexual.

Ayudarles a respetar su orientación del deseo, a disfrutar con su cuerpo y el de su pareja sea hombre o mujer.

- **Recuperar la aceptación del propio cuerpo.** Promover la capacidad de conectar, disfrutar y amar el propio cuerpo. Tomar contacto con sus necesidades y deseos, sus formas propias de expresión.
- **Reconocer y cuestionar la incidencia de los estereotipos de género en la sexualidad.** Tanto los estereotipos de género tradicionales como los estereotipos asociados a la modernidad pueden estar presionando la libertad de las mujeres. Igual que las mujeres pueden sentirse con dificultades para manejar y negociar con su pareja el preservativo, también pueden sentirse impelidas a mantener una actividad sexual no deseada para no ser etiquetadas como "estrechas" en los códigos modernos. Abordar la incidencia sobre estos estereotipos en la vida sexual de cada mujer adicta y promover sus libertad individual es clave en el proceso terapéutico.
- **Promover una sexualidad segura.** Es necesario la realización de talleres de sexualidad sólo para mujeres donde se pueda abordar todos los aspectos analizados (los estereotipos de género, la vulnerabilidad femenina al VIH, la resistencia a la utilización de métodos de protección, los abusos sexuales, la instrumentalización...). Nos parecen insuficientes y poco apropiados los talleres de sexo seguro que prácticamente se limitan a abordar la utilización del preservativo, olvidándose de otros aspectos prioritarios como los mencionados a lo largo del capítulo.
- **Aprender a establecer los límites deseados en las relaciones interpersonales y sexuales.**

Aprender a respetar sus propias necesidades y deseos frente a los requerimientos y deseos de los otros.

- **Abordar las dificultades en el área sexual.** Tanto si son anteriores al comienzo de la adicción o derivadas de la historia adictiva, es necesario ayudar a la paciente a superar estas dificultades.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Rubio G, Santo – Domingo J. Guía práctica de intervención en alcoholismo. Madrid Agencia Antidroga. Conserjería de Sanidad de al Comunidad de Madrid; 2000
- 2 Insuá,Patricia. y otros Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual educación sanitaria: recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Plan Nacional sobre Sida. Universidad del País Vasco.1999
- 3 Sasse H, Salmaso S, Conti S et al “Behaviour for VIH infection in Italian drug user: report t from a multicenter study”. Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome,2(5), p 486-496.1989
- 4 Velasco Arias Sara. La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/ sida en las mujeres. Madrid: Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- 5 Fundación Atenea Grupo GID “ Análisis de datos de la operación bola de nieve con jóvenes consumidores de cocaína de Torrejón de Ardoz” Diciembre 2006 M° de Sanidad y Consumo. Salud Madrid. Agencia Antidroga.
- 6 Simmnons Katherine P,Sack Terry, Miller Geri, Abuso sexual y sus implicaciones de la dependencia química de mujeres en tratamiento RET Revista de toxicomanías nº 14 p 12-18.1998

La maternidad en las mujeres con drogodependencia desde una perspectiva de género

Mercedes Palop

- 1 La influencia de los estereotipos de género en la vivencia de la maternidad
- 2 La vivencia del embarazo y parto
- 3 La relación entre drogodependencia y maternidad
- 4 El entrenamiento en habilidades maternas
- 5 Objetivos de tratamiento para abordar la maternidad

Cuando se ha abordado el tema de la maternidad y drogadicción habitualmente se ha focalizado la atención casi exclusivamente en las criaturas, prestando poco interés a las madres como mujeres. Así, la bibliografía se ha centrado extensamente en los efectos de las sustancias en el embrión y las consecuencias socioeducativas en los niños y niñas debido a la adicción de sus progenitores, prestando mínima atención a las madres drogodependientes como sujetos de análisis e intervención a partir de sus intereses y necesidades.

Si tratamos de abordar la maternidad de las mujeres drogodependientes atendiendo a esta nueva óptica, inmediatamente nos surgen interesantes cuestiones sobre las que trataremos de reflexionar:

- La influencia de los estereotipos de género en la vivencia de la maternidad
- La vivencia del embarazo y el parto en mujeres drogodependientes
- La relación ente la maternidad y adicción
- Las habilidades de maternaje como parte del proceso de rehabilitación

1. La influencia de los estereotipos de género en la vivencia de la maternidad

Tradicionalmente se ha identificado ser mujer con ser madre. Desarrollarse como mujer pasaba por ser madres, considerándose la maternidad fuente de valoración social y realización personal. Actualmente, coexisten distintos modelos que posibilitan diferentes proyectos de vida de las mujeres. Ha cambiado el imaginario social, de modo que, podamos elegir ser madres o no, si bien sigue existiendo un modelo ideal de ser madre. A menudo, para muchas mujeres y especialmente para las drogodependientes ser madre va a suponer nuevas exigencias por los mandatos internalizados, que generará dificultades en el ejercicio de la maternidad.

Así, de una "buena madre"¹ se espera en relación a sus hijos e hijas:

- Amor inmediato, desde el mismo momento que nacen se espera de la madre un amor abnegado, antes incluso de que de tiempo a que establezca el vínculo.
- Disponibilidad incondicional en cualquier momento y situación: una madre ha de ser generosa dedicando todo su tiempo y poniendo todos sus recursos al servicio de sus hijos e hijas.
- Comprensión: una madre debe saber o incluso adivinar las necesidades de sus criaturas.
- Cuidados: Se espera de las mujeres que sientan placer en ser solicitadas y al brindar los cuidados hacerlo con cariño y con alegría.

Todas estas cualidades tan idealizadas no se exigen en igual medida a los hombres por el hecho de la paternidad. Se espera que las madres sean las principales responsables de la educación y bienestar de los hijos e hijas. Todas estas representaciones internalizadas sobre la maternidad, en realidad están más ligadas a estereotipos de género (sobre qué es ser hombre y mujer) que a las necesidades infantiles. En cualquier caso, el incumplimiento de estos mandatos en situaciones de dificultad como en la drogodependencia, va a ser vivido de forma muy negativa por parte de las mujeres.

" Es tan secular la idea de que la maternidad viene asegurada por el sexo femenino, que es inherente a la más elemental feminidad, que una mujer que por cualquier razón tiene dudas, dificultades o problemas en torno a la maternidad sufra adicionalmente un sentimiento torturante y hondo de auto descalificación como ser humano. El círculo nefasto se cierra porque la inquietud e inseguridad de la madre sobre sus capacidades la conduce involuntariamente a desempeñarse con muchas dificultades. De tal manera, que la profecía auto cumplida se instala" ² (Dio Bleichmar, 2005:88)

Si para cualquier mujer es dificultoso cumplir con esa imagen idealizada, lo es aún más para aquellas mujeres drogodependientes que por su adicción puedan tener dificultades para atender las funciones básicas maternas.

Los obstáculos reales que atraviesan en el ejercicio de su maternidad desde la adicción, unido a las exigencias derivadas por estereotipos de género, van a provocar:

- Profundos sentimientos de culpa por los problemas en la atención a la descendencia (comparativamente mucho mayor que en el hombre, que de hecho la desatiende en mayor medida).
- Mayor estigmatización y presión social sobre la madre drogodependiente.
- La necesidad de negar sus conflictos en relación a la maternidad como forma de protegerse frente a los sentimientos que despierta esta realidad.

Por otro lado, las expectativas diferenciales de los y las profesionales hacia los padres y madres drogodependientes pueden plasmarse inconscientemente en la relación que se establece con ambos. Así, se comprende peor, e incluso se juzga a aquellas mujeres consumidoras que tienen dificultades en la atención a sus hijos e hijas, siendo mucho mayor la condescendencia hacia los hombres, a pesar de que habitualmente son las mujeres quienes intentan cuidarles y atenderles. Puede ocurrir que las mujeres en tratamiento que acuden para ser apoyadas y

acompañadas reciban críticas, juicios, a menudo inconscientes, por el incumplimiento de los roles maternos, cosa que extrañamente se hace cuando es un hombre el que narra la historia sobre su paternidad.

Si bien es evidente, legítima y obligada la necesidad de atención a los derechos y bienestar de los hijos e hijas, no es de menor importancia el no reforzar los estereotipos sobre la maternidad y contemplar los derechos de las mujeres como madres.

En cualquier caso, y antes de pasar a analizar el tema, es necesario retomar la idea de que existen perfiles muy diferentes de adicciones y también de mujeres y, por lo tanto, de formas de ser madre.

“Queda de hecho todavía por demostrar que el estado de toxicodependencia de una madre genere condiciones de abandono, maltrato o disfuncionalidad en el crecimiento del niño y las investigaciones realizadas hasta el momento nos conducen a conclusiones de signo opuesto. También este caso sería útil desarrollar líneas de investigación cualitativa para una mejor comprensión de los problemas.” (Scotto y Simonelli, 1999)

Las dificultades en la atención y cuidado de los hijos e hijas van a estar mediadas por una serie de variables como determina Sánchez Moro³ (2000), que aumentan los problemas de abandono:

1. La adicción o dependencia en ambos cónyuges y el entorno familiar, así como el tener recaídas y reingresos en tratamiento.
2. La precariedad socioeconómica.
3. La marginación o participación en: tráfico de drogas, prostitución, delincuencia...
4. El estado de salud precario: convivir con sida o enfermedades de diversa índole, hospitalizaciones...
5. La inestabilidad familiar, separaciones, ausencias, problemas de vivienda...
6. El aislamiento social, la falta de soporte y apoyos sociales.
7. El alto número de incidencias legales, condenas y estancias en prisión.
8. Las posibilidades de que hijos e hijas puedan mantenerse al margen de dicho problema.

2. La vivencia del embarazo y parto en mujeres drogodependientes

En algunas ocasiones, las mujeres con drogodependencia planifican el embarazo, planteándose la necesidad de controlar el consumo o abandonarlo. En otros casos, los embarazos no son planificados, al menos de forma consciente, debido a:

- Dificultades en la planificación de metas y también en la planificación familiar⁴.
- La amenorrea y dismenorrea producidas por las alteraciones hormonales que provocan las sustancias es entendida por las mujeres como pérdida de la ovulación, circunstancia que influye en la disminución del uso de métodos anticonceptivos.

Las mujeres que consumen determinadas drogas pueden tardar más en tomar conciencia del embarazo, confundidas por las alteraciones menstruales o por la poca atención prestada al calendario de sus ciclos.

Ante la confirmación del embarazo, a menudo, se vive como una salvación, una oportunidad de interrumpir el consumo y una fuente de valorización personal. En algunos casos, incluso previos al embarazo, las mujeres fantasean con el embarazo como solución mágica para abandonar su adicción. De hecho, suelen dejar el consumo por este motivo aunque, posteriormente, pueda producirse una recaída.

Según la investigación realizada por Irefrea⁵, en población adicta a opiáceos: el embarazo no suele ser buscado, ni planificado, pero da lugar a la reflexión y supone un factor de refuerzo y adherencia a los tratamientos de desintoxicación, aumentando cuando es el primer tratamiento o el primer hijo o hija.

La ambivalencia con la que algunas mujeres viven el embarazo se traduce en un mantenimiento del consumo, a pesar de reconocer los beneficios que pueda tener su interrupción. Este consumo genera intensos y angustiosos sentimientos de culpa, lo que les puede llevar a disminuir la dosis o cambiar a otras sustancias percibidas como menos perjudiciales para el embrión.

El mantenimiento del consumo durante el embarazo incomoda profundamente al profesional cercano que intenta que la mujer tome conciencia de los beneficios que tiene el abandono del mismo, resultándoles difícil el evitar los juicios personales ante estas conductas. En los casos en los que la pareja es consumidora es habitual el mantenimiento del consumo por parte del padre.

La toma de conciencia tardía del embarazo y su falta de planificación va a suponer que el seguimiento de este proceso de salud se realice tarde y de forma poco sistemática.

