



PRIMER ENCUENTRO DE PERSONAS EXPERTAS “MUJERES Y DROGAS”

21 DE DICIEMBRE DE 2006. MADRID (ESPAÑA)

Organiza: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo)
Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales)





MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS

JORNADA MUJER Y DROGAS

Madrid, 21 de diciembre 2006

Amparo Sánchez Mañez
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
asanchezm@msc.es



FUENTES UTILIZADAS DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED):

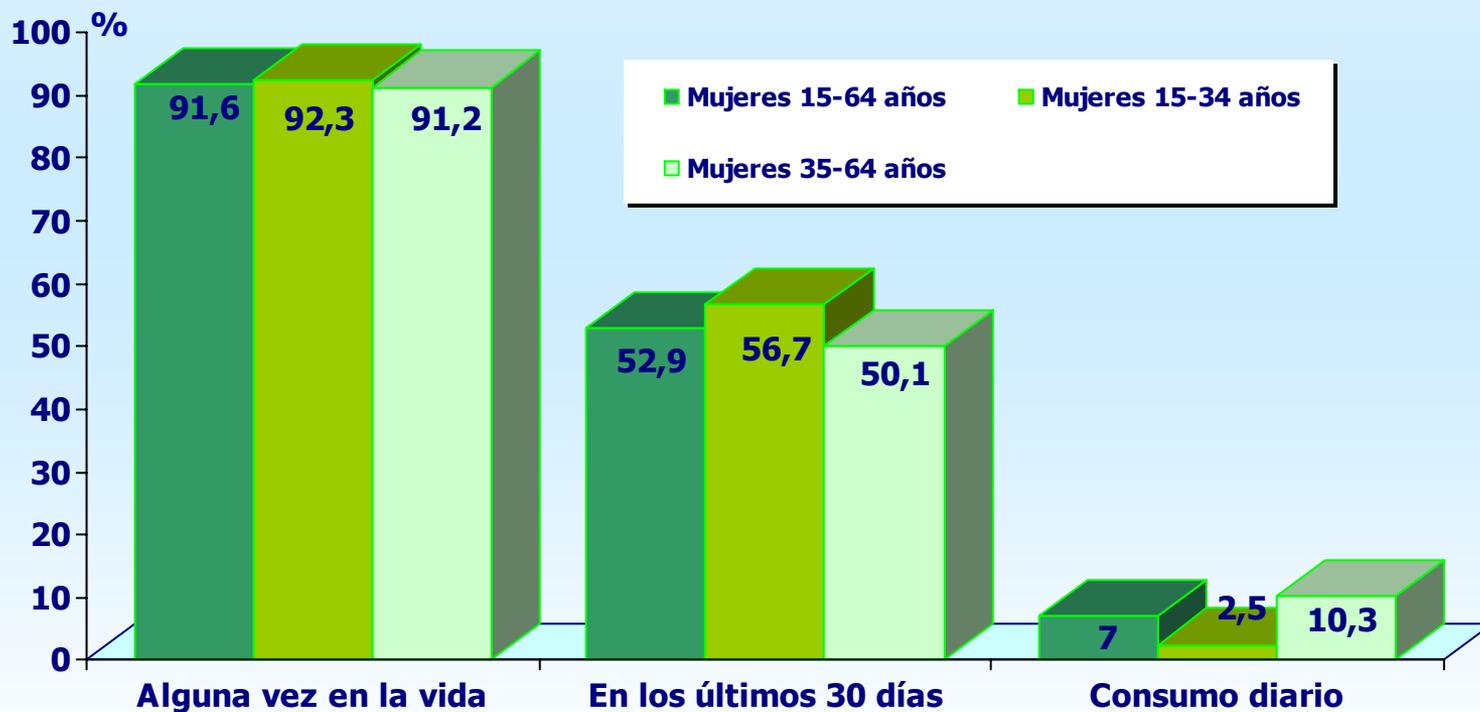
- ∅ Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas (1997, 1999, 2001, 2003 y 2005/06).
- ∅ Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (1994, 1996, 1998, 2000, 2002 y 2004).
- ∅ Indicador "Admisiones a Tratamiento" del OED.
- ∅ Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP), 2006.

ENCUESTA DOMICILIARIA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS ESPAÑA, 2005-06

- El Programa de Encuestas Domiciliarias sobre Drogas contempla desde 1995 la realización de una encuesta con carácter bianual a la población general de 15-64 años.
- Permite el análisis de la evolución temporal de las prevalencias de uso de las sustancias, los patrones de consumo, y las opiniones y actitudes ante las drogas de la población de esta edad.

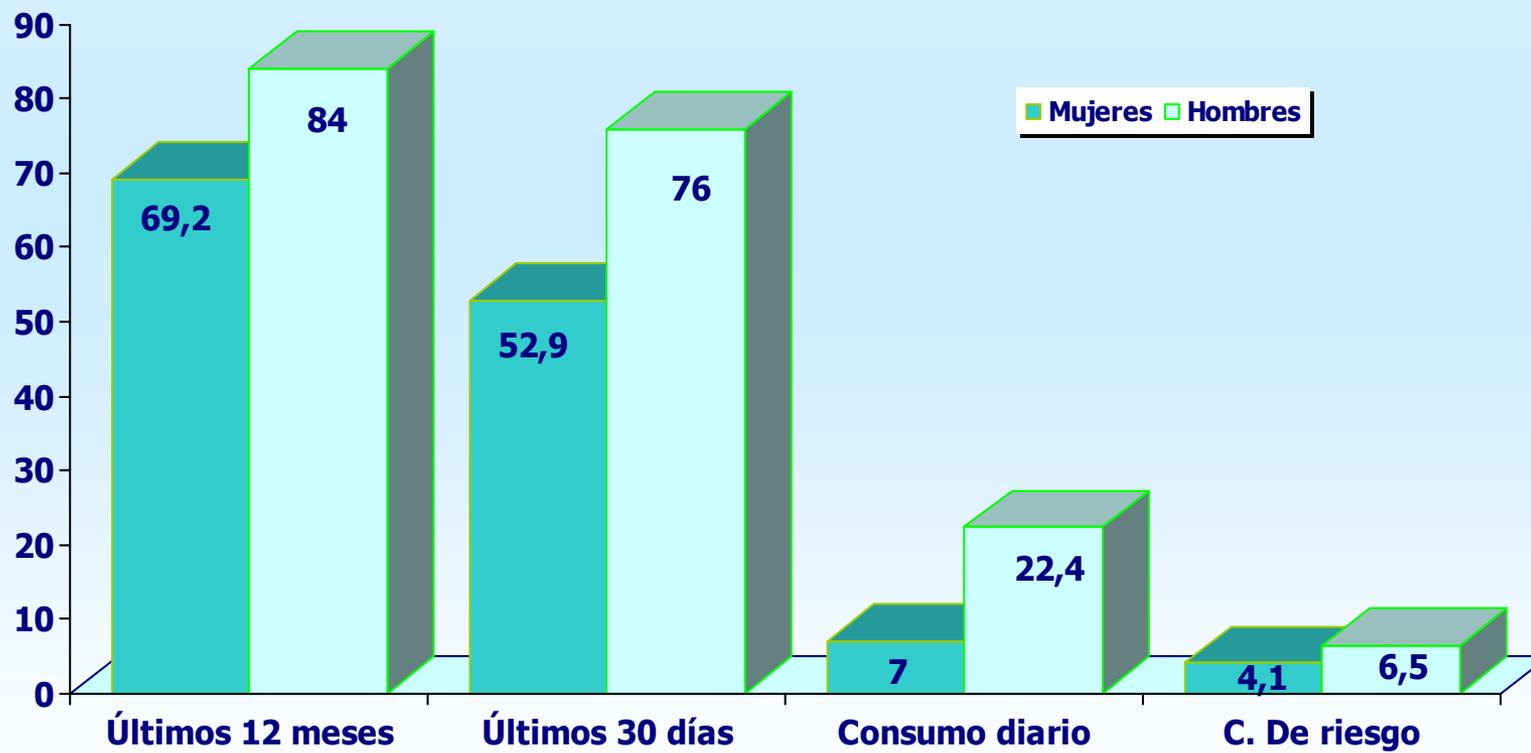


EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES. ESPAÑA, 2005/06.