El embarazo para las mujeres drogodependientes supone una etapa de gran carga emocional y a menudo, angustia por distintos motivos:

- El embarazo, el parto y la maternidad constituyen para cualquiera, drogodependiente o no, un momento de cambio personal y de reorganización propia, de la familia o pareja.
- Existe miedo a tener un hijo o hija con problemas de salud debido a su adicción.
- Necesidad de apoyo familiar, en un contexto de ruptura o dificultades previas con la familia de origen.
- Miedo a perder al hijo o hija por la dificultad de cuidarles y por la intervención de los servicios sociales.

A la vez, las mujeres se ilusionan ante el deseo de cambio en su relación con el consumo de drogas y se ven inmersas en un rol de gran prestigio social, que les da una nueva oportunidad de valorización. En ciertas ocasiones, la maternidad puede implicar diferentes funciones que faciliten el manejo de sus propios conflictos⁶ emocionales. Así, puede ser utilizada la maternidad para:

- Dotar de una nueva identidad y proyecto de vida revalorizado.
- Sustituir emocionalmente la ausencia de sus cónyuges o pareja.
- Proteger de sus angustias de abandono...“La necesidad de encontrar para sí una buena madre se confunde con el deseo de ser madre (J.Seabra Diniz, 1995)”⁷.
- La necesidad de tener “algo propio” en situaciones de carencia.

En algunos casos, durante el embarazo la nutrición deficiente y el estilo de vida de las mujeres drogodependientes provoca mayor frecuencia de anemias, partos prematuros y neonatos con bajo peso. Muchas abandonan el consumo pero las que persisten pueden presentar complicaciones debidas a los efectos de las sustancias como: abortos, ruptura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, hemorragias...⁸

Cuando se ha mantenido el consumo, puede generarse una relación diferente madre-bebé y ser menos gratificante, sobre todo, si ha nacido prematuramente o con síndrome de abstinencia. Estos sentimientos puede acrecentarse, en caso de sentir incompetencia y frustración a la hora de calmar o atender a su bebé.

A modo de resumen, podemos decir que ciertas características del embarazo y el parto pre-

sentas en mujeres consumidoras, indican posibles dificultades posteriores en la maternidad:

- Embarazos no planificados y detectados tardíamente
- Consumo durante la gestación
- Partos prematuros
- Nacimiento del bebé con síndrome de abstinencia
- Idealización de la maternidad y la fantasía de ésta como solución a sus problemas adictivos

3. La relación entre drogodependencia y maternidad

El embarazo y el nacimiento de la descendencia es una fuente de motivación para reducir el consumo, y para entrar en tratamiento⁹. En los casos en los que las mujeres no logran abandonar el consumo, la dificultad viene a la hora de compatibilizar la atención a los hijos e hijas y la drogadicción. Pueden ser vividos como una sobrecarga, pues los requerimientos de la maternidad pueden entrar en colisión con las exigencias de la adicción.

Tratando de dejar a un lado estereotipos, la drogodependencia independientemente de la sustancia que se consume o de su perfil toxicológico, conlleva:

- Dar prioridad a la sustancia,
- Alteraciones y cambios bruscos del humor
- Dificultad para asumir responsabilidades en determinados momentos o atender cuestiones que no sean el deseo de consumo, el síndrome de abstinencia o la intoxicación por las sustancias.
- Culpa o vergüenza por el propio comportamiento y ocultamiento del mismo
- Dificultades para el manejo de los afectos y el autocontrol

Las madres drogodependientes mantienen a diferencia de los padres un claro sentimiento de responsabilidad hacia sus hijos e hijas y realizan esfuerzos para mantener el cuidado de estos. Con independencia de los resultados, esta situación les produce angustia, culpa y el sentirse desbordadas. Ante estos sentimientos pueden funcionar con mecanismos de defensa como la negación o seguir consumiendo.

Ante las dificultades para mantener la continuidad y estabilidad de los cuidados han de establecerse diferenciadas según sustancias:

"De forma general, la mujer alcohólica tiende a atender a sus hijos y efectuar delegaciones en otros familiares, y ejercer un mayor control sobre su consumo para realizar las tareas bási-

cas del hogar, mientras que las mujeres adictas a la heroína, mantienen en general una conducta más inestable y se mueve en los polos de atención-desatención a lo largo del tiempo con respecto al proceso de crianza." ¹⁰

En cualquier caso, en el imaginario colectivo resulta impensable una madre consumidora. Las mujeres se avergüenzan y sienten culpa ante su adicción e intentan, en la medida de lo posible, mantenerla oculta y silenciada.

Cuando la atención a los hijos e hijas se deteriora en parejas coconsumidoras se suele hacer cargo de éstos la madre y, secundariamente, las familias de origen. Habitualmente, la abuela materna asume el cuidado de la descendencia, bien por ausencia de la madre o por delegación de responsabilidades. En algunos casos, se formaliza la atención a través de un acogimiento legal.

Como consecuencia de esta delegación va a aparecer una gran confusión y conflicto de roles en las tres generaciones: las abuelas se hacen madres, las madres se hacen hijas y hermanas y las nietas se convierten en hijas hermanas. Cuando cesa el consumo y la madre drogodependiente desea recuperar el tiempo perdido, se siente desplazada por su propia madre con quien compite. Se vive con falta de autoridad hacia sus propios hijos o hijas, surgiendo dificultades para asumir su rol.

El inicio de un proceso terapéutico es un momento duro que requiere apoyo, tiempo y, en ocasiones, recursos residenciales que pueden suponer una interferencia en la vida familiar. Así, puede tener dificultades para priorizar su propio proceso terapéutico, en la medida en que entre en colisión con los intereses de los y las menores.

Si desde el equipo de tratamiento se propone el ingreso en un centro residencial, la dificultad de atender a sus criaturas y la culpa ante la sensación de que les está abandonando, aunque esta vez sea por un tratamiento, van a limitar seriamente las posibilidades de participación.

4. El entrenamiento en habilidades maternas

La maternidad idealmente debe poder atender los distintos sistemas motivacionales¹¹ de la criatura a través de:

1. Garantizar la adecuada regulación psicobiológica, que no solo hace referencia aspectos

de supervivencia (alimentación, ocio, sueño, higiene, atención en enfermedades...) sino también a la función clave de la regulación de la ansiedad y el malestar, su detección y manejo.

2. Cubrir las necesidades de apego: atención, compañía, protección, expresión de afecto, permanencia y confianza. Establecimiento de interacciones afectivas.
3. Proveer de reconocimiento, valor y una especularización idealizadora que alimente las necesidades narcisistas infantiles, así como de la capacidad de poner límites a conductas disruptivas o a demandas exageradas de una manera tolerable para la niña o el niño.

Al igual que muchas otras madres, y acentuado por la adicción, pueden presentar dificultades en la atención a estas áreas. Así la relación de apego se ve dificultada en su continuidad y estabilidad debido a su adicción o a la abstinencia. Stocco y Simonelli (1999) señalan “una dificultad en la modulación de las distancias, así como la mala gestión de los espacios y los tiempos relacionales.”

Recogiendo las aportaciones de recientes investigaciones de la Dra. Kilmenman

“La relación de apego con el recién nacido y en cuanto al proceso de tratamiento, es bastante frecuente observar el fuerte sentimiento de culpa de estas mujeres, la urgente necesidad de reparar el daño, el deseo de hacer proyectos con los/as hijos/as y el temor a no poder realizarlos. Al contactar con el/la hijo/a, es posible trabajar el vínculo con la madre y, con ello, resignificar la experiencia y otorgarle a ella y al hijo o hija una posibilidad de apego seguro.”¹²

Por tanto, la maternidad de las mujeres drogodependientes, es un hecho que incide en su vida, interfiere en su tratamiento, así como la adicción interfiere en la vida de sus hijos e hijas. A pesar de las dificultades que supone la adicción para desarrollar un modelo de maternidad estable, seguro y atento, es un riesgo considerar a las madres “culpables” y buscar alternativas únicamente basadas en separar a la madre de sus hijas o hijos. Las dificultades en el desarrollo de su maternidad está vinculada, no sólo a las consecuencias derivadas de la adicción, sino también con la vivencia de los modelos de crianza en los que ellas mismas han sido educadas. Sería necesario un planteamiento global en el que las mujeres drogodependientes tuvieran oportunidad de ser apoyadas con sus hijos e hijas, y en el que el proceso de rehabilitación se aborde como otras dimensiones que habitualmente se tienen en cuenta: laboral, tiempo libre...

Esto es importante dado que:

- La relación entre las criaturas y sus madres, a menudo, permanece más o menos inestable, incluso en situaciones de acogimientos o pérdidas de tutela. El contacto casi siempre va a permanecer y sería deseable que fuera de la mayor calidad posible.
- La maternidad, al igual que otras dimensiones de su vida, necesita un espacio de recuperación: sería un error basado en estereotipos, creerse que la maternidad incuestionablemente funciona bien o que espontáneamente se recupera.
- Las mujeres tienen derecho a abordar sus dificultades en la maternidad trascendiendo esquemas culpabilizadores y estigmatizantes

Pueden plantearse diferentes modelos de intervención según las edades de los hijos e hijas, la situaciones personales de las madres o los marcos teóricos de los y las profesionales. En cualquier caso, además del entrenamiento o acompañamiento en aspectos funcionales obvios: higiene, sueño, alimentación, atención escolar, manejo de la conducta infantil, tiempo libre... es necesario que las mujeres puedan disponer de un espacio para pensarse como madres¹³ y comprender las motivaciones conscientes e inconscientes de su comportamiento, así como tener la oportunidad de generar alternativas en la relación con sus hijos e hijas.

5. Objetivos de tratamiento para abordar la maternidad

Sería necesario en el proceso de rehabilitación de las mujeres drogodependientes acompañarles en el logro de los siguientes objetivos:

1. Prevenir embarazos no deseados. Esto supone no solo proveerlas de información (como por ejemplo los métodos anticonceptivos...), sino también otros aspectos relacionados con la motivación para ser madres. Sería recomendable reflexionar el lugar que ocupa la maternidad cuando pretende llenar un vacío o compensar los sentimientos de desvalorización, así como trabajar la autoestima para buscar otras alternativas que faciliten la valorización personal. Asimismo, es necesario reflexionar con ellas acerca de la maternidad como estrategia para lograr la abstinencia al consumo de las drogas.
2. Analizar expectativas ante su maternidad, discriminando la realidad de la fantasía. Ayudarlas a tomar conciencia de los cambios que implica la maternidad en lo referido a la organización del tiempo, a la economía familiar, a la compatibilización de sus necesidades con las de la criatura o a contar con apoyos...
3. Promover el análisis y revisión de los modelos educativos familiares en el que han crecido

con el objeto de comprender su influencia, su significado o su repetición y potenciar la búsqueda de alternativas más saludables en la relación que establezcan con sus hijos e hijas.

4. Reflexionar acerca de la presencia de los estereotipos de género en el ejercicio de su maternidad. Ayudarles a desmitificar conceptos idealizados de maternidad: “si eres madre puedes con todo”, “lo primero y único son los hijos e hijas”... cuestionando posturas que sobrecargan o culpabilizan a las madres diferencialmente de los padres.
5. Dotar de la información necesaria para la adecuada educación de hijos/as en aspectos funcionales básicos: sueño, higiene, alimentación, acompañamiento escolar.
6. Aportar un espacio de reflexión grupal que les permita pensarse como mujeres madres y profundizar y tomar conciencia sobre las distintas funciones maternas de apego, regulación psicobiológica del bebé, narcisización... Así mismo, y de forma complementaria, se puede realizar un entrenamiento concreto en algunas habilidades como:
 - Comunicación en la familia.
 - Refuerzo y control de la conducta.
 - Desarrollo de la autoestima en los hijos e hijas.
 - Tiempo libre saludable.
 - Establecimiento de límites y normas de convivencia¹⁴.
7. Ayudar a las mujeres y madres a buscar alternativas satisfactorias para ellas mismas y para sus hijos e hijas que les permitan disfrutar positivamente de su maternidad y trascender la visión tradicional de la madre sacrificada que renuncia a todo .
8. Promover la implicación de los padres en el ejercicio de su paternidad: reflexionar sobre la relación con sus hijos e hijas, sus responsabilidades, los tiempo compartidos... Tomar conciencia de la influencia y repetición de modelos tradicionales que responsabilizaban a la mujer del mundo privado y relacional y buscar nuevas alternativas satisfactorias para toda la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Emilce Dio Bleichmar "La depresión en la mujer" Ediciones Temas de Hoy 1995 Madrid p- 97
- 2 Emilce Dio Bleichmar "Manual de psicoterapia de la relación de padres e hijos" Paidós 200 p 88 Madrid Carmen Sánchez Moro y colaboradores. "El acogimiento familiar de los menores hijos de padres toxicómanos" 2000 Ed. Intress
- 3 Insuá, Patricia. y otros Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual educación sanitaria: recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Plan Nacional Sobre Drogas. Plan Nacional sobre Sida. Universidad del País Vasco.1999
- 4 Paolo Stocco Nuevas perspectivas en la prevención e intervención sobre la mujer toxicómana en Europa en I Simposium nacional sobre Adicción e al Mujer Madrid 6 y 7 de Octubre de 2000. Instituto de la Mujer.
- 5 Perurena "Reflexiones de seminario internacional experiencias europeas de atención drogodependientes con hijos " p-159 en Experiencias europeas de atención drogodependientes con hijos. Seminario Internacional. Colección Haize- Gain nº5 .1999. Agitad
- 6 Alice Castro y María Gracia Arellas " La relación madre toxicodependiente- hijo: ¿qué terapia, que educación ¿" en Experiencias europeas de atención drogodependientes con hijos.Seminario Internacional.Colección Haize- Gain .1999. Agipad.
- 8 Ayuntamiento de Madrid, Madrid+salud , Instituto de adicciones, "Mujer y adicción: aspectos diferenciales y aproximación a un modelo intervención" 2005
- 9 Lewis, R. A, Branch, D, e Ingersoll, K. S., 1998 Retention issues involving drug abusing women in treatment research. NIDA
- 10 Ayuntamiento de Madrid, Madrid+Salud , Instituto de adicciones, "Mujer y adicción: aspectos diferenciales y aproximación a un modelo intervención" p-35. 2005
- 11 Emilce Dio Bleichmar "Manual de psicoterapia de la relación de padres e hijos" Paidós 2005 p.449
- 12 Kimelman, Mónica y colbs. "Interacción madre-bebé polidependiente. Proyecto Conace 2004, Hospital Barros Luco, Facultad de Medicina Sur, Universidad de Chile.
- 13 Alice Castro y María Gracia Arellas " La relación madre toxicodependiente- hijo: ¿qué terapia, que educación¿" en Experiencias europeas de atención drogodependientes con hijos.Seminario Internacional.Colección Haize- Gain .1999. Agipad.
- 14 Ester Bergaz y Mercedes Palop "Intervenciones preventivas con hijos de toxicómanos" ponencias de las VII Jornadas de prevención de drogodependencia hasta, 16, 17:18 de diciembre de 2002. Ayuntamiento de Alcorcón, Plan Nacional de Drogodependencias, Agencia Antidroga

Mujeres drogodependientes y maltratadas

Mónica Castaños Izquierdo

- 1 Introducción
- 2 Drogodependencia y maltrato
- 3 Detección y evaluación del maltrato
 1. Identificar a las mujeres drogodependientes que sufren maltrato.
 2. Evaluación del maltrato.
- 4 Intervención con mujeres drogodependientes que sufren maltrato
 1. El proceso de cambio.
 2. Abordaje del peligro que implica el maltrato.
 3. Consideraciones finales para la intervención.

1. Introducción

La macroencuesta del Instituto de la Mujer (2002) detectó un 11,1% de mujeres técnicamente maltratadas (no se reconocían como tales pero decían ser víctimas de comportamientos, que se consideran indicativos de cierto grado de violencia) y un 4% de mujeres que se autclasificaban como maltratadas en el último año.

Las tres macroencuestas del Instituto de la Mujer (1999, 2002 y 2006) han estudiado la población femenina española de mayor de edad. Con ese trabajo se ha contribuido al proceso de visibilizar la violencia que sufren las mujeres en el ámbito de sus relaciones más íntimas, denunciando una realidad tan frecuente y tan grave que ha pasado a convertirse en objeto de interés social y político.

Sin embargo, este es todavía un camino incipiente. Hemos aprendido a detectar y a denunciar el maltrato físico que sufren muchas mujeres, pero todavía tenemos serias dificultades para identificar el maltrato psicológico, mucho más frecuente. Hemos estudiado porcentajes en la población general pero apenas contamos con datos de las poblaciones más vulnerables, en las que el maltrato se une a otras variables, como la drogodependencia, la enfermedad mental, las situaciones de irregularidad de tantas mujeres inmigrantes, las discapacidades físicas, etc.

La violencia contra las mujeres está presente en todos los países, como ratifica la OMS (Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2002), independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. No es un problema de grupos marginales, o de drogodependientes, ni es fruto de situaciones de crisis, el maltrato no es un acto puntual sino un proceso largo y profundamente dañino, asentado en la desigualdad entre hombres y mujeres.

Lógicamente cuanto mayor sea el dominio y el control que el hombre ejerce sobre la mujer, cuanto menor poder ostente ella, mayor es la probabilidad de sufrir abusos, y la dificultad para afrontarlos. Esta es una de las razones por las que visibilizar el maltrato que sufren las mujeres drogodependientes, es un primer paso necesario para ofrecer alternativas a estas mujeres, que en otro caso pueden quedar doblemente atrapadas y excluidas de recursos y posibilidades que no están pensados para ellas.

2. Drogodependencia y maltrato

En la literatura que relaciona ambos conceptos prevalece el consumo de alcohol frente al de otras drogas. Además se centra mayoritariamente en la figura de los hombres como agresores y, en mucha menor medida, en las mujeres (como agredidas).

Numerosos estudios concluyen que existe una incidencia mayor de conductas maltratadoras en hombres que abusan o dependen del alcohol respecto a la población masculina general (Hotaling y Sugarmar, 1986; Roberts, 1988). Pero también se reitera la idea de que el hombre no necesita estar bajo los efectos del alcohol para abusar de su pareja y, por otra parte, que una mejoría en su problema de adicción no tiene por qué implicar la desaparición del maltrato. Apenas hay datos con otro tipo de drogas pero se estima una incidencia menor del maltrato entre los hombres con otras adicciones (Echeburúa, 1996).

Por tanto, se reconoce la coexistencia de situaciones de maltrato y de drogodependencia, pero no una relación causal. El consumo de drogas no es causa necesaria o suficiente del maltrato a la pareja. Sin embargo, las mujeres que lo sufren, frecuentemente, atribuyen la violencia que sus parejas ejercen sobre ellas al consumo de alcohol u otras drogas (Defensor del Pueblo, 1988), y de ese modo justifican a sus parejas y esperan que cambien.

Entre las consecuencias del maltrato en la salud de las mujeres, suele mencionarse el abuso de alcohol, benzodiazepinas y otras drogas. La mayoría de los estudios señalan que un 10% de las mujeres maltratadas abusan de alguna/s droga/s, incluido el alcohol (Villavicencio Carrillo y Sebastián Herranz, 2001).

En el caso de las mujeres, la relación entre drogodependencia y maltrato puede seguir direcciones diferentes. En el estudio de Kilpatrick y Best (1990), la violencia sufrida -especialmente en forma de abuso sexual- resultó ser el mejor predictor de la adicción al alcohol u otras drogas. Por otro lado, el uso de estas sustancias (incluidas las benzodiazepinas) puede ser una estrategia de afrontamiento ante la ansiedad extrema, el insomnio o la angustia derivada del maltrato (Kilpatrick, 1989; Römken, 1988; Groeneveld y Shain, 1989).

3. Detección y evaluación del maltrato

Cualquier persona que ingresa en un centro público de atención a drogodependientes es evaluada médico, psicológica y socialmente. Parte de esa evaluación se centra en aspectos directamente relacionados con su consumo: droga/s, cantidad, frecuencia y vía de consumo, motivación para la abstinencia, tratamientos anteriores, etc. Por otro lado, se tienen muy en cuenta áreas que en principio no presentan conexión con el consumo, aunque probablemente se hayan visto afectadas por él: estado de salud, apoyos familiares, historia laboral, incidencias legales, grupo de relación, etc.

En la evaluación de la familia y de las relaciones existentes con cada uno de sus miembros, también se tiene en cuenta a la pareja. Conviene recordar que la mujer maltratada puede no reconocer el maltrato o no verbalizarlo, especialmente si viene acompañada de su pareja o si esta acude al mismo centro de tratamiento.

Partiendo de la premisa de que si una mujer drogodependiente sufre algún tipo de maltrato por parte de su pareja, esta circunstancia influirá decisivamente en su tratamiento de rehabilitación, y sabiendo que un porcentaje considerable de las mujeres que atendemos sufre o ha sufrido maltrato, debemos tener presente esta posibilidad cuando iniciamos la evaluación de una nueva usuaria del centro. Independientemente de que contemos o no, con indicios de maltrato.

1. Identificar a las mujeres drogodependientes que sufren maltrato.

Proponemos evaluar en profundidad la relación de pareja, cuando la hay, desde las áreas psicológica y/o social, así como también la posibilidad de parejas que lo hayan sido en el pasado, o de rupturas recientes.

1.1 Evaluación de la relación de pareja.

Lo habitual es que se recojan datos sobre la edad de la pareja, su profesión, si es consumidor de drogas (incluido el alcohol) y en ese caso, si está en tratamiento, así como el estado actual de la relación. Casi siempre pensando en cómo el consumo de la mujer puede haber repercutido a este nivel.

Sería conveniente ampliar nuestro esquema, y tener presente la posibilidad de que la relación de pareja repercuta negativamente en la mujer, en su problema adictivo, manteniéndonos aler-

ta ante prejuicios o estereotipos que puedan dificultar o impedir, la detección del maltrato, o que cuestionen la credibilidad del mismo.

Una valoración en profundidad de la(s) relación(es) de pareja, es conveniente independientemente de la posibilidad de maltrato; la pareja suele ser un eje fundamental en la identidad de las mujeres, y la forma en que la viven, construyen, o mantienen condiciona otros muchos aspectos de sus vidas. Una valoración de este tipo puede convertirse en un ejercicio de reflexión y de auto-conocimiento, en el que se puede profundizar más adelante de forma individual o grupal.

Con estos objetivos, la evaluación sólo puede hacerse habiendo creado un clima adecuado, de confianza y seguridad. Un paso previo, obligado, es asegurar la confidencialidad de la información frente a la pareja; máxime si esta se encuentra en tratamiento en el mismo centro, en cuyo caso, sería imprescindible la asignación de profesionales diferentes.

En la evaluación habrá que incidir desde el primer momento en la calidad de la relación de pareja, profundizando en ella, sin conformarnos con respuestas simples del tipo: "buena", "me apoya", etc. Algunas cuestiones que pueden ser útiles en este sentido:

- Historia de la relación de pareja.
- Aspectos positivos y aspectos negativos de la relación
- ¿Cómo describiría a su pareja?
- ¿Cómo cree que le describiría a ella su pareja?
- ¿Cómo podría ayudarle su pareja en el tratamiento?
- ¿Cómo cree que ha influido su problema de consumo en la relación de pareja? ¿y cómo ha influido su relación de pareja en el consumo?
- Si abandona el consumo, ¿cómo afectará esto a su relación de pareja?

A partir de las preguntas anteriores pueden indagarse aspectos concretos, a modo de indicadores de algún tipo de abuso. Por ejemplo, al describir a su pareja, la mujer puede mencionar o se le puede preguntar por cuestiones de celos, irascibilidad, capacidad de diálogo, autoritarismo, respeto, etc. No a modo de cuestionario, sino invitando a la mujer a expresarse y a explorar, en el contexto seguro del encuentro con un/una profesional, el tipo de relación que tiene y lo lejos o cerca, que ésta se sitúa de sus expectativas de pareja. Una pista que puede ser útil para detectar relaciones de dominio es, si los dos miembros de la pareja pueden establecer o no, metas comunes y discutir las juntas.