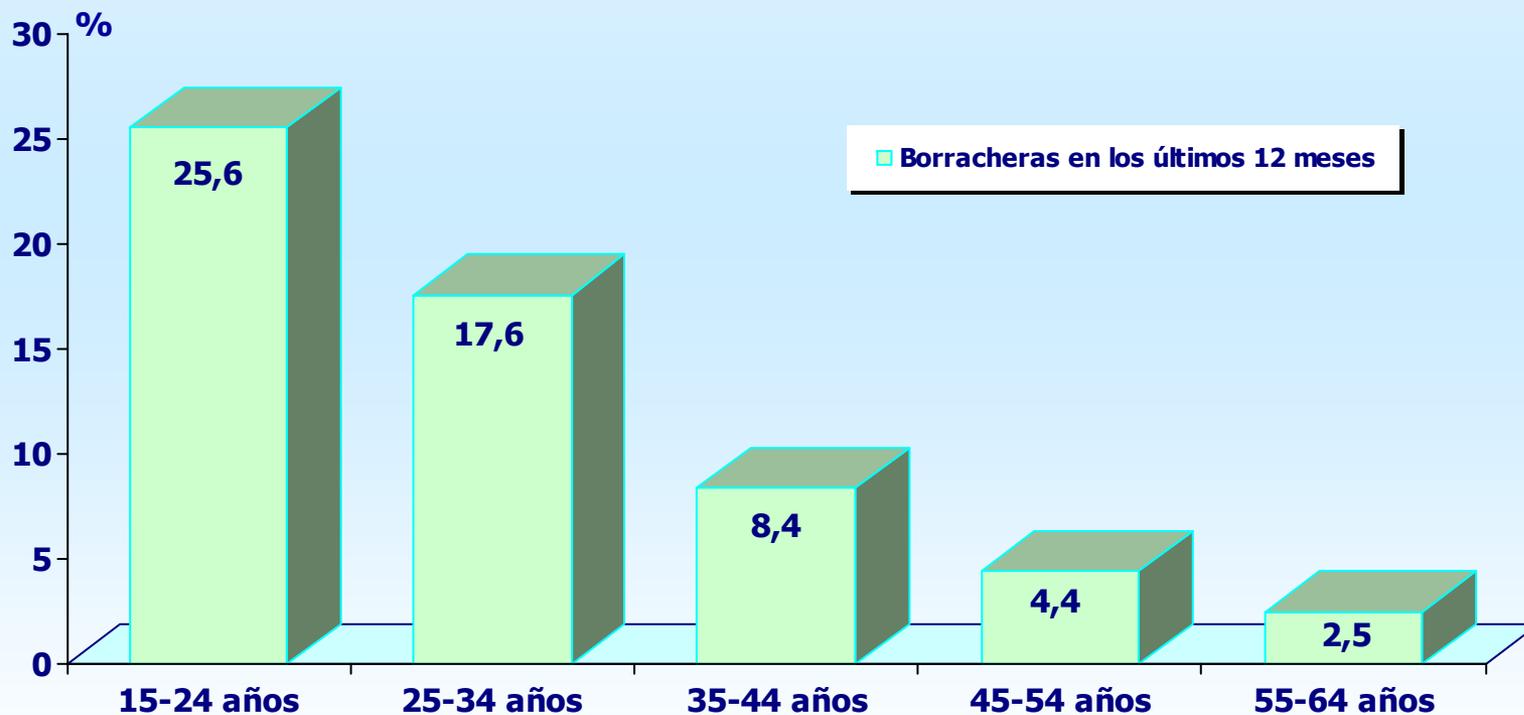


EL CONSUMO DE ALCOHOL SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 2005/06



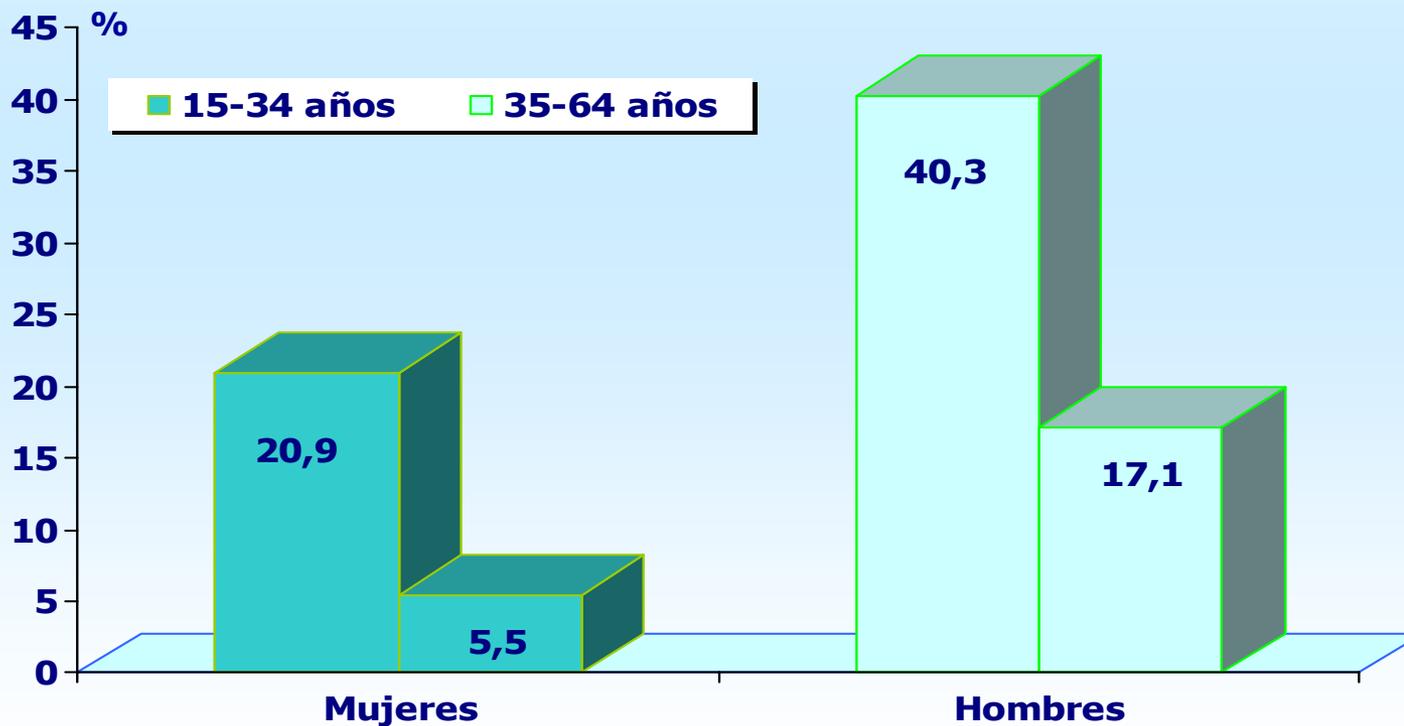


EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES. ESPAÑA, 2005/06.