Esta valoración es más compleja con una mujer drogodependiente, sobre todo si su pareja no es consumidora, en cuyo caso, puede tender a la protección o al control de la mujer para evitar el consumo; y la mujer a su vez, puede culpabilizarse por el estado de la relación y/ o disfrazar, mentir u ocultar hechos que no quiere que lleguen a oídos de su pareja.

2. Evaluación del maltrato.

2.1. Tipo/s de violencia que sufre la mujer.

Generalmente, se habla de malos tratos físicos, sexuales y psicológicos. Creemos que no es necesario extendernos en este punto, por ser bien conocido; en todo caso es fácilmente localizable en la bibliografía sobre el maltrato. Aquí vamos a referirnos al maltrato físico (incluyendo el sexual) y al psicológico, para señalar algunas particularidades que puedan ayudarnos en el trabajo.

El maltrato físico es mucho más fácil de identificar, es por tanto más fácil situarlo en el tiempo, y valorar desde cuándo ocurre, qué oscilaciones ha tenido en cuanto a su frecuencia e intensidad, e incluso qué consecuencias ha provocado. Esto es importante de cara a valorar la gravedad del maltrato. Aunque sean minoría los casos de mujeres que sufren violencia física frente a otros tipos de violencia, habremos de reconocer los indicadores que pueden advertir de la peligrosidad de una situación; por ejemplo, que la frecuencia o la intensidad del maltrato hayan aumentado a lo largo del último año.

El maltrato psicológico es más difícil de identificar y por tanto, de evaluar. El hecho de nombrarlo y de hacerlo en relación con el maltrato físico puede resultar terapéutico, porque ayuda a visibilizarlo. Existen muchas tipologías, a modo de ejemplo señalamos la de Follingstad et al. (1990). En ella se identifican seis categorías principales de maltrato psicológico: 1) ridiculización, amenazas verbales e insultos; 2) aislamiento social y económico; 3) celos y posesividad; 4) amenazas verbales de maltrato, daño físico o tortura; 4) amenazas repetidas de divorcio, abandono o de tener una aventura con otra mujer; y 5) destrucción o daño a objetos personales a los que se les tiene cierto apego o cariño.

Si el/la profesional ha creado un clima de confianza adecuado, es posible preguntar directamente en el marco de la entrevista semiestructurada, por formas concretas de ejercer el maltrato psicológico, puesto que pueden ser muy difíciles de identificar y/o verbalizar para la mujer. Esto no sólo permite la evaluación de la gravedad del maltrato sino que además, puede con-

tribuir a la toma conciencia de la mujer maltratada. Preguntas concretas serían: si critica o desvaloriza a ella o a su familia, si le culpa frecuentemente de lo que pasa, si le grita y/o insulta, si le humilla delante de otras personas, si le obliga a mantener relaciones sexuales cuando ella no desea, etc. Además conviene preguntar por los sentimientos que cada una de estas conductas genera en la mujer.

Sea cual sea el tipo de maltrato que sufre en el momento presente una mujer, también debemos rastrear posibles experiencias anteriores de maltrato, por parte de otras parejas o en la familia de origen.

2.2. Por qué evaluar el maltrato.

Una vez que tenemos constancia de que la mujer está sometida a una relación de abuso por parte de su pareja, hay que dedicar un tiempo a evaluar con detalle el maltrato. El/la profesional en drogodependencias quizás piense que esta problemática queda fuera de su marco de acción y probablemente se encuentre con la carencia de una formación especializada. Sin embargo, hablamos de una situación que claramente influirá en la evolución del tratamiento, y por otra parte, que pone en peligro la salud física, psíquica y en algunos casos hasta la vida de la mujer, tanto o más que la propia drogodependencia.

El maltrato si lo hay, será un elemento fundamental a la hora de establecer el plan terapéutico. Por ejemplo, ante fracasos reiterados para mantener la abstinencia haciendo tratamientos ambulatorios, podemos proponer un ingreso en comunidad terapéutica. Si no se ha tenido en cuenta la situación de maltrato que vive la mujer y las consecuencias que implica para ella, nuestra propuesta fácilmente resultará fallida, bien porque la pareja la boicotee, bien porque la mujer no pueda en ese momento (quizá no se sienta capaz o tenga miedo o crea que no puede aspirar a nada mejor...).

Éste es uno de los argumentos que podemos utilizar para explicar a la mujer maltratada, la conveniencia de evaluar el maltrato que sufre. También habrá que advertirla, que el relato de sus experiencias, aún siendo terapéutico, es doloroso; y que por ello se van a utilizar el tiempo y los tempos que ella necesite.

Cuando una mujer nos dice que es maltratada, física y/o psicológicamente, evaluaremos cómo es maltratada, desde cuándo, qué peligro supone esto para su vida y su integridad, cómo la

está afectando, y desde luego cómo repercute dicho maltrato en la conducta de consumo (y viceversa). Toda esta información debe quedar recogida en su historial, entre otros motivos, por si la mujer decidiera emprender una acción legal (demanda de separación y/o denuncia) y fuera necesario elaborar un informe clínico.

Profundizar en la situación de maltrato puede ser la primera o la única vía que la mujer encuentre para compartir y nombrar su experiencia. Ahora bien, se trata de recoger datos significativos, respetando los límites que la mujer establezca en función de lo que pueda y quiera contar; facilitando la expresión de emociones en una situación que ofrezca apoyo y contención.

Siguiendo las directrices de Velázquez (2003), el proceso de evaluación debe permitir que la mujer maltratada:

- 1) Pueda contar lo que le está sucediendo;
- 2) Comprenda su situación, integrando lo que piensa, siente y hace;
- 3) Valide su experiencia; y
- 4) Identifique sus expectativas y necesidades.

2.3. Cómo evaluar el maltrato.

A lo largo de todo el proceso evaluativo, como comentábamos en la evaluación de la relación de pareja, es fundamental el clima que el/la profesional logre crear. La comunicación verbal y no verbal nos permite transmitir empatía y respeto tanto al formular nuestras preguntas como al acoger las respuestas. En lo no verbal puede residir la diferencia entre una pregunta que ayuda a reflexionar o que por el contrario presupone, culpabiliza o reprocha (“¿por qué sigues con él?”)

Inicialmente sugerimos llevar a cabo una entrevista abierta que permita a la mujer expresarse libremente, en la que podemos pedir que nos cuente su experiencia de maltrato (Villavicencio y Sebastián, 2001). Entre otros datos, de este modo tendremos información sobre su nivel de conciencia, en relación al maltrato que sufre. Posteriormente podremos ampliar la información en el marco de una entrevista semiestructurada.

2.4. Consecuencias psicológicas del maltrato.

Los/las profesionales debemos estar familiarizados/as con las consecuencias de la violencia; y entender cómo aquellas se convierten en obstáculos para salir de la situación de violencia y del problema adictivo. Como se podrá observar, muchas de las consecuencias del maltrato se

solapan con las que también son propias de la drogodependencia y el estilo de vida asociado. Una dificultad añadida es que el consumo de drogas y fármacos puede encubrir sintomatología derivada del maltrato, como por ejemplo, respuestas de alarma exagerada.

Las consecuencias aquí señaladas, han sido extraídas del trabajo de Kirkwood (1999) y no son diferentes en función del tipo de maltrato sufrido (físico, psicológico o sexual):

1. Creciente disminución de la autoestima, hasta el punto en que la mujer puede llegar a considerarse merecedora del maltrato. Esto tiene mucho que ver con los comportamientos, verbales o no del agresor, pero también con el aislamiento que este le impone y que le aleja de otro tipo de mensajes sobre su persona.
2. Sentimiento de degradación, a través de múltiples descalificaciones e insultos y otras formas de ofensa no verbal, como el ser obligadas a mantener relaciones sexuales no deseadas. Es un proceso que va más allá de la desvalorización de su persona, puesto que la mujer acaba sintiéndose como el maltratador le dice que es ("inútil", "ignorante", "indecente") y ajustando su comportamiento al modelo impuesto por aquel.
3. Temor, miedo y ansiedad por su seguridad física y emocional, por su integridad psíquica, y por la percepción de amenaza constante, explícita o implícita.
4. Distorsión de la realidad subjetiva, por la constante imposibilidad de hacer coincidir lo que la mujer percibe y lo que su pareja sostiene; esta permanente disparidad lleva a la mujer a cuestionar la validez de su visión del mundo. Muy especialmente cuando el hombre reitera a su pareja que ella desea el abuso sexual; de este modo ataca su confianza más básica en las percepciones de sí misma y le genera una sensación de irrealidad.
5. Depresión y desesperanza, más intensos cuanto mayor sea el grado en que la mujer percibe sus circunstancias como insostenibles e inmodificables, pudiendo llegar a desear la muerte.
6. Debilitamiento físico y deterioro de su estado de salud; por ejemplo, alteraciones de la conducta alimentaria (ingesta compulsiva o inhibición del apetito) con cambios significativos de peso, ingesta de tranquilizantes, trastornos del sueño, alteraciones somáticas fruto del estrés crónico, etc.
7. Pérdida de identidad. A medida que la experiencia de abuso crece, fruto de la degradación, la cosificación, la distorsión de su realidad subjetiva y el aislamiento, la mujer puede

llegar a sentir que no sabe quién es. Son tantas las dudas y tan grande la confusión que experimenta, que puede no reconocer sus características personales, ideas y valores.

2.5. Estrategias de afrontamiento, apoyos y recursos de la mujer.

Puesto que en la mayoría de los casos existirá una evaluación general previa, se dispondrá ya de algunos datos relevantes. Destacaremos los que se refieren a recursos familiares o sociales, que puedan implicar algún tipo de apoyo, sea este afectivo, económico, o bien de acogimiento (a quién le ha hablado del maltrato, a quién ha pedido o podría pedir ayuda). Y los recursos de la propia mujer, en cuanto a formación, capacidades, habilidades... Todas estas variables influyen en las consecuencias del maltrato, como también lo hace la propia drogodependencia.

Entre las estrategias de afrontamiento ante el maltrato, exploraremos las maneras en que la mujer ha intentado escapar, evitar, parar y sobrevivir al maltrato físico (por ejemplo, ante los golpes) y/o psicológico (por ejemplo, ante restricciones o insultos). Debemos valorar qué resultados han tenido esas respuestas, para la propia mujer (en la percepción de sí misma, en las emociones resultantes) pero también para su entorno inmediato (reacciones de la pareja, hijas/os, amistades, familiares).

2.6. Esquemas cognitivos.

Nos referimos al conjunto de creencias y valores culturales que pueden facilitar el mantenimiento del problema: qué se entiende por hombre, por mujer, qué se espera del uno y de la otra en la relación de pareja; conceptos como "amor", "pareja", "familia" a veces tienen significados determinantes a la hora de permanecer junto a una pareja maltratadora.

Además de estos aspectos pueden indagarse sus expectativas de futuro y en relación a ellas, su intención de separarse: ¿qué espera que ocurra a corto y a largo plazo con su pareja y en relación al maltrato que sufre?, ¿qué desea ella que ocurra?, ¿de qué manera han cambiado las cosas sus respuestas ante el problema?, ¿qué otras opciones tiene? Todo ello nos permitirá acercarnos a la posibilidad de la separación: ¿se lo ha planteado alguna vez?, ¿lo ha intentado antes?, ¿le parece una opción posible?, ¿qué obstáculos percibe?

2.7. En caso de maltrato físico.

Hemos señalado que el maltrato psicológico es mucho más frecuente, entre otros motivos porque si hay maltrato físico, existe también maltrato psicológico, de hecho este precede a aquel y puede decirse que lo facilita. El maltrato psicológico no implica necesariamente maltrato físico.

En todo caso, la gravedad del maltrato físico requiere una atención específica. En la evaluación de este tipo de maltrato preguntaremos por las lesiones a las que ha dado lugar (heridas, quemaduras, contusiones, fracturas) y la asistencia médica que haya requerido (o la que hubiera necesitado aunque no se solicitase en su momento).

Como profesionales, y también como ciudadanos/as, convivimos con noticias de mujeres que sufren agresiones graves e incluso, que fallecen. La alarma que sentimos al saber, que una mujer que atendemos sufre violencia física, puede llevarnos a adoptar decisiones apresuradas, que quizá no sean compartidas y que en todo caso, no han sido adoptadas por la propia mujer. Para ayudarnos a valorar la peligrosidad real de una situación de maltrato, podemos guiarnos con los siguientes indicadores.

Se considera una situación de alto riesgo, el observar una intensa respuesta emocional en la mujer, o detectar respecto a la pareja, alguna –o varias- de las siguientes posibilidades: a) Ha amenazado de muerte a la mujer (o a otras personas); b) Tiene armas a su alcance; c) Ha intentado estrangular a su mujer (o le ha ocasionado lesiones graves en agresiones anteriores); d) Ha amenazado con hacer daño a sus hijos/as; e) Ha amenazado con suicidarse.

Antes de terminar este apartado, querríamos mencionar a modo de recordatorio, la necesidad de evaluar cómo afecta el maltrato (directa o indirectamente) a menores, cuando los hay, que pueden convivir o no con el agresor.

4. Intervención con mujeres drogodependientes que sufren maltrato

El proceso de cambio.

En la literatura sobre los malos tratos, la intervención siempre se orienta a detectar el grado de peligrosidad en que se encuentra la mujer, y en las medidas a adoptar para aumentar su seguridad y su capacidad de auto-protección. Como señalábamos antes, la gravedad del maltrato físico impone este orden de prioridades. Sin embargo, no debemos olvidar que la mayor parte de nuestras intervenciones, probablemente vayan encaminadas a aumentar la conciencia que la mujer tiene (o no tiene) sobre el maltrato que sufre, y posteriormente, a ayudarla a tomar decisiones al respecto.

El personal que trabaja en drogodependencias está familiarizado con el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y Diclemente (1984). Este modelo inicialmente se aplicó al cambio de las conductas adictivas, aunque posteriormente se amplió a otro tipo de conductas (por ejemplo, cumplimiento de tratamientos médicos).

No pretendemos equiparar ni comparar el maltrato con el consumo de drogas, o con otro tipo de problemáticas. Lo que nos interesa en el caso de la mujer maltratada, son sus dificultades para plantearse la posibilidad de alejarse de quien la violenta (y desde luego para mantener esa decisión, cuando la toma). Es en este sentido que rescatamos la idea del cambio como proceso. Prochaska y Diclemente describen el cambio en una persona, como un proceso con etapas o estadios a lo largo del tiempo, a través de los cuales se avanza y/o retrocede. Casi nunca se trata de un proceso lineal sino más bien, "discontinuo, circular o en espiral".

Como sabemos, estos autores distinguen cinco estadios de cambio: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. En el estadio de Precontemplación una persona no percibe su problema como tal; en el de Contemplación es consciente de ese problema pero existe una gran ambivalencia ante la posibilidad de cambio. En el estadio de Preparación, esa persona toma una decisión de cambio y se compromete con ella; si continúa avanzando, en los dos estadios siguientes es capaz de iniciar el cambio y de consolidarlo. El modelo incluye la posibilidad de un retroceso, en cualquier momento, a cualquiera de los estadios anteriores; de ahí que no sea un proceso lineal.

Veamos cómo los estadios de cambio pueden aplicarse al ámbito que nos ocupa, guiándonos por las descripciones de Kirkwood (1999) de cómo suele avanzar la mujer maltratada, cuando empieza a retomar el control sobre sí misma. En el estadio de Precontemplación, la mujer no reconoce su situación de maltrato o puede enfocarlo desde una perspectiva inadecuada; esto ocurre cuando ella:

- a) Atribuye las agresiones a factores como el consumo de alcohol u otras drogas ("cuando consume, es otro", "él no es así, lo que pasa es que cuando mezcla...").
- b) Atribuye las agresiones a los problemas, laborales, económicos..., de su pareja o bien a los celos ("yo sé que él es bueno").
- c) Infravalora la agresión o el daño que le produce ("cuando está bien, es maravilloso").
- d) Se responsabiliza de lo que ocurre o de la posibilidad de que su pareja cambie ("tengo que tener más cuidado").

En el estadio de Contemplación, la mujer reconoce el problema; toma conciencia de que ella o sus hijos/as han cambiado en sentido negativo, probablemente de forma tan drástica que resulta imposible negarlo (por ejemplo, se da cuenta de su incapacidad para tomar decisiones), y busca el por qué de esta situación. Normalmente la respuesta precisará de un tiempo, el necesario para lograr una visión suficientemente objetiva y global, que permita relacionar la situación que vive con la conducta de su pareja.

Probablemente antes de llegar a ese punto, la mujer maltratada busque en sí misma, razones que le ayuden a explicar lo que le ocurre; puede entonces culpabilizarse, o bien poner en marcha otros mecanismos de defensa. También puede ocurrir que no sepa imaginar su vida sin su pareja o que no sea capaz de imaginar otra vida distinta a la que lleva.

Mientras la relación se mantiene, la toma de conciencia del abuso es un proceso con continuos avances y retrocesos en función de la intensidad de la violencia y del grado de control que logra el maltratador. Uno de los aspectos fundamentales del maltrato, es que logra situar casi toda la atención de la mujer en su agresor; esta es una estrategia de supervivencia que se vuelve contra la mujer, porque refuerza y aumenta el control del agresor sobre ella. De ese modo tiene pocas oportunidades de pararse a pensar sobre su situación o sobre las razones que le han llevado hasta ahí.

Cuando una mujer maltratada es consciente de los cambios ocurridos, está reconociendo que en el pasado las cosas eran distintas, que ella era distinta. Este volver a prestarse atención a sí misma (por ejemplo, a su sufrimiento), reconstruyendo su propia identidad, no es un proceso lineal y está lleno de dificultades y obstáculos, que son mayores en el caso de las mujeres drogodependientes. Ellas quizá no tengan un antes muy satisfactorio con el que compararse, sobre todo si su historia de consumo ha empezado en la adolescencia.

En contra de lo que cabría suponer, el maltrato físico no es necesariamente un factor significativo para reconocer la necesidad de abandonar a la pareja. Algunos factores que pueden facilitar la decisión de separarse (OMS, 2002) o la de pedir ayuda (Instituto de la Mujer, 2004) son:

- 1) La violencia es tan grave y/o tan frecuente que la mujer maltratada se convence de que su pareja no va a cambiar.
- 2) La situación comienza a afectar notablemente a sus hijas/os.
- 3) Siente que su vida o la de sus hijas/os está en peligro.
- 4) Cuenta con apoyo emocional y logístico por parte de amistades o familiares.

5) Puede acceder a recursos sociosanitarios sensibilizados y preparados para atender sus necesidades.

Junto a los factores anteriores, conviene tener presente el llamado, ciclo de la violencia, con tres fases que influyen notablemente en la percepción del problema por parte de la mujer y en sus expectativas. En la fase de tensión, esta se va haciendo evidente de forma acumulativa; en la de explosión, la violencia (física o psicológica) se hace explícita; y finalmente en la fase de reconciliación, el agresor pide perdón y/o cambia su comportamiento en términos positivos para lograrlo. La mujer maltratada puede decidir pedir ayuda o incluso separarse de su pareja, en las dos primeras fases del ciclo (más frecuentemente en la segunda) pero también puede cambiar de idea (olvidarla, posponerla o excluirla) en la fase de reconciliación.

Quienes trabajamos en drogodependencias somos conscientes del tiempo que puede necesitar una persona, para tomar su decisión de abandonar el consumo; quizá esto nos sirva para entender el tiempo que necesita una mujer maltratada, para reconocer su situación como tal y tomar decisiones al respecto. En uno y otro caso aludimos a decisiones que conllevan un cambio drástico en la forma de vida, y que implican un gran componente emocional. La mujer no sólo se está cuestionando su relación de pareja (con una persona de la que probablemente ha estado enamorada, con la que quizá convive e incluso tiene hijos/as), sino también su propia vida —en función de los años de relación que haya mantenido— y hasta su propia identidad como mujer.

La complejidad del trabajo con mujeres maltratadas que son drogodependientes, tiene que ver con el hecho de que asumir la realidad tal cual es, implica cuestionarse dos de los pilares de su vida, el consumo de una o varias drogas, y su relación de pareja. Al temor y la inseguridad que supone imaginar su vida futura sin pareja, se añaden los temores asociados a la abstinencia.

Lógicamente, no se trata de esperar pasivamente a que una persona esté preparada para actuar en el sentido de dejar el consumo y/o su relación de pareja, sino de saber acompañarla y apoyarla a lo largo de ese proceso. Debemos aceptar la ambivalencia como parte del proceso de cambio, saber que la mujer va a convivir, probablemente durante mucho tiempo, con dudas e indecisiones (“no puedo aguantar más”/“no puedo dejarle”); y no desmotivarnos como profesionales ante los retrocesos.

Entre las prioridades que deben guiar el proceso terapéutico, destacaremos dos, muy relacionadas entre sí: a) la que supone ofrecer un acompañamiento emocional constante e incondi-

cional, independientemente del momento en que se encuentre la mujer y de las decisiones que adopte. Y b) la función legitimadora de sus emociones, que ayude a cuestionar los mensajes confusos y/o denigrantes del maltratador ("él te dice... por ejemplo que la quiere... pero ¿cómo te sientes cuando...?").

A veces, cuando parece que la mujer acepta su situación de maltrato, acudimos a la dependencia emocional como explicación de algo que desde fuera nos resulta inaceptable. Sin embargo, son muchos los factores que contribuyen a que las mujeres maltratadas sigan junto a sus parejas (OMS, 2002), y por tanto son muchas las vías de intervención posibles: 1) el temor al castigo; 2) la falta de recursos económicos; 3) la preocupación por sus hijas/os; 4) la vinculación emocional con el maltratador; 5) la falta de apoyo por parte de familiares y amistades; y 6) la esperanza de que el hombre cambie.

Abordaje del peligro que implica el maltrato.

Como sugiere Velázquez (2003) hay varias razones por las que es necesario nombrar la violencia que sufren las mujeres (cualquiera que sea): para que tal violencia pueda ser reconocida y censurada, pero también para aumentar las posibilidades de que se protejan adecuadamente ante ella.

En la evaluación se habrán recogido elementos que pueden ayudar a valorar la peligrosidad del maltrato; esta no es solamente una estrategia orientativa para el/la profesional, decíamos que al mismo tiempo, permite trabajar la percepción de peligro que tiene la mujer. Se trata de ayudarla a comprender los riesgos que conlleva el maltrato que sufre, sea del tipo que sea. E implica desenmascarar los mecanismos defensivos que haya puesto en marcha ante esa situación. Desde luego, si una mujer nos dice que corre peligro es preciso creerla (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

Ciertamente la experiencia de maltrato suele desembocar en mecanismos de defensa, a veces eliminándola de la conciencia (negándola) y otras buscando algún tipo de justificación o racionalización. Ferraro y Johnson (1983) describen los mecanismos psicológicos utilizados por las mujeres que son maltratadas, para comprender y manejar el ambiente violento en el que viven. Por ejemplo, las mujeres:

1. Piensan que no deben dejar a su pareja porque necesita ayuda.
2. No reconocen en el uso de la violencia una forma de abuso hacia ellas.

3. No se perciben como víctimas.
4. QUITAN importancia al daño físico o emocional que sufren.
5. Se convencen de que no tienen otra opción que continuar con su pareja.
6. Apelan a la familia o la religión para concluir que no pueden separarse.

Añadiremos uno más, que tiene que ver con el locus de control interno, o lo que es igual, pensar que con ellas, su pareja cambiará.

En casos de violencia física, y dependiendo de la frecuencia de los contactos que se mantengan con la mujer, puede ser conveniente evaluar en cada ocasión, el riesgo que corre aquella (García-Moreno, 2002). Solamente en el caso de que exista un peligro grave para su integridad, su vida o la de sus hijos/as, el/la profesional advertirá sobre su obligación de denunciar esa situación. En otros casos, no se debe intervenir con los objetivos deseables para los/las profesionales (por ejemplo, que la mujer se separe de su pareja) sino con el de ayudarla a percibir lo más claramente posible su situación y sus posibilidades de actuación.