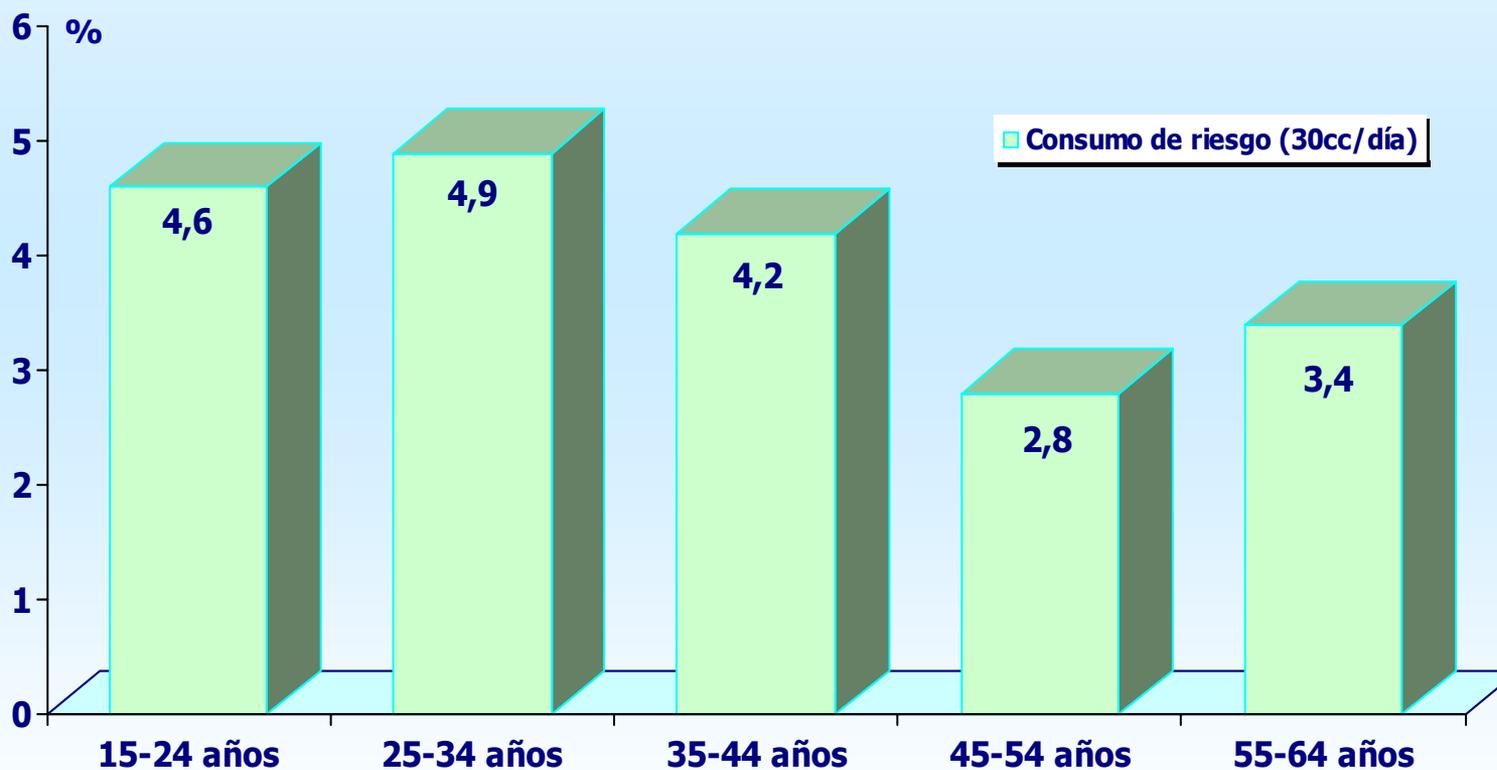


PREVALENCIA DE BORRACHERAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN EDAD Y SEXO. ESPAÑA, 2005/06



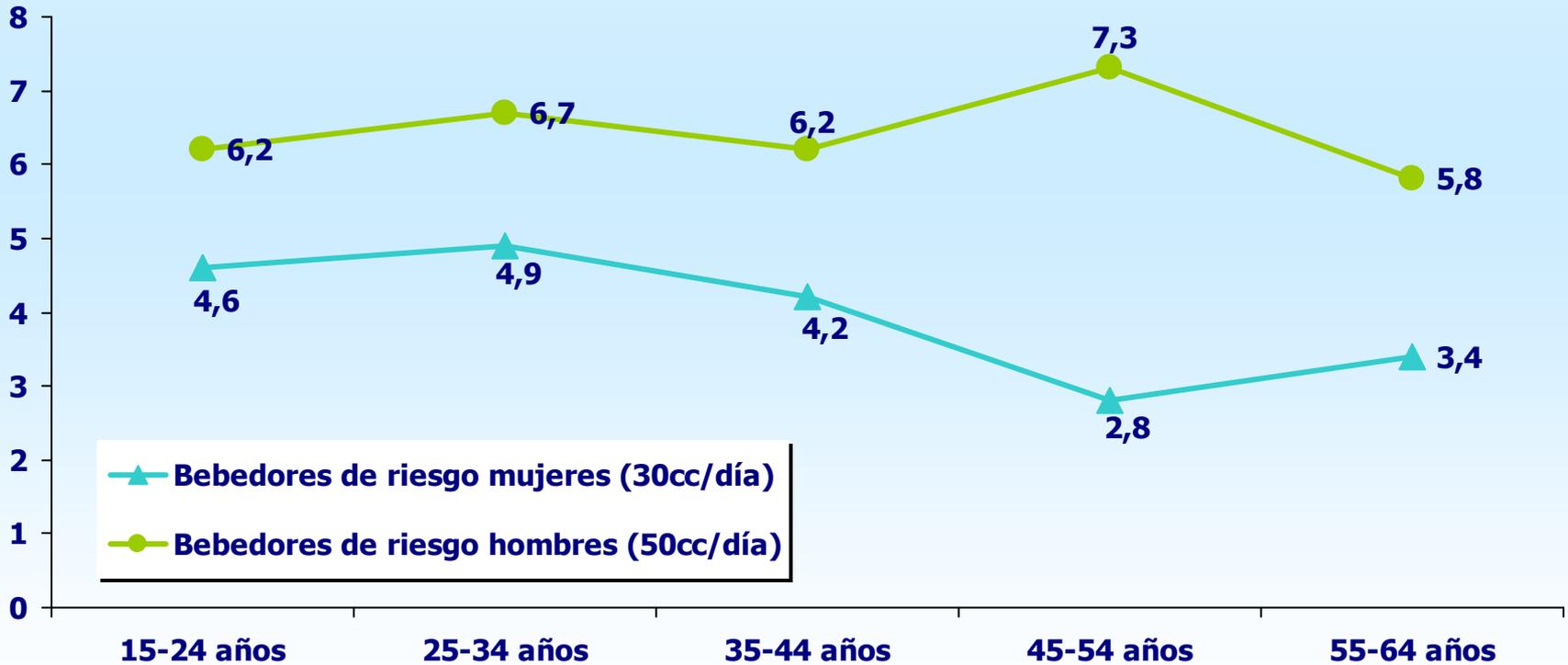


EL CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES. ESPAÑA, 2005/06



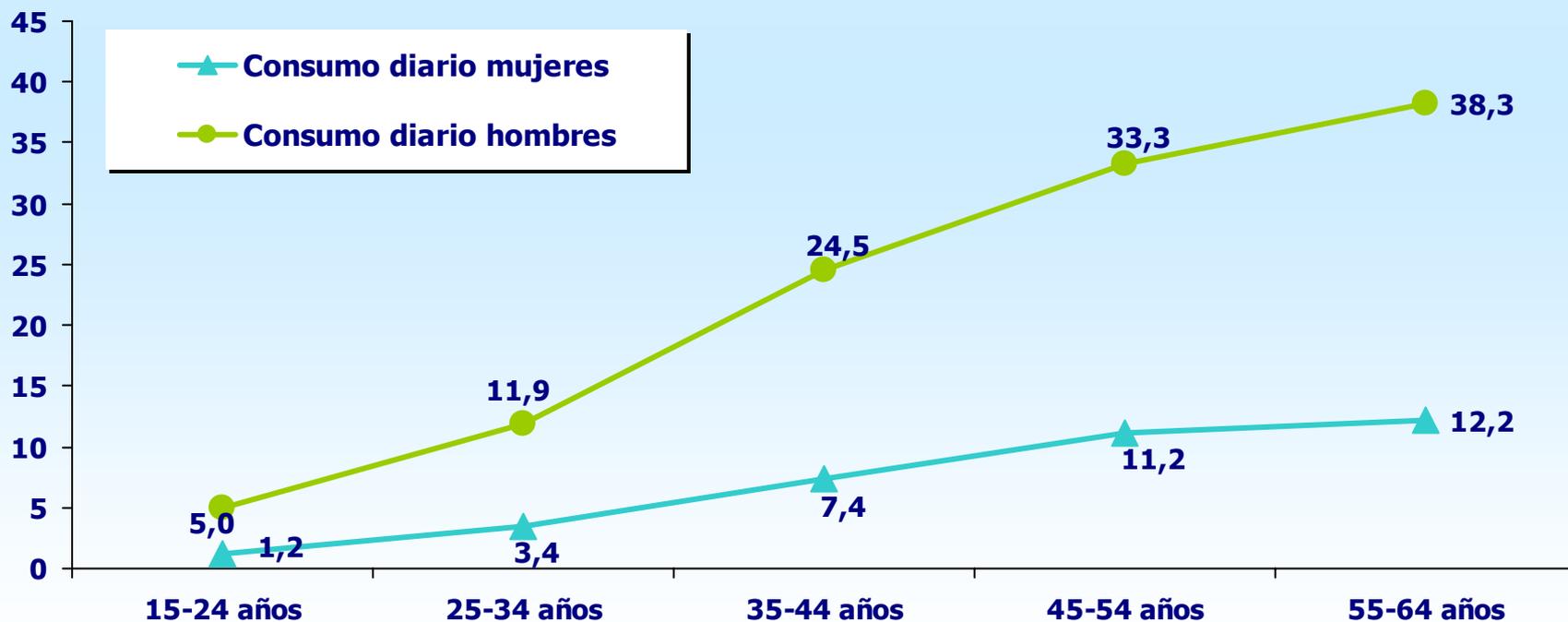


PATRÓN DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN EDAD Y GÉNERO. BEBEDORES DE RIESGO. ESPAÑA, 2005/06

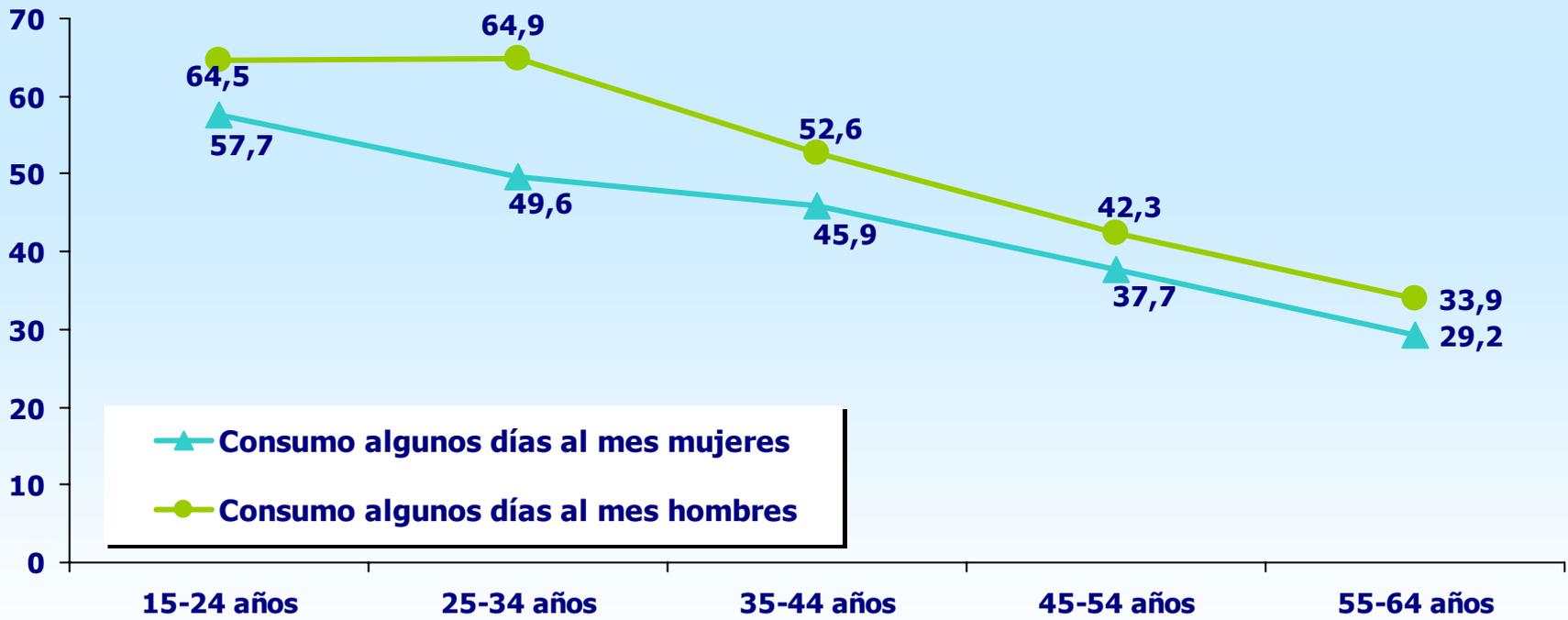




PATRÓN DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN EDAD Y GÉNERO. CONSUMO DIARIO. ESPAÑA, 2005/06

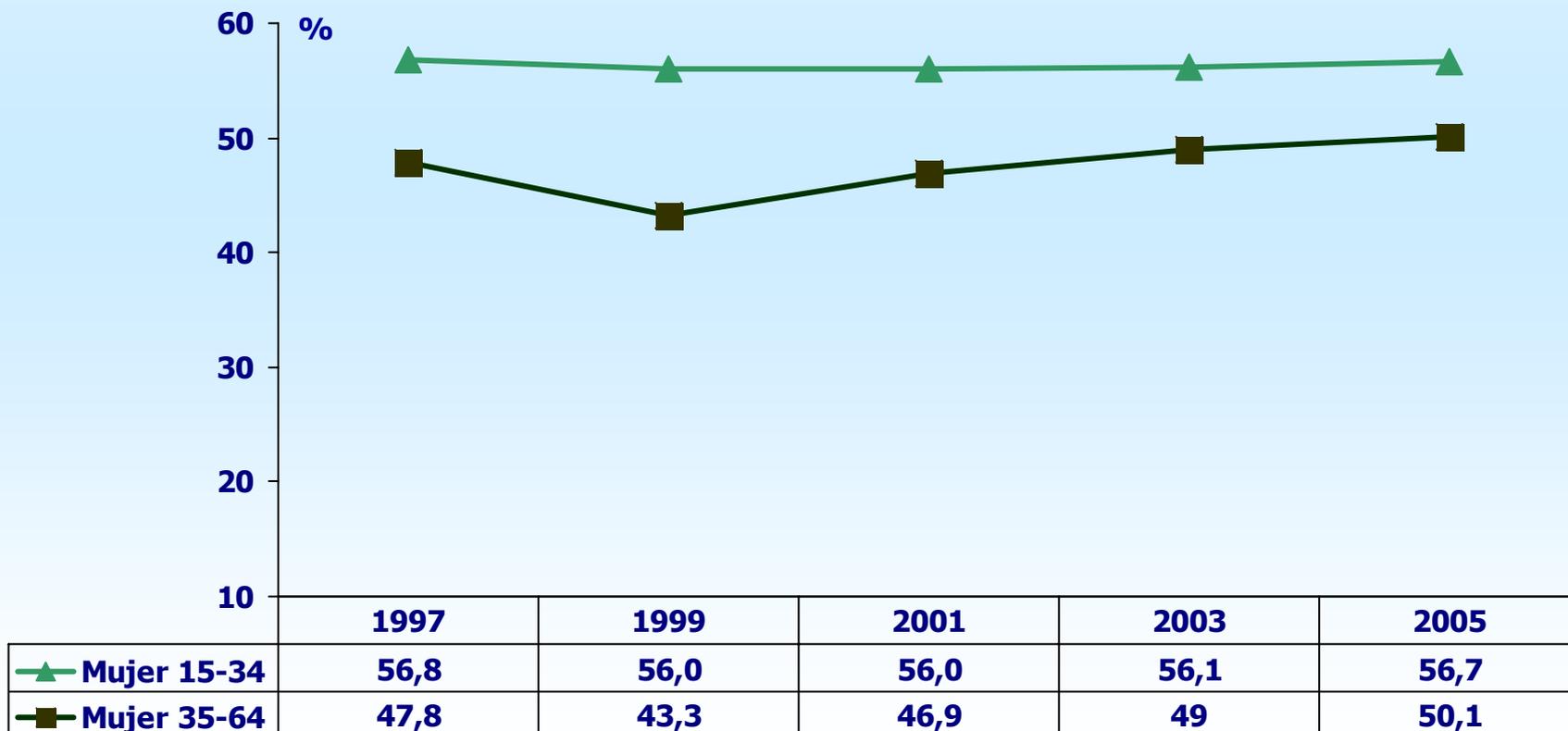


PATRÓN DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS SEGÚN EDAD Y GÉNERO. CONSUMO ALGUNOS DÍAS AL MES ESPAÑA, 2005/06



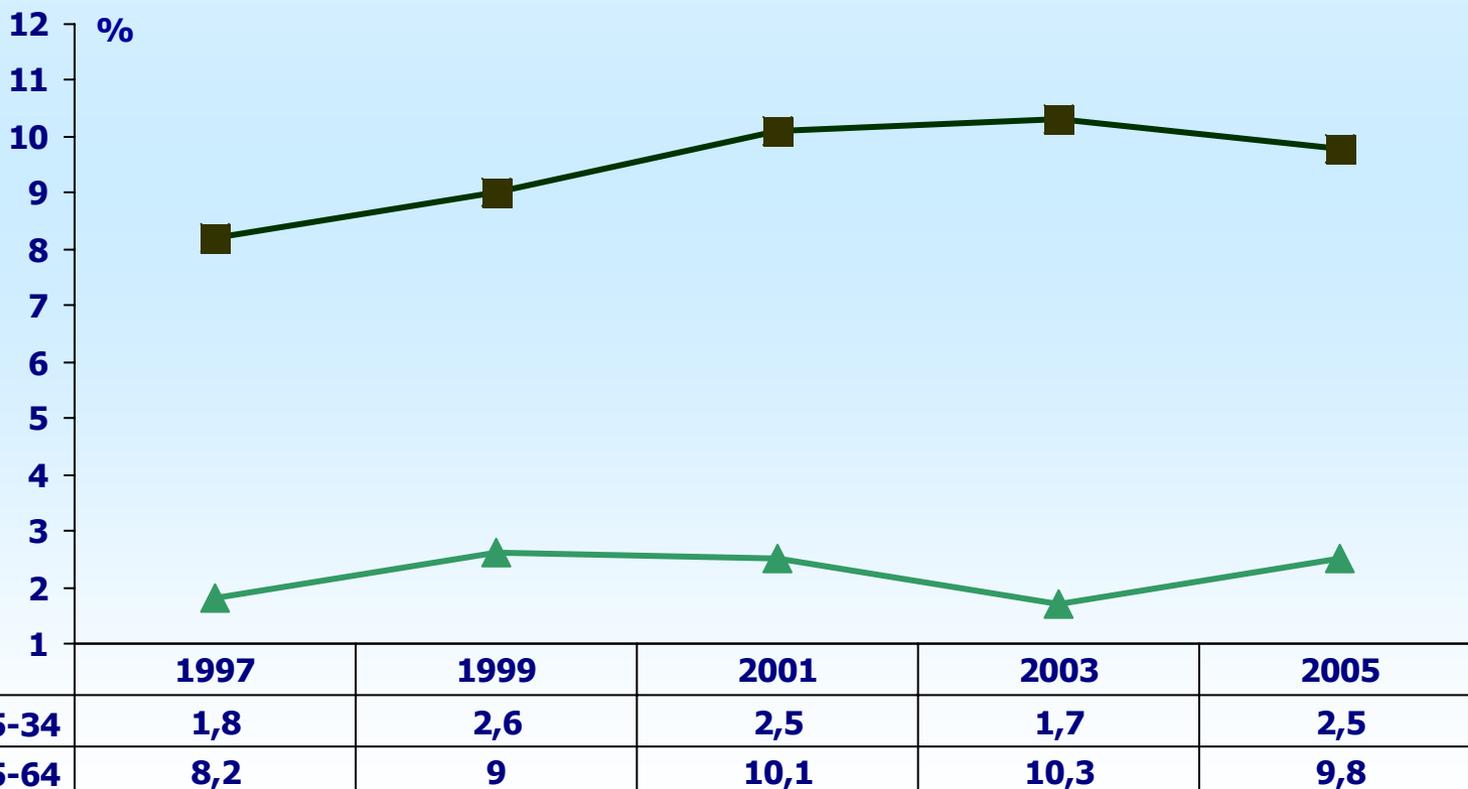


EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS POR MUJERES SEGÚN EDAD. ESPAÑA, 1997-2005/06.



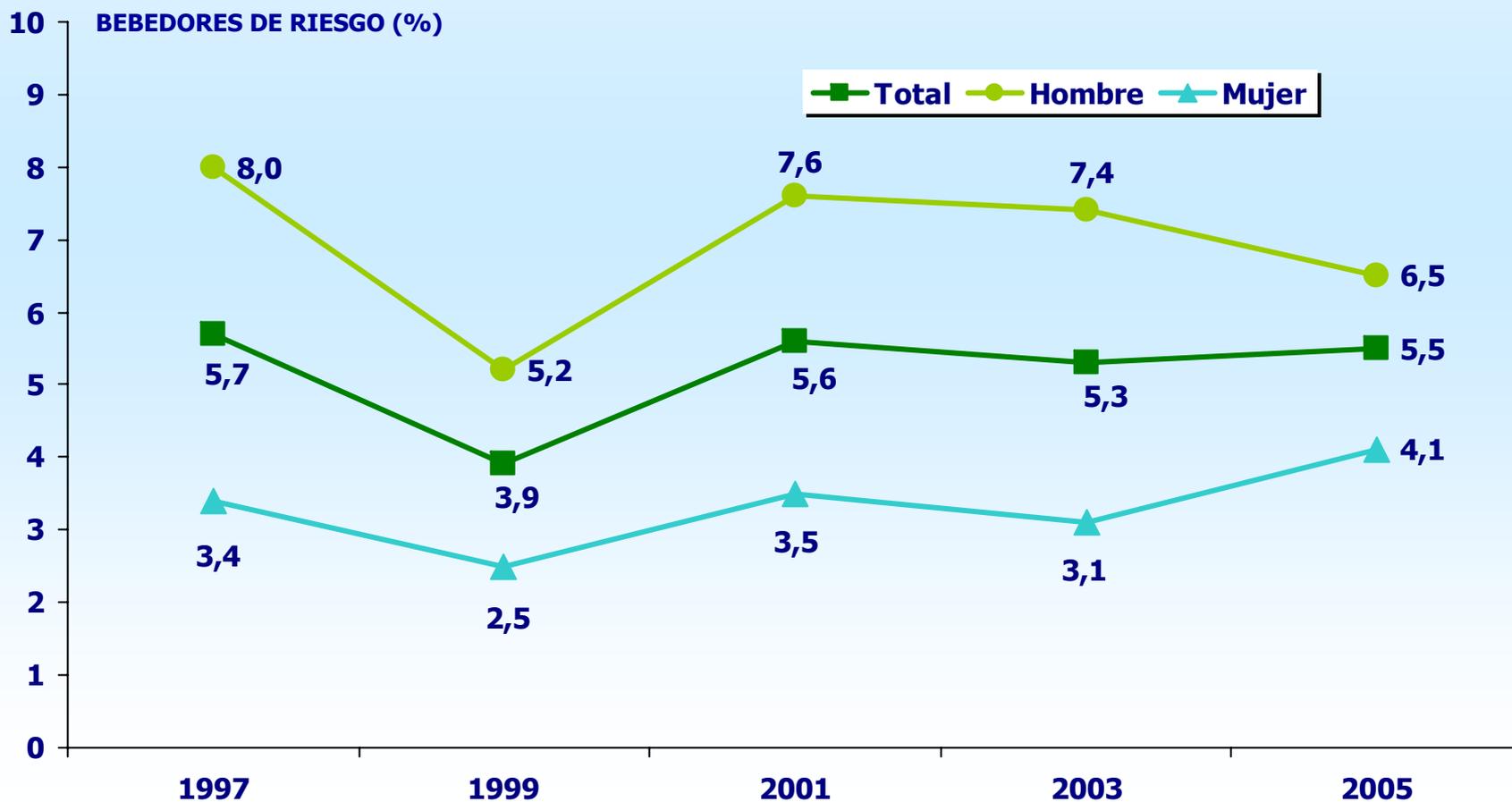


EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR MUJERES SEGÚN EDAD ESPAÑA, 1997-2005/06