Sí se recomienda indicar a la mujer que está siendo víctima de un delito y que por tanto, existe la posibilidad de denunciarlo. Existen diferentes recursos que ofrecen asesoramiento jurídico a las mujeres maltratadas. Además es conveniente que los y las profesionales conozcan los recursos disponibles de la localidad en la que se trabaja.

Las acciones que se pueden emprender ante una situación de peligro para la mujer maltratada, no han contemplado hasta ahora la posibilidad de que una mujer sea drogodependiente. A su vez, los recursos con los que trabajamos en los centros de tratamiento de drogodependientes (unidades hospitalarias, comunidades terapéuticas, pisos de estancia), no cuentan con la posibilidad de que las mujeres drogodependientes sufran una situación de maltrato. Esto se pone manifiesto en el hecho de que no existe una vía preestablecida para acceder a estos recursos y por tanto, cualquier ingreso, en principio, está condicionado a su correspondiente lista de espera. Es de suponer que en caso de plantearse una situación de peligro, se tendría en cuenta la drogodependencia para adelantar el ingreso de la mujer en un recurso, pero no es una opción que se recoja explícitamente en los protocolos de actuación, y por tanto parece depender más del sentido común o de la buena voluntad, de quienes gestionan las listas de espera.

Sabiendo lo difícil que puede ser para la mujer maltratada, tomar la decisión de separarse de su pareja, es evidente la importancia que puede tener una respuesta institucional rápida. Como ya vimos, en el ciclo de la violencia se alternan distintas fases -de tensión, agresión y reconci-

liación-, siendo posible la petición de ayuda tras la segunda pero resultando mucho más difícil en la tercera.

Por otro lado en la gran mayoría de recursos existentes, las mujeres drogodependientes no pueden llevar a sus hijos/as. En algunos casos, por ejemplo, las mujeres embarazadas pueden mantener a su hijo/a con ellas durante su primer año de vida, pero la realidad habitual es la de recursos que mayoritariamente exigen el ingreso de la mujer sola.

En el caso de que haya una situación de peligro inminente para la integridad o la vida de la mujer y/o sus hijos/as, sí habrá una respuesta de urgencia, por parte de la policía. El problema vendrá después, tras las 24-48 horas iniciales, cuando se quiera derivar a la mujer a otro dispositivo, y el hecho de ser drogodependiente la excluya del perfil admitido en las casas de acogida para mujeres maltratadas. Esto será así, cuando esté en Programa de Mantenimiento con Metadona, incluso en el caso de que esa mujer esté abstinente.

Queda claro que si la mujer drogodependiente convive con su pareja y decide abandonarla, no lo tiene nada fácil. Para empezar porque con muchas probabilidades no tenga donde ir. La pregunta "¿por qué no se separa?" estaría planteada en unos términos inadecuados puesto que considera la separación como la solución del problema cuando, en realidad aquella trae consigo dificultades vitales, entre ellas dónde ir, de qué vivir; y por si fuera poco, culpabiliza a la mujer.

La drogodependencia generalmente ha deteriorado o ha anulado las relaciones con familiares y/o amistades no consumidoras, lo que refuerza el aislamiento de las mujeres. Algunas personas quizá crean que su hija, hermana, vecina, etc. "merece" lo que le ocurre. En otros casos, pudiendo acudir al domicilio de la familia de origen, este no ofrece unas condiciones mínimas que posibiliten la recuperación de la mujer.

Si la percepción por parte de la mujer es de peligro para su vida y/o integridad física o la de los hijos e hijas, estaríamos ante una situación de peligro extremo, por lo que habrá que establecer, junto con ella, un plan de seguridad. Para ampliar la información sobre este tema se recomienda la lectura de "Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico". Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias, 2003

Las estrategias de protección de la mujer que sufre maltrato, no deben convertirse en indicaciones terapéuticas sino que han de formar parte de las decisiones que tome la propia mujer, tras

identificar y valorar con ella, las distintas posibilidades. Lógicamente, con toda la información y el apoyo que necesite.

Consideraciones finales para la intervención.

A lo largo del presente capítulo hemos tratado de señalar las complejidades que implica el trabajo con mujeres drogodependientes maltratadas, y hemos ido ofreciendo posibilidades de acercamiento e intervención ante esta doble problemática. Puesto que no se trata de encasillar a las mujeres en un único perfil, la evaluación de cada situación determinará las prioridades y las posibilidades. Sabemos que es un trabajo difícil, que precisa de una intervención multidisciplinar y coordinada. Los centros de atención a drogodependientes suelen disponer de profesionales de la psicología, la medicina, el trabajo social y la educación social y por tanto, pueden asumir un abordaje de este tipo, con las coordinaciones externas que sean necesarias. De ahí la necesidad de nuestra sensibilización y formación; pero también la de reivindicar las carencias comentadas, por ejemplo a nivel de recursos.

A modo de recapitulación vamos a señalar los elementos de la intervención que han ido apareciendo a lo largo de estas páginas, añadiendo algunos más que consideramos imprescindibles, y que a menudo se superponen. Prioritariamente proponemos: ofrecer un acompañamiento emocional a lo largo de todo el proceso, promoviendo la autoestima y la autonomía de la mujer; para que recupere progresivamente su capacidad de decisión y el control sobre su propia vida; para que sea ella quien diga lo que necesita.

Desde el momento en que iniciamos la evaluación de una mujer que acude al centro, podemos:

- Asegurar la confidencialidad.
- Crear un espacio y un clima que aporte confianza, respeto y seguridad.
- Ayudar a expresar y comprender lo que le ocurre.
- Legitimar sus emociones.
- Respetar sus negativas a contestar determinadas preguntas, así como su lenguaje y su modo de construir y contar su historia, señalando las contradicciones que se pongan de manifiesto.
- Nombrar la violencia que sufre.
- Ofrecer apoyo incondicional, independientemente de las decisiones que adopte. Ella es la protagonista de su propia vida, y por tanto tiene todo el derecho a decidir qué hacer. Ante una situación de maltrato, el mensaje que debemos transmitir y reiterar es que estamos de su parte.
- Sugerir que no hable con su pareja sobre lo que está contando (acerca del maltrato) o lo que pueda decidir al respecto en el futuro.

- Explicar cómo se le puede ayudar desde el centro (de atención a drogodependientes). Ofrecer alternativas.

En la intervención propiamente dicha, podemos:

- Identificar las diferentes formas de maltrato, para que la mujer aprenda a reconocer como tales, aquellas que tiene normalizadas, y que por ello permanecen ocultas.
- Desculpabilizar, ni se merece ni tiene la culpa del maltrato que está sufriendo.
- Desvelar la funcionalidad de su consumo de drogas, tan ampliamente como sea posible, y muy especialmente la manera en que contribuye a soportar, tolerar o minimizar la violencia.
- Ayudar a identificar y desarrollar sus propios objetivos y a reflexionar sobre la compatibilidad de estos con el consumo de drogas y con la relación de pareja.
- Explicar, si procede, el ciclo de la violencia, para anticipar y diferenciar los cambios esperados de los reales (o definitivos). Confrontar sus deseos y fantasías con la realidad; qué ha intentado hasta ahora y con qué resultados.
- Cuestionar los mensajes del maltratador. Los y las profesionales debemos actuar como facilitadores de un punto de vista alternativo y como testigos (de agravios anteriores. Habrá que recordarlo por ejemplo, al anticipar conductas conciliatorias tras una fase de agresión.
- Argumentar desde lo personal y desde lo colectivo, que no todo se reduzca a lo individual. No sólo es un problema de ella; hacer referencia a las experiencias de otras mujeres en situaciones similares.
- Facilitar la expresión y elaboración de sus emociones, a veces contradictorias, en relación a ella misma y a su pareja. Normalizar las reacciones que forman parte del proceso.
- Tener muy en cuenta los temores que expresa; valorarlos, sopesarlos y buscar elementos que puedan aportar ciertos niveles de seguridad.
- Reconocer los recursos que ella ha puesto en marcha a lo largo del tiempo, para defenderse, evitar y afrontar el maltrato. Esto implica que no lo desea ni lo busca y que ella ha adoptado una actitud activa ante esa situación.
- Reconocer y reforzar cualquier cambio que lleve a cabo, así como el esfuerzo que le supone.
- Anticipar las dificultades que pueden obstaculizar el proceso de cambio.
- Ayudar a reconocer los logros que implican mayores cuotas de autonomía e independencia (por ejemplo, disminuir o cesar el consumo, o prescindir de él en situaciones concretas), al tiempo que respetamos la expresión de malestar que acompaña al proceso de cambio y al duelo por las pérdidas (sentimientos de soledad, de tristeza...).
- Buscar apoyos externos: retomar relaciones, acudir a profesionales especializados, participar en grupos de mujeres...

En caso de maltrato físico, podemos:

- Facilitar la percepción del peligro con el que convive (que puede aumentar en el futuro) y desarrollar estrategias que aumenten su seguridad, tanto si continúa con su pareja como si decide separarse de ella.

Querríamos destacar que algunas tareas pueden ser especialmente productivas, si se trabajan en un contexto grupal, donde asistan mujeres que compartan experiencias similares. Objetivos de este tipo serían:

- Trabajar los sentimientos de culpa y de vergüenza.
- Facilitar información sobre las causas, la frecuencia y las formas de violencia que sufren las mujeres; así como sobre las consecuencias de esa violencia, haciendo especial hincapié en los sentimientos y emociones que puede generar.
- Desvelar y cuestionar estereotipos y roles de género, sobre todo en la medida en que justifiquen al maltratador y/o victimicen a la mujer.

Finalmente señalaremos algunos requisitos para los/las profesionales que trabajan en este ámbito, en la línea que plantean Ruiz-Jarabo y Blanco (2004):

- Reflexionar sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, sobre nuestros propios prejuicios, sobre las diferencias, desigualdades y lo que estas implican; esto es, tener conciencia de género.
- Reflexionar sobre la violencia, también como experiencia en nuestras propias vidas.
- Tener presente que la separación de una pareja maltratadora y la recuperación personal de la mujer, constituye un proceso muy largo y difícil, con frecuentes paradas y retrocesos, pero también con progresos y posibilidades de éxito, si se tienen los apoyos necesarios (tal y como ocurre con la drogodependencia).
- No juzgar, ni patologizar.
- No dar consejos, ni buscar soluciones rápidas.

Y como en cualquier proceso terapéutico pero muy especialmente en este contexto, cuidar al máximo las habilidades de escucha, empatía y la actitud de respeto y de credibilidad hacia la mujer que acude en busca de ayuda, sea por su problema de drogodependencia, por su situación de maltrato o por las consecuencias que una, otra o ambas, suponen para ella.