BEBEDORES DE RIESGO (>50 cc/días hombres y más de 30cc/día mujeres). ESPAÑA, 1997-2005/06

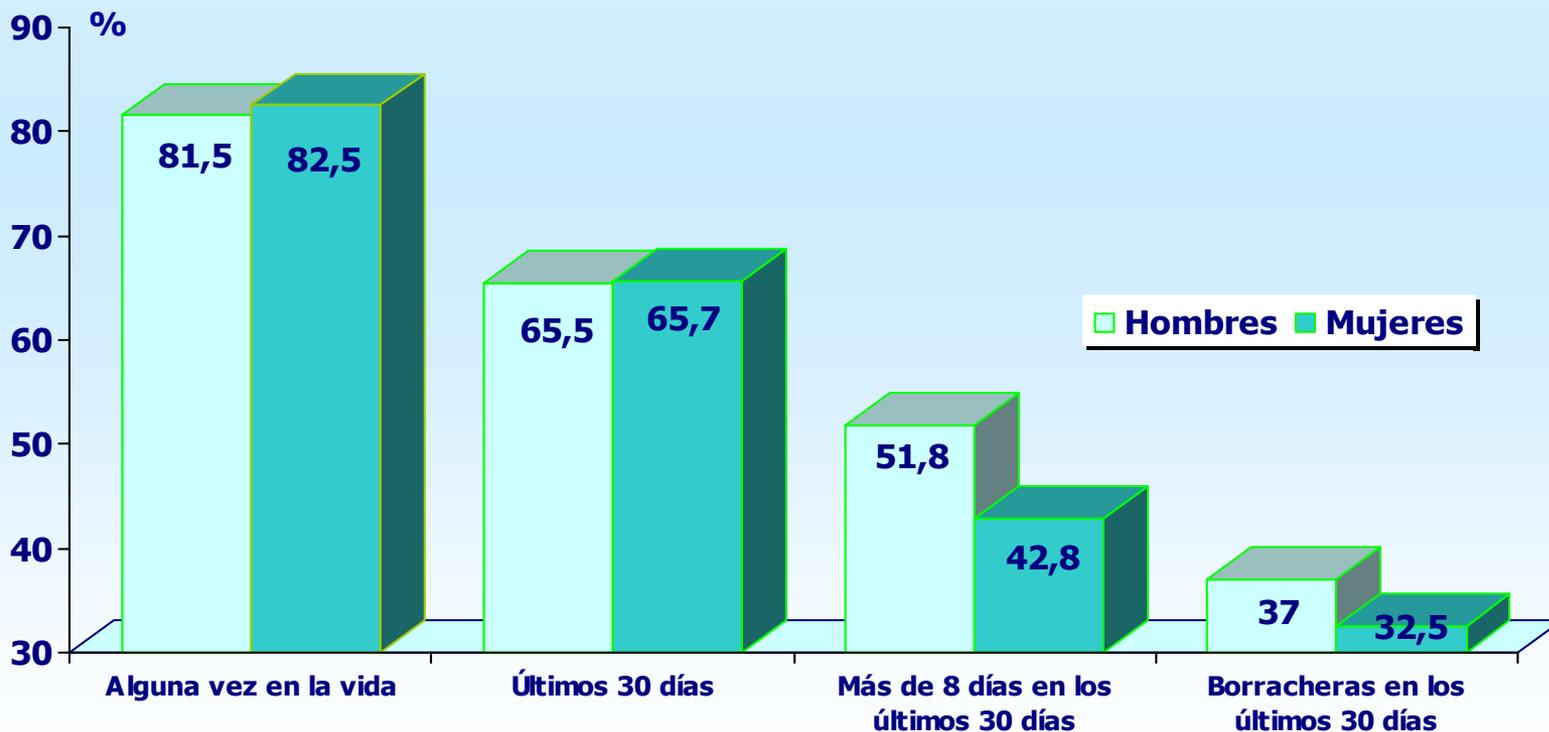


ENCUESTA ESTATAL SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZA SECUNDARIA , 2004

- El Programa de Encuestas sobre Drogas a Población Escolar, contempla desde 1994 la realización de una encuesta con carácter bianual a estudiantes de Secundaria de 14 a 18 años.
- Permite el análisis de la evolución temporal de las prevalencias de uso de las sustancias, los patrones de consumo, los factores asociados y las opiniones y actitudes ante las drogas se los escolares.



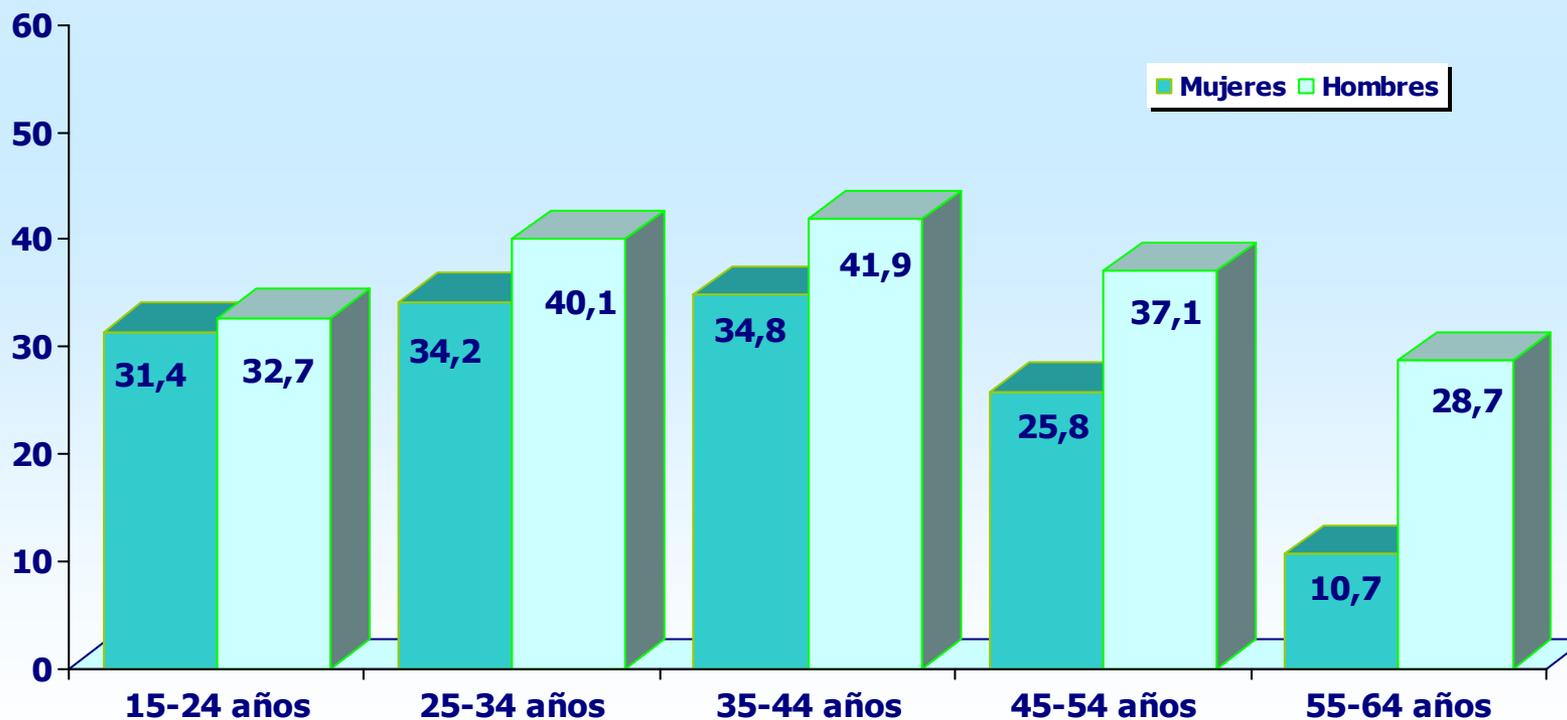
CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS POR GÉNERO. ESPAÑA, 2004.





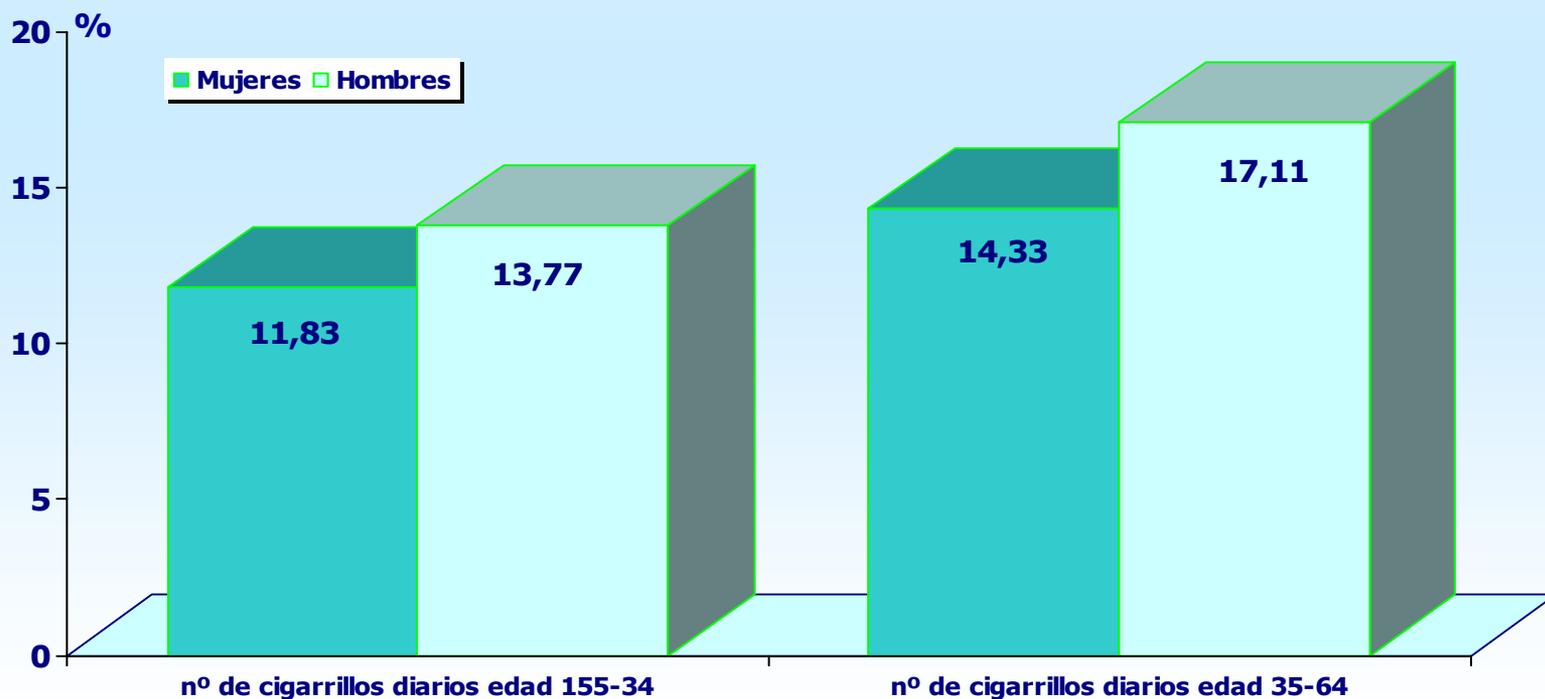
TABACO

**CONSUMO DIARIO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS EN LA POBLACIÓN
DE 15-64 AÑOS, SEGÚN GÉNERO Y EDAD (%).
ESPAÑA, 2005/06**



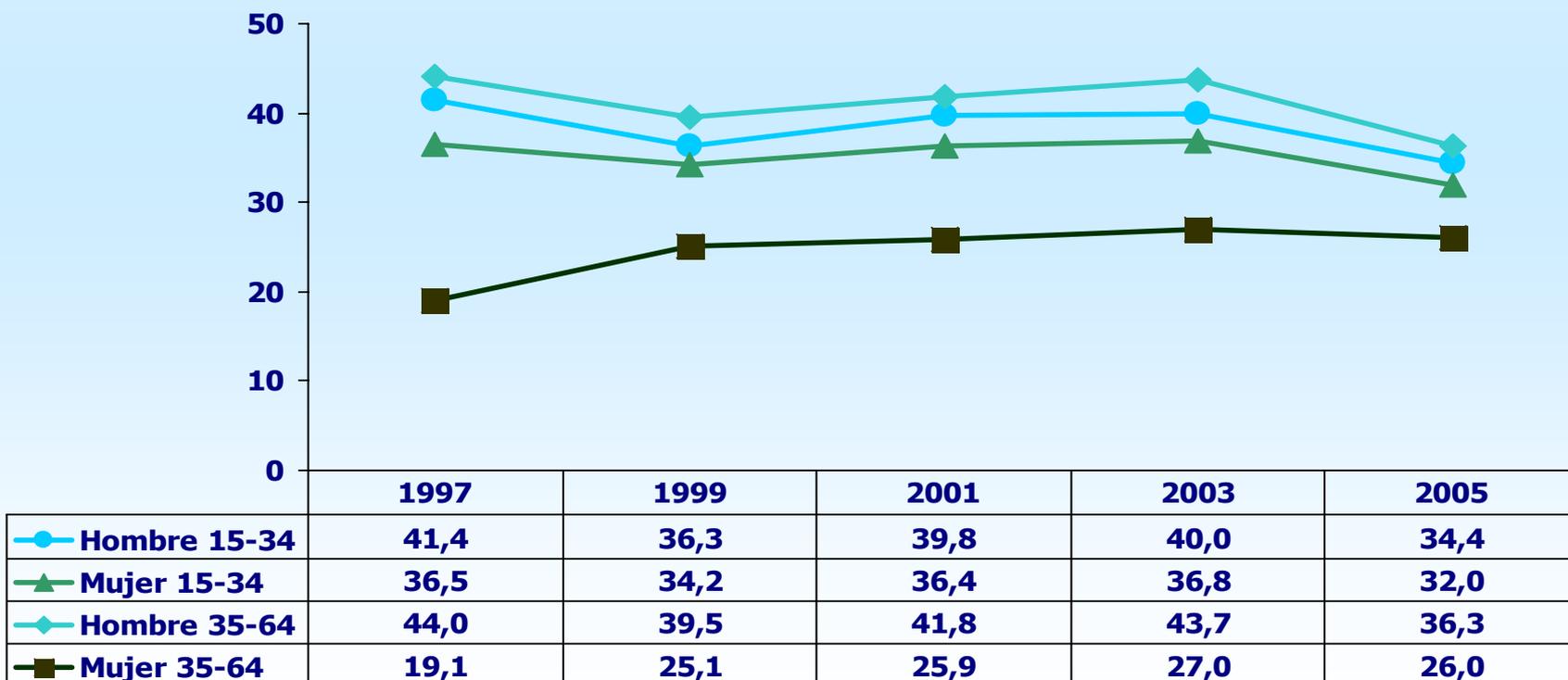


INTENSIDAD DEL CONSUMO DE TABACO SEGÚN GÉNERO EN POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS. ESPAÑA, 2005/06



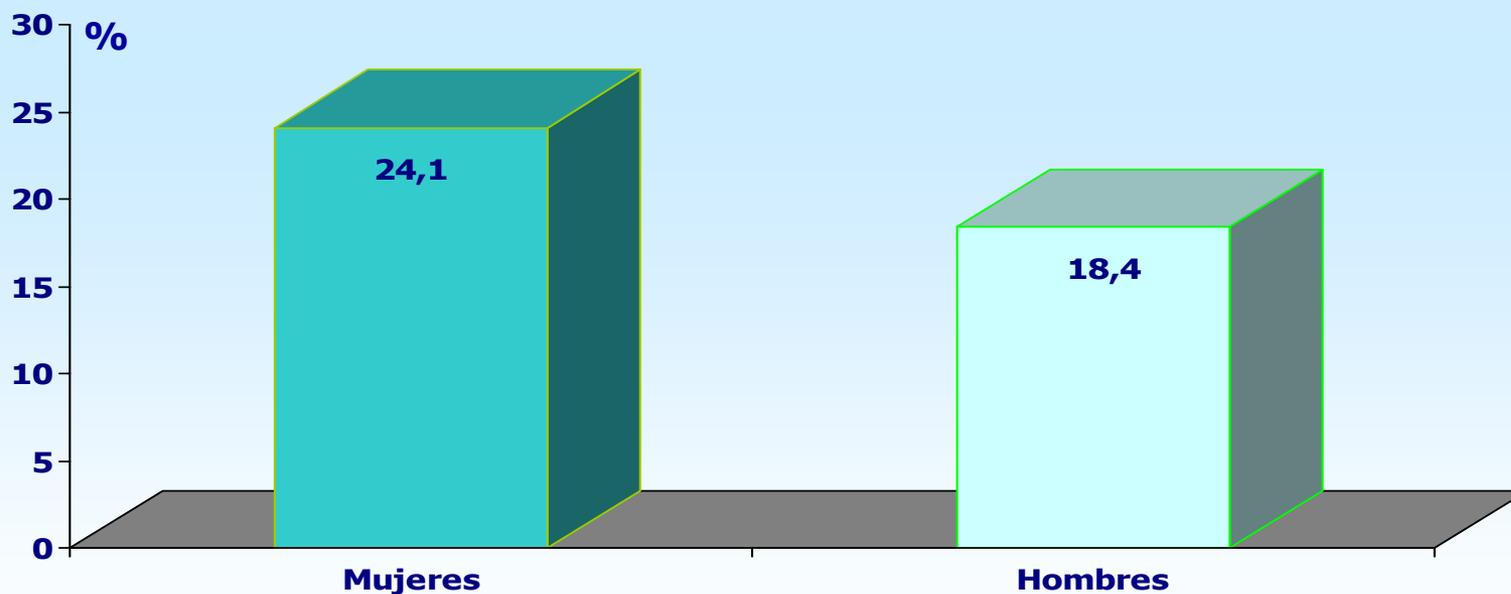


EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DIARIO DE TABACO SEGÚN GÉNERO Y EDAD. ESPAÑA, 1997-2005.





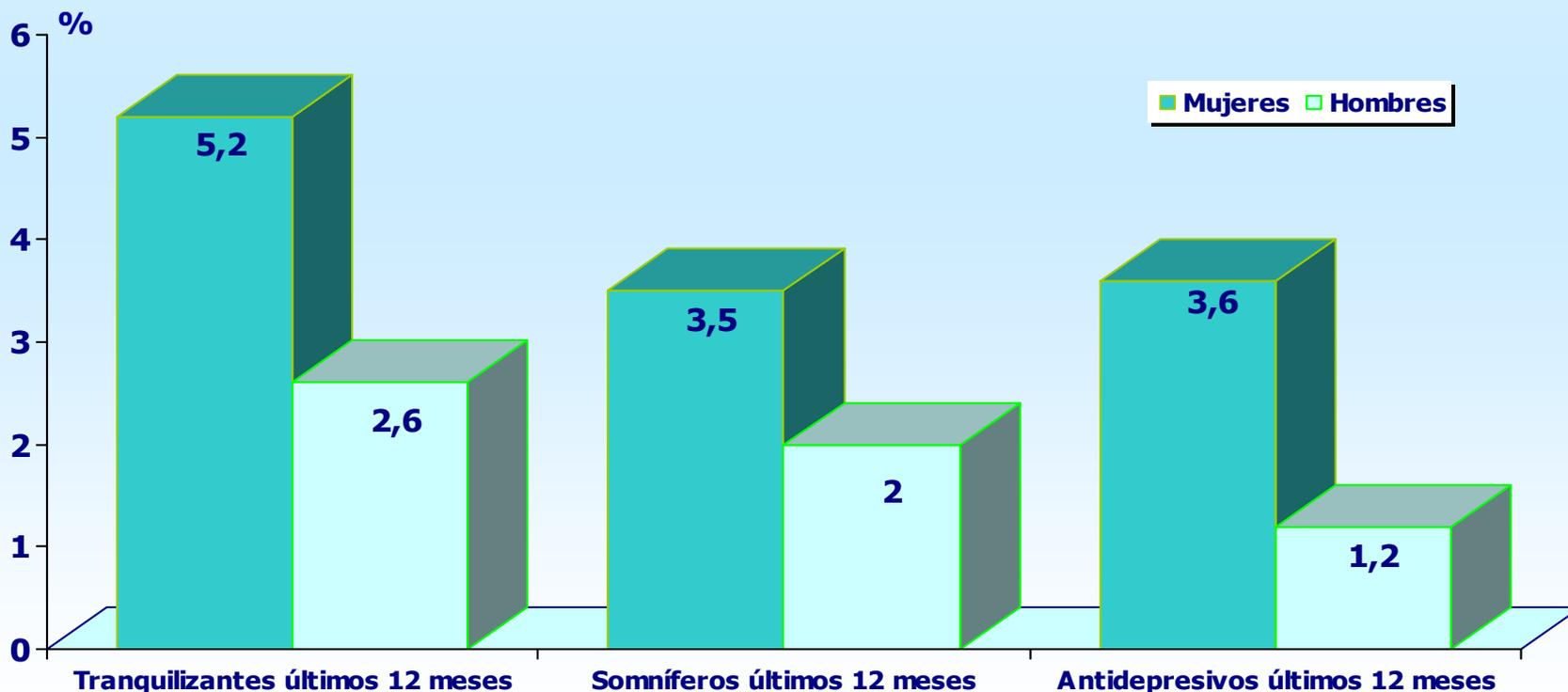
CONSUMO DIARIO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS DE LOS ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 2004.