BIBLIOGRAFÍA

- Defensor del Pueblo. La violencia contra las mujeres. Madrid, Oficina del Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos, 1998.
- Echeburúa, Enrique; Corral, Paz; Amor, Pedro; Sarasua., B.; y Zubizarreta, I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (1) (1997): 7-19.
- Echeburúa, Enrique. y Corral, Paz. *Manual de violencia familiar*. Madrid, Siglo XXI, 1998.
- Echeburúa, Enrique. *Personalidades violentas*. Madrid, Pirámide, 1996.
- Ferraro, K. J. y Johnson, J. M. How women experience battering: the process of victimization. *Social Problems*, 30 (3) (1983): 326-339.
- Follingstad, D.; Rutledge, L.; Berg, B.; House, E. y Ploek, D. The rol of emotional abuse in phisical abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 5 (2) (1990): 107-120.
- García-Moreno, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet*, 359 (2002): 1509-1514.
- Golding, J. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14 (2) (1999): 99-132.
- Groeneveld, J. y Shain, M. Drug abuse among victims of physical and sexual abuse: A preliminary report. Toronto, Addiction Research Foundation, 9 (1989).
- Hotaling, G. y Sugarman, D. An análisis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1 (1986): 101-124.
- Instituto de la Mujer. *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid, 2000.
- Instituto de la Mujer. *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. II Parte*. Madrid, 2003.
- Instituto de la Mujer. *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres*. Madrid, 2006
- Instituto de la Mujer. *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid, 2001.
- Instituto de la Mujer. *Guía de los derechos de las mujeres víctimas de la violencia familiar*. Asociación de Mujeres Juristas THEMIS, 2001
- Instituto de la Mujer. *Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación*. Presidencia de la Unión Europea. España, 2002. (Francés e inglés)

- Kilpatrick, D. G.; Saunders, B. E.; Amick-Mullen, A; Best, C. L.; Veronen, L. J.; y Resick, H. S. Victim and crime related factor associated with the development of crime-related posttraumatic stress disorders. *Behavior Therapy*, 20 (1989): 199-214.
- Kilpatrick, D.G. y Best, C.L. Sexual assault victims: Data from a random national probability sample. XXXVI Annual Meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta, 1990.
- Kirkwood, Catherine (1993). *Cómo separarse de su pareja abusadora*. Barcelona, Granika, 1999.
- Krug, E. G.; Dahlbeg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B.; y Lozano, R. *World Report of Violence and Health*. Ginebra, World Health Organization, 2002.
- OMS. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, 2002. Disponible en www.who.int
- Prochaska, J. O. y Di Clemente, C. C. *The transteoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Illinois, Dow Jones/ Irving, 1984.
- Programa Municipal de Violencia contra las Mujeres en el ámbito doméstico. Ayuntamiento de Madrid. Área de Promoción de la Igualdad y Empleo, 2002.
- Roberts, A.R. Substance abuse among men who batter their mates: The dangerous mix. *Journal of substance abuse treatment*, 5 (1988): 83-87.
- Römken, R. Consequences of wife-abuse and the risks of post-traumatic stress disorder. *International Congress on Mental Health Care for Women*. Países Bajos, (1988): 19-22.
- Rodríguez, R. *Audio digest family practice*. California, Glendale. California Medical Association, Audio Digest Foundation, 1994.
- Ruiz-Jarabo, Consue y Blanco, Pilar. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid, Díaz de Santos, 2004.
- Velázquez, Susana. *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Villavicencio, Patricia y Sebastián, Julia. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid, Instituto de la Mujer. Estudios, 2001.
- Walker, L. Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28 (1) (1991): 21-29.

La intervención social para mujeres con drogodependencia

Carmen Meneses

- 1 La preparación e inserción laboral
- 2 Necesidades y carencias sociales en las mujeres con drogodependencias
- 3 Algunas sugerencias en la intervención con mujeres

Cuando hablamos de la intervención social podemos incluir distintas dimensiones dependiendo de la amplitud de la atención a las mujeres, de esta forma podemos sugerir algunas indicaciones para la intervención respecto a las políticas sociales, así como para aquellas actuaciones que se circunscriben al contexto inmediato de las mujeres con drogodependencias.

Se observa que, cuando el abuso de drogas se hace insostenible, las mujeres pueden comenzar a replantearse el abandono de este estilo de vida, que las puede situar al margen de la sociedad y de sus familias. El tratamiento de la drogodependencia no implica exclusivamente un cese del consumo de las drogas, sino que conlleva un cambio más radical en sus vidas. Supone para muchas de ellas cambios en su identidad, nuevas relaciones sociales y de pareja, necesidad de recursos educativos, profesionales o económicos. Las posibilidades de éxito dependen de muchas variables: el tratamiento, los y las profesionales que intervienen con ellas, los recursos sociales de apoyo, las oportunidades de inserción sociolaboral y las valoraciones de la sociedad.

Podemos mencionar dos trabajos que nos aportan información sobre los recursos de apoyo para la intervención con mujeres. El primero de ellos, Reed (1985) nos señala una serie de recursos y características que serían necesarios para atender a las mujeres, ya sea dentro o fuera del programa de tratamiento. Esta autora plantea que un programa de atención a mujeres con drogodependencias debería contemplar sus necesidades de salud; la valoración y formación para el empleo; asistencia legal para los temas jurídicos; información y formación relacionada con la atención y educación de sus hijos e hijas y otras necesidades del ámbito familiar; así como el entrenamiento en habilidades sociales y personales y un seguimiento para el mantenimiento de una vida abstinentes y normalizada.

La autora es consciente de que muchos de estos servicios son muy caros para que estén dentro de un sólo programa y supondría un enorme coste. Por ello, es necesario ayudar a las mujeres a manejar los recursos que precisen, ya sea dentro o no de los servicios comunitarios mejorando la accesibilidad. Por otra parte, la disponibilidad no es sólo que los servicios existan, sino que tengan la voluntad de atender a las mujeres con drogodependencias, y sean efectivos. Las actitudes negativas hacia las mujeres con adicciones son muy comunes, según plantea ella. Por tanto, se recomienda establecer acuerdos y coordinación con otros servicios complementarios, desarrollar un trabajo activo por parte de los y las profesionales del programa para conocerlos y establecer cauces de derivación y trabajo conjunto.

En segundo trabajo que merece mención es el de Ashley y colaboradores, (2003) que realizan una revisión de 38 estudios sobre programas para mujeres con drogodependencias. Indican que los programas que contienen una serie de servicios para las mujeres muestran mejores resultados que aquellos que carecen de los mismos. De esta forma, plantean la necesidad de una serie de condiciones tras la revisión de esos programas, y que detallamos a continuación:

- Cuando los programas de recuperación incluyen atención y cuidado sobre sus hijos e hijas mejoran los resultados y, en algunos casos, disminuyen los problemas de depresión y aumentan los niveles de autoestima.
- En aquellos programas que incluyen el cuidado prenatal en embarazadas con drogodependencias, éstas reducen el consumo o se mantienen abstinentes, presentando mejor adherencia al programa y mejores resultados en el momento del nacimiento de la criatura.
- La presencia de grupos específicos que aborden temas que preocupan a las mujeres (salud sexual y reproductiva, formación y manejo con los hijos e hijas, relaciones afectivas, seguridad emocional, prostitución, aborto etc.) suelen ofrecer mejores resultados.
- Sesiones de terapia individual frecuentes o adaptadas a las necesidades de cada mujer y acceso a servicios de salud mental.
- Talleres de habilidades sociales, estrategias de conducta, formación educativa y cultural, actividades recreativas.
- Preparación laboral y técnicas de búsqueda de empleo.
- Servicios jurídicos.
- Grupos de terapia, sesiones psico-educativas y grupos de autoayuda.
- Incremento del número de profesionales mujeres.

Los programas con este tipo de servicios incrementan el número de mujeres que acuden a estos dispositivos. Además, reducen las barreras de entrada al tratamiento porque reciben los apoyos complementarios a sus necesidades y les proporcionan un contexto de seguridad que les haga centrarse en su recuperación de las drogodependencias.

A continuación, vamos a señalar aquellos aspectos sociales en los que se debería intervenir porque son más precarios y problemáticos en las mujeres con drogodependencias.

1. La preparación e incorporación laboral

Todos los datos disponibles sobre población drogodependiente nos señalan que, en términos generales, existen grandes déficits de formación educativa y profesional, ya que en muchas de estas personas el consumo interrumpió la etapa de preparación para el mercado laboral. Sin embargo, esta situación se agrava en el caso de las mujeres por las desigualdades de género existentes en el mercado laboral. El paro femenino, en las últimas décadas, ha sido muy superior al masculino y todavía la brecha entre ambos sexos sigue siendo muy desigual. Las mujeres que han abandonado una drogodependencia se encuentran con más condicionantes que los varones en términos de formación y empleo por varios motivos:

- Las mujeres con drogodependencias suelen presentar una menor cualificación profesional y experiencia laboral. En general, en la etapa de reinserción del proceso de recuperación de la drogodependencia, la oferta formativa o de preparación para la inserción laboral suele ser más abundante y diversa cuando los destinatarios son varones. Si desde los programas de atención a personas con drogodependencias se contemplan recursos de apoyo a la empleabilidad destinados a mujeres, muchos de ellos se diseñan y ofertan orientados desde los roles de género tradicionales. Es decir, se plantean cursos que reproducen los roles que han desempeñado o se han asociado a las mujeres (peluquería, costura, servicio doméstico, cuidado del personas mayores, etc.).
- En muchas ocasiones, no se atiende la preparación para la inserción laboral de la misma manera que en los varones (Meneses, 2002). El principal motivo y dificultad que se presenta en las mujeres es el cuidado familiar, que en muchos casos no es compartido. Muchas de estas mujeres retoman el rol y el cuidado de los hijos e hijas que no han podido ejercer o han delegado en familiares o instituciones en su trayectoria de consumo, suponiéndoles una barrera para la preparación e inserción laboral.
- Además las mujeres se encuentran con más dificultades para encontrar empleo. El estigma social generado por la drogodependencia puede actuar como inhibidor en las personas empleadoras, que ofrecen menos oportunidades a las mujeres. Los trabajos que suelen ocupar son precarios en cuanto a condiciones laborales y económicas.

Si tradicionalmente las mujeres han dependido económicamente de los varones, padres o esposos, durante la etapa de consumo se han podido establecer relaciones de dependencia con otras personas, fundamentalmente sus parejas, por lo que un objetivo prioritario ha de ser el motivarlas y apoyarlas para que consigan su independencia económica, que a través de la

inserción laboral. El trabajo remunerado puede incidir positivamente en su autoestima, en la imagen de sí misma, en la autonomía personal, en conseguir nuevas relaciones sociales rompiendo su aislamiento y en una mejor valoración social como mujeres y personas. En definitiva, aunque no es el único elemento para la integración social, ésta debería contemplar la incorporación laboral. En este sentido, algunos de los objetivos que se deberían plantear con mujeres con drogodependencias en su último periodo de recuperación sería:

- 1) Motivar y concienciar a las mujeres de la importancia de la preparación profesional e incorporación a la vida laboral, como un elemento para lograr su autonomía personal y económica.
- 2) Determinar aquellos objetivos en el establecimiento de proyectos profesionales y laborales que les permitan introducirse en el mercado laboral y la integración social, evitando estereotipos de género asociados a las mujeres.
- 3) Ofrecerles las acciones y dispositivos más adecuados (talleres, seminarios o cursos) para cubrir sus déficits de formación profesional de modo que puedan reforzar sus fortalezas y contrarrestar sus debilidades de cara a la empleabilidad.
- 4) Proponerles aquellos apoyos sociales que requieran para prepararse e insertarse en el mercado laboral (guarderías, transporte, etc.)
- 5) Facilitar y orientar sobre los recursos relacionados con la búsqueda de empleo y el conocimiento del funcionamiento del mercado laboral.

2. Necesidades y carencias sociales en las mujeres con drogodependencias

Las mujeres atendidas desde los programas de tratamiento de las drogodependencias presentan una serie de necesidades sociales que deben ser contempladas, ya sea desde el comienzo de la intervención o durante el proceso. De esta forma podemos destacar:

a) Condiciones básicas de bienestar social

Las consecuencias de las drogodependencias son variables en función de diversos factores, pero en algunos casos llegan a encontrarse en situaciones límites, sufriendo una ausencia de las condiciones mínimas de bienestar. En este sentido, algunas mujeres viven en situación de extrema exclusión social como resultado de su adicción, sin un domicilio, inadecuada y escasa alimentación, aisladas socialmente y con estados de salud muy deteriorados. La necesidad

de facilitar estos mínimos se hace imprescindible para comenzar el proceso de recuperación. Por tanto, es preciso valorar:

- **Alojamiento**, ya sea retomando la relación con su familia o de forma independiente.
- De la misma manera, el estado de salud de estas mujeres suele estar muy deteriorado, por falta de cuidados mínimos y de una **alimentación** escasa. Además, la constatación de su estado de salud requiere acudir a los servicios de atención primaria, para que a través de la revisión médica se pueda poner de manifiesto los déficits de salud en los que hay que incidir.
- Por último, la posibilidad de recuperación de la **documentación básica** que muchas veces han extraviado o la gestión de gastos de **transporte**, entre otros, conforman pequeñas necesidades que son precisas para poder realizar el programa de recuperación.

La marginación social es una cuestión de grados y se trata de un proceso que es reversible. Por tanto, ayudar a las mujeres para salir de ella debe acompañar el transcurso de la gestión de estos recursos básicos.

b) Para el crecimiento personal y la mejor valoración de sí mismas.