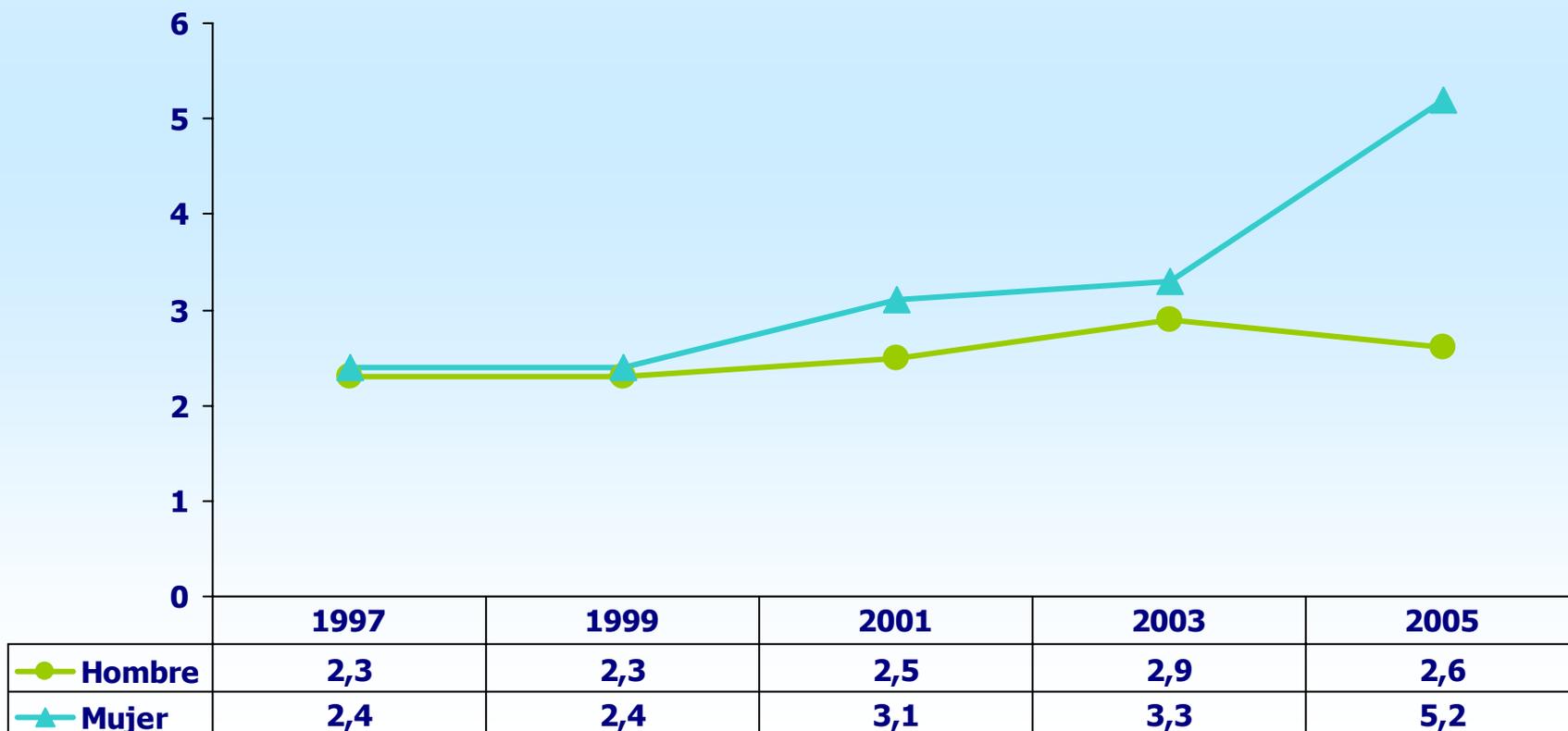
TRANQUILIZANTES

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES, SOMNÍFEROS Y ANTIDEPRESIVOS CON O SIN RECETA MÉDICA. ESPAÑA, 2005.



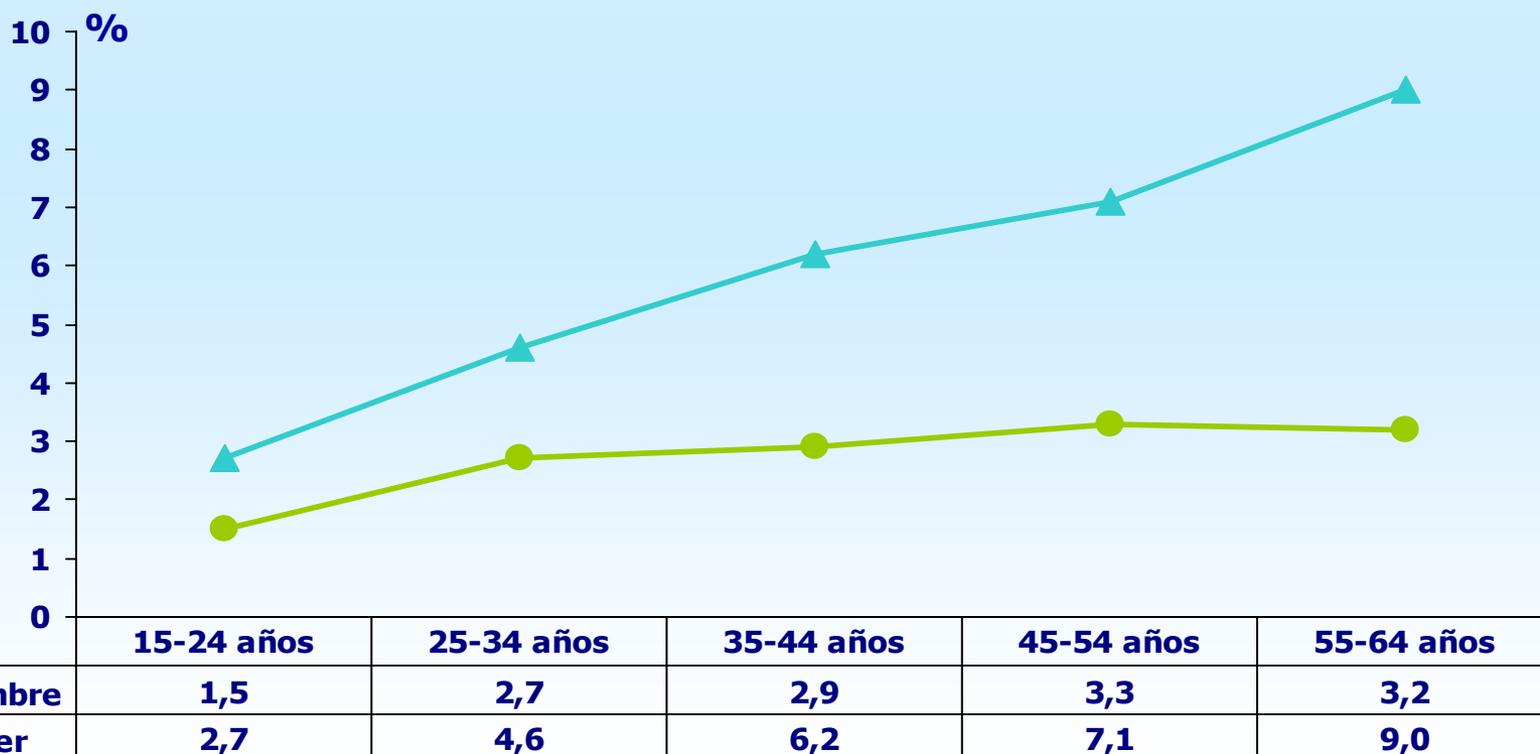


EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y/O SOMNÍFEROS CON O SIN RECETA MÉDICA ENTRE LA POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS, SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 1997-2005.





CONSUMO DE TRANQUILIZANTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SEGÚN EDAD Y GÉNERO. ESPAÑA, 2005.





CONSUMO DE TRANQUILIZANTES Y/O SOMNÍFEROS SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS. ESPAÑA, 1994-2004.





MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

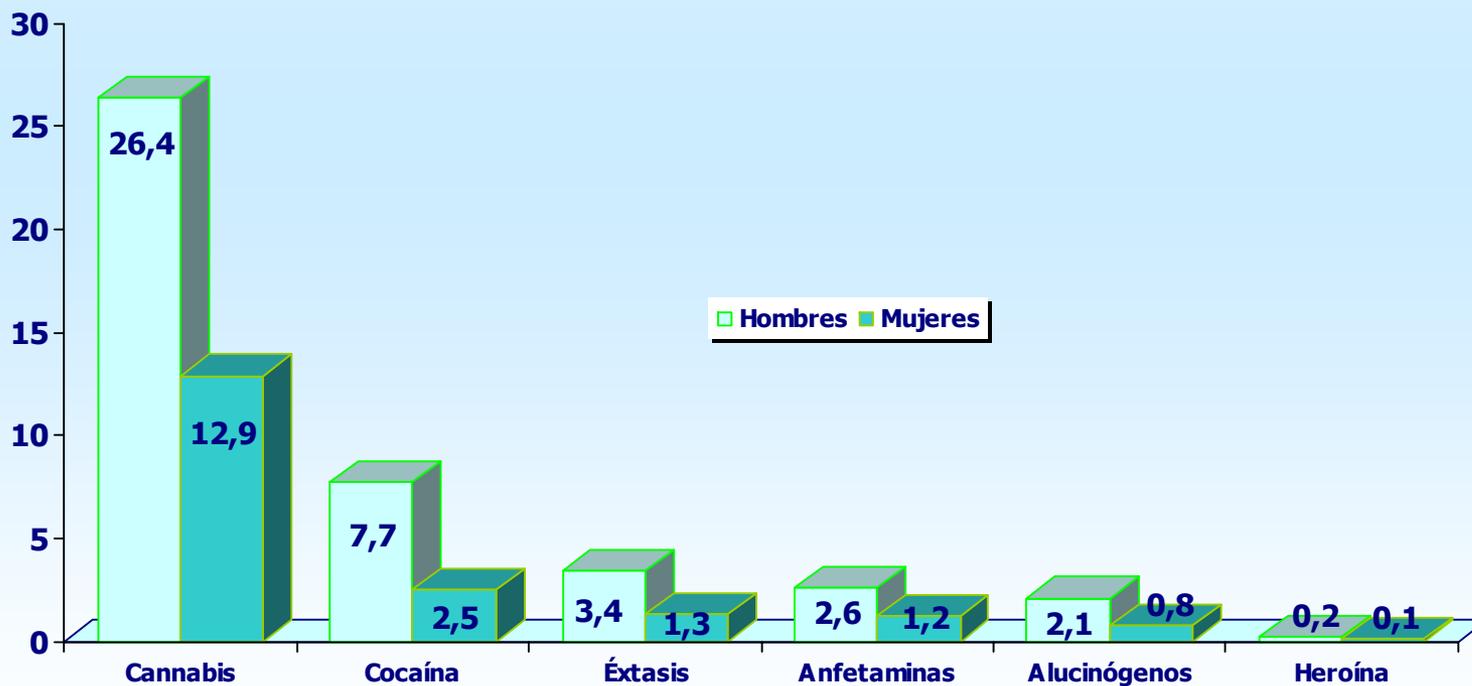
DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN ESPAÑA EIDADES, 2005-06.

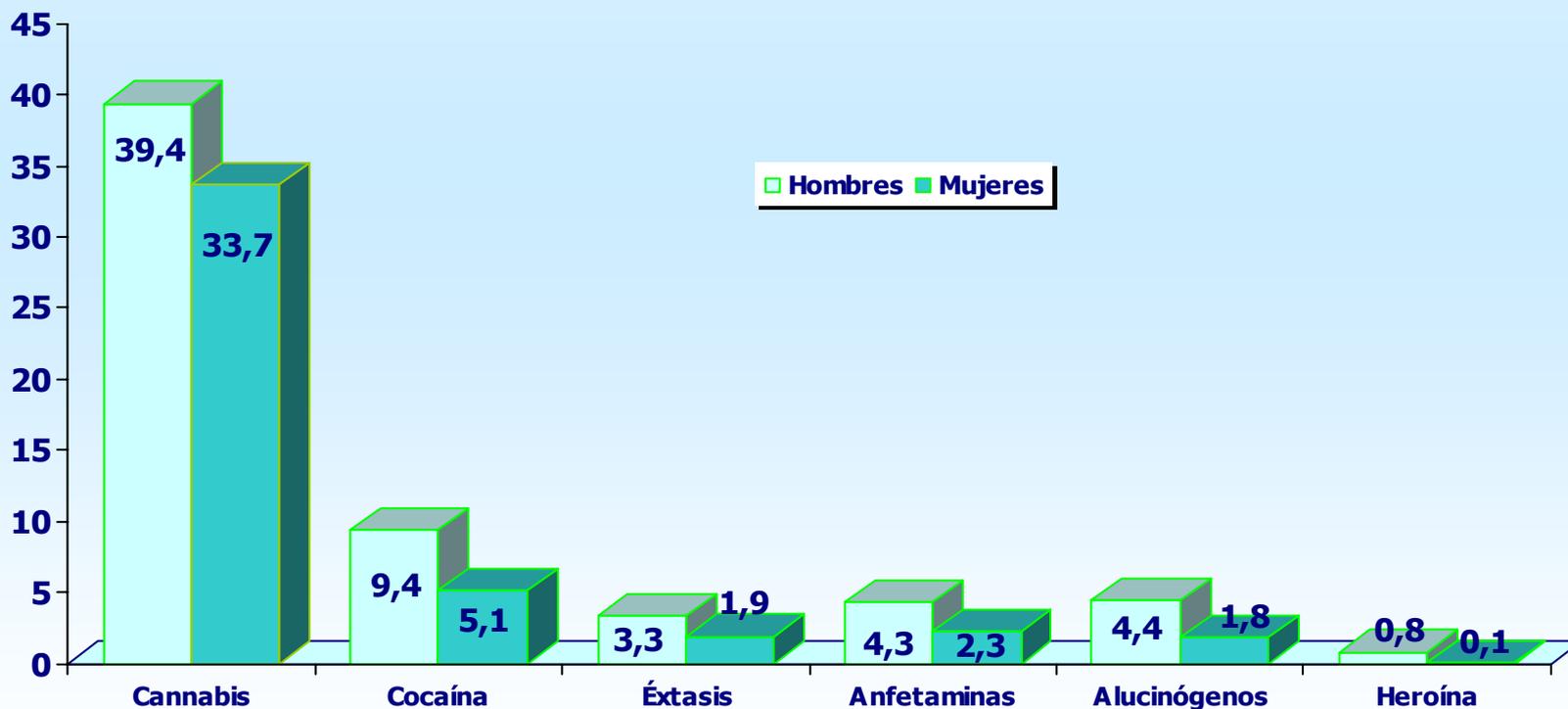


CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 2005-06



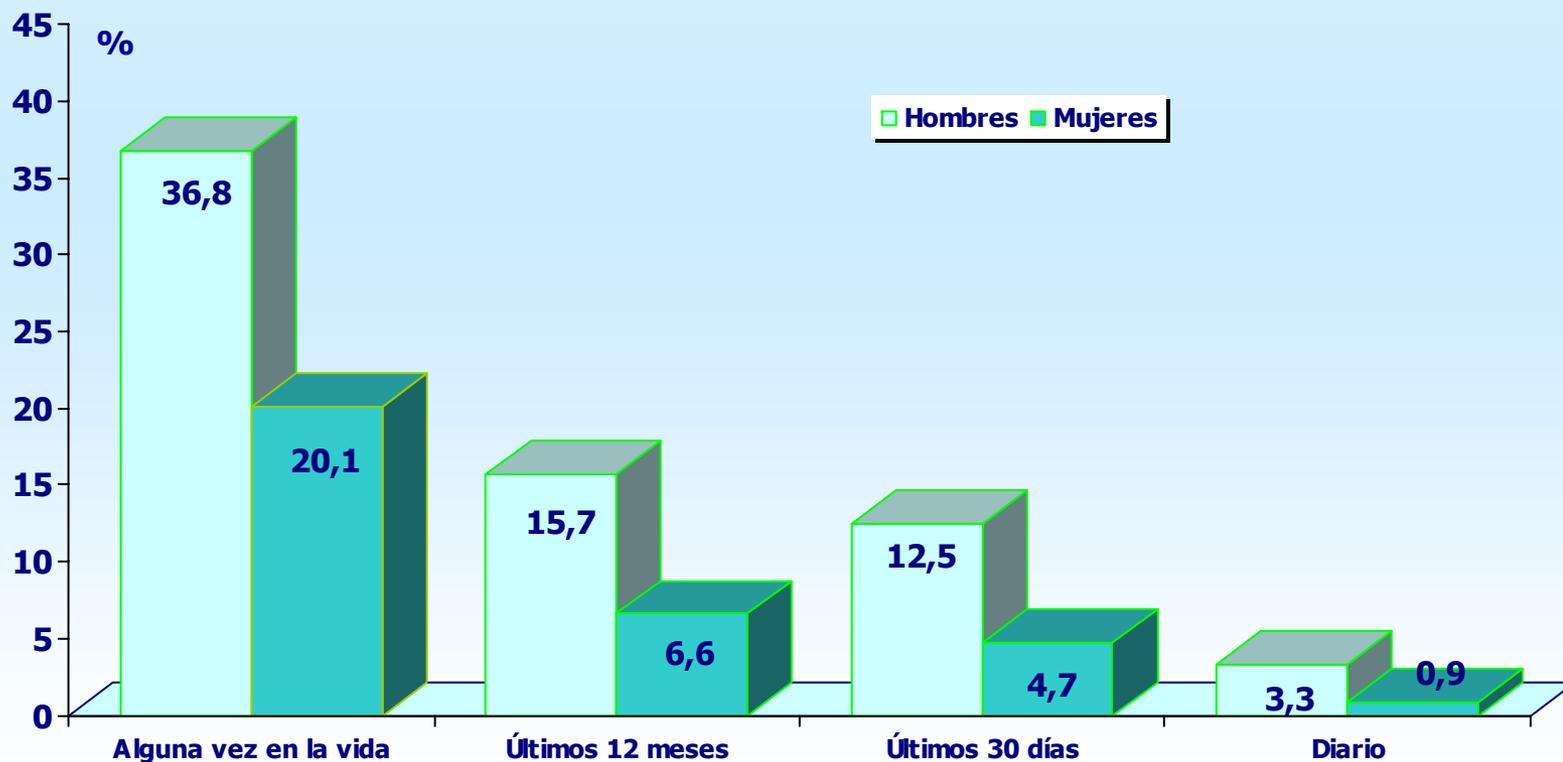


CONSUMO DE DROGAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 2004.