Hemos expuesto en capítulos anteriores cómo las mujeres con drogodependencias presentan una imagen deteriorada de sí mismas, con sentimientos de inferioridad y dificultades en las relaciones sociales. Por ello, es necesario:

- Ofertar seminarios, talleres, dinámicas de grupo u otros recursos con el objetivo de mejorar su **valoración personal** y que permitan a las mujeres el reconocimiento de sus logros. Abordar las **relaciones sociales y personales, su sexualidad y el análisis de la construcción social del género**. Es decir, se trata de incorporar una perspectiva de género a los procesos de recuperación que les permitan ser sujetos activos y protagonistas de sus vidas.
- **Reforzar las conductas preventivas**. En este sentido, algunas mujeres articulan estrategias de reducción del daño tanto en el uso de drogas como en el abandono del mismo. La valoración positiva de sus esfuerzos y comportamientos de protección son imprescindibles para su propia valoración personal y su empoderamiento.
- Abordajes terapéuticos individuales y/o grupales para la **atención de los episodios de abuso sexual y violencia**.
- La **asunción de la maternidad como decisión propia**. Las drogodependencias en muchas mujeres han roto o debilitado la relación con sus hijos e hijas y se suelen instar a retomarlas desde el programa de recuperación. Sin embargo, no se suele incidir e implicar de la misma mane-

ra a las mujeres que a los varones en sus responsabilidades parentales. En este sentido, los y las profesionales deben promover en ambos progenitores la recuperación de los vínculos con sus hijos/as, sin que las responsabilidades recaigan exclusivamente en las mujeres.

c) Para el cuidado de la salud y de su imagen

Las mujeres con drogodependencias han vivido una etapa centrada en el consumo de sustancias, descuidando muchas veces su salud y, en algunos casos, su imagen. La intervención social, en este caso, debe ir encaminada a recobrar un estado saludable, acudiendo a los servicios sanitarios normalizados de atención primaria o especializada. Entre las deficiencias que suelen presentar estas mujeres se encuentran:

- **La alimentación.** Pueden surgir problemas en las pautas de alimentación asociadas a la figura corporal, puesto que es posible que exista un tránsito entre la extrema delgadez del periodo del abuso hacia un aumento de peso con el cese del consumo. Los y las profesionales deben considerar estas circunstancias e intentar articular acciones preventivas.
- Motivar y derivar a la red sanitaria para las **revisiones ginecológicas**. La prevención de infecciones como el VIH es importante para el cuidado de la salud. La prevención de infecciones de transmisión sexual y la salud genésica son objetivos a plantear. De nuevo, la utilización de la red normalizada sanitaria es el recurso principal para abordar este objetivo.

En algunos casos, como cuando el abuso de sustancias ha dado lugar a un deterioro más severo, además habrá que atender otros aspectos:

- **La higiene y el arreglo personal.** En algunas mujeres estos hábitos surgen espontáneamente en el proceso de recuperación, pero en otros casos debe ser señalado por los y las profesionales que intervienen, haciéndoles ver la importancia de su imagen para sentirse a gusto consigo misma.
- **La salud bucodental.** En el consumo de heroína, el cuidado e higiene bucodental han pasado a un segundo plano durante el periodo de consumo y suele presentar un importante deterioro dental. La gestión de recursos económicos que faciliten el arreglo bucodental es importante tanto para su salud como para su imagen pública.
- Orientación en comportamientos de seguridad y **disminución de riesgos**, como el uso de métodos anticonceptivos (por ejemplo, los preservativos) en sus relaciones sexuales, facilitando los recursos o programas de dispensación de los mismos o la derivación a los servicios de planificación familiar, presentes en todos los municipios, y a la red sanitaria de salud.

d) Para las mujeres con responsabilidades familiares

Las intervenciones sociales y recursos necesarios pueden variar en función del tipo de programa que realice, edad de sus hijos/as, la presencia de la pareja o los apoyos familiares, la pérdida de la custodia... Algunos de los programas o recursos que podrían ser un apoyo importante para las mujeres en su proceso de recuperación serían:

- **Recursos de tratamiento en donde puedan realizar el programa de recuperación sin separarse de sus hijos e hijas**, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio (Meneses, 2002). Los hijos e hijas suelen ser una importante motivación para el abandono del consumo pero a la vez se presentan como una barrera para acceder y realizarlo. Aunque todavía son escasos este tipo de recursos en España. En este sentido, se van articulando algunas comunidades terapéuticas o recursos asistenciales.
- En otras ocasiones, sobre todo cuando se realizan programas de tratamiento ambulatorio, se precisan recursos de apoyo para el cuidado de los hijos e hijas. La gestión y facilitación de **guarderías y ludotecas** son un aspecto primordial. Desde las políticas sociales se deberían realizar actuaciones de discriminación positiva que faciliten el acceso a estas mujeres y que puedan ser un apoyo importante en todas las fases del programa de recuperación. Este tipo de recursos no sólo es necesario durante el curso académico sino en periodo vacacional, pues aunque los **campamentos y colonias** de verano pueden ser un recurso también a utilizar, no cubren los casi tres meses de vacaciones que disfrutan niñas y niños.
- **Formación en competencia de cuidados**. El retomar las relaciones con sus hijos e hijas suele resultar difícil y, en ocasiones, fuente de recaídas en el consumo. Muchas mujeres recobran la relación con sus hijos e hijas y sus cuidados en el periodo de recuperación encontrándose con problemas de manejo educativo, sobre todo, si los menores son adolescentes. Por otra parte, pueden entrar en competencia educativa con sus madres, abuelas de los y las menores, que han sido quienes se han encargado de los cuidados en su ausencia o escasa dedicación. El acceder a escuelas de padres y madres puede ser un recurso de apoyo.
- Gestión de **recursos ante la violencia familiar**, ya sea de su pareja o sus hijos e hijas. Las mujeres con drogodependencias han sido víctimas, como ya hemos mencionado, de violencia muy diversa, pero en muchas ocasiones la violencia procede de sus parejas. Cuando se detectan estas situaciones es preciso gestionar y facilitar recursos de emergencia disponibles para las mujeres en estas circunstancias, siempre que sea posible su acceso con drogodependencias máxime cuando estén en tratamiento. Ante todo son mujeres en circunstancias de crisis y con necesidad de ayuda inmediata, aunque estén siendo tratadas por un problema de adicción. Es posible que una forma de articulación para abor-

dar la violencia de género sea la especialización profesional dentro del dispositivo de atención, o la derivación de las mujeres a otro dispositivo. Esto no elude la gestión de los recursos que pueda necesitar.

e) Para la participación social

Como hemos planteado el aislamiento social, tanto en el periodo de consumo como en el de recuperación, es una de las características presentes en muchas mujeres con drogodependencias. Por ello, es preciso fomentar la participación social de estas mujeres, de modo que rompan su aislamiento, se creen relaciones sociales con otras mujeres y, lo que es fundamental, que puedan comprender su realidad personal analizando los estereotipos de género que han construido su identidad (García-Mina, 2001). Se trata de ofrecer un espacio en el cual las mujeres pongan en común sus necesidades, sentimientos y malestares, así como obtener el apoyo de otras mujeres y la participan en cursos de formación. Existen distintas redes de mujeres con diversas ofertas desde asociaciones de mujeres, grupos o espacios de formación.

Estos diferentes tipos de organizaciones de mujeres pueden concretarse de muchas formas, dependiendo de los fines que persigan. Así mismo, estas entidades o grupos ofrecen una variedad de actividades, talleres y asesorías (tanto jurídicas como psicológicas), con reuniones semanales del grupo y grupos de autoayuda centrados en la salud. En definitiva, se pretende la participación de las mujeres en la sociedad, fomentando su liderazgo y empoderamiento tanto para su vida personal como en las relaciones sociales.

f) Información y orientación jurídica.

Algunas mujeres presentan la necesidad de información sobre asuntos jurídicos como las causas judiciales pendientes, asesoramiento laboral o en temas familiares (pérdida y/o recuperación de la custodia de sus hijos e hijas, separaciones o divorcios, etc.). Todas las comunidades autónomas disponen de servicios de orientación jurídica ya sea desde los Colegios de Abogados o desde servicios específicos que las administraciones ponen al servicio de la ciudadanía, gratuitamente. En este sentido, los recursos posibles a utilizar son:

- Servicio de **Asistencia Jurídica gratuita** que pone a disposición de la ciudadanía el Ministerio de Justicia a través de los Colegios de Abogados de cada zona. Además, los Colegios de Abogados de las grandes ciudades disponen de servicios de orientación jurídica gratuita en materia penitenciaria, penal, laboral y civil.

- Asesoría **jurídica laboral** que suele estar a disposición de quienes lo precisen desde los servicios de información y orientación al empleo de las Consejerías correspondientes en cada Comunidad Autónoma. También los distintos sindicatos suelen disponer de estos servicios de información y orientación sobre cuestiones laborales.
- Asesoría **jurídica en temas familiares o servicios de mediación familiar**. Muchas mujeres con drogodependencias requieren información jurídica en materia familiar, ya sea sobre los y las menores (custodia o tutela) o sobre separación o divorcio. Cada Comunidad Autónoma e incluso muchos municipios disponen de un servicio gratuito de información en estas cuestiones.

g) Contemplando lo lúdico y cultural

Por último, otra dimensión que se debería potenciar son los espacios lúdicos, recreativos y culturales. Ofrecer la disponibilidad de recursos de ocio y culturales permite a las mujeres encontrar su propio espacio, establecer de nuevas relaciones sociales y de amistad, y enriquecerse personalmente con las actividades culturales. Actualmente existe una amplia oferta de actividades culturales o recreativas desde el ámbito municipal o desde el movimiento asociativo que pueden ser ofrecidas dependiendo del momento y la fase del tratamiento.

3. Algunas sugerencias en la intervención con mujeres

En este punto queremos subrayar algunos aspectos que nos parecen importantes en la intervención con mujeres con drogodependencias y que muy probablemente una gran mayoría de los profesionales tienen en cuenta:

- Buscar y conocer los recursos y servicios de la zona o más cercanos que puedan apoyar el proceso de recuperación de las mujeres.
- Facilitación y utilización de los recursos normalizados, motivando para que sea ella misma la que acuda a los servicios que precisa.
- Consideración de las diferencias de género en los distintos dispositivos de apoyo a los programas: de detección precoz, disminución del daño, unidades móviles, etc. que puedan contemplar las necesidades específicas especialmente de las mujeres por sus dificultades de acceso y también de los varones.

En definitiva, los programas de intervención con mujeres con drogodependencias deben conocer los recursos sociales que estas mujeres pueden necesitar. Algunos de ellos podrán ser articulados

desde el propio programa, otros, en cambio, serán prestados desde otras instituciones o entidades, en estrecha colaboración y coordinación con los servicios de atención a drogodependientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ashley, OS, ME Marsden, y TM Brady, "Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review," AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE 29 (1): 19-53 (2003).
- Cabrera, P. Nuevas Tecnologías y exclusión social. Un estudio sobre las posibilidades de las TIC en la lucha por la inclusión social en España. Fundación Telefónica. Madrid 2005.
- Cuskey, W.R. Female Addiction: A Review of the Literature. Journal of Addictions and Health. 3, p.3-33. 1982
- García-Mina, A., Los grupos de reflexión de mujeres, en Carrasco, M.J. y García-Mina, A. Género y Psicoterapia. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 2001.
- Inciardi, J.A., Lockwood, D., y Pottieger, A.E. Women and Crack-Cocaine. McMillan Publishing Company. New York. 1993.
- Meneses, C. ¿Una atención específica para mujeres drogodependientes? Revista Proyecto Hombre, 43, p. 4-9. 2002.
- Meneses, C. Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada. 2001
- Reed, BG., "Drug Misuse and Dependency in Women: the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group "The International Journal of The addictions, 20 (1): 13-62 (1985).
- Rosenbaum, M. Women on Heroin. Rutgers University Press. New Brunswick. 1981.
- Sterk, C. E., Fast Lives. Women who use crack cocaine. Temple University Press. Philadelphia. 1999.



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA
GENERAL
DE POLÍTICAS
DE IGUALDAD

INSTITUTO
DE LA MUJER



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS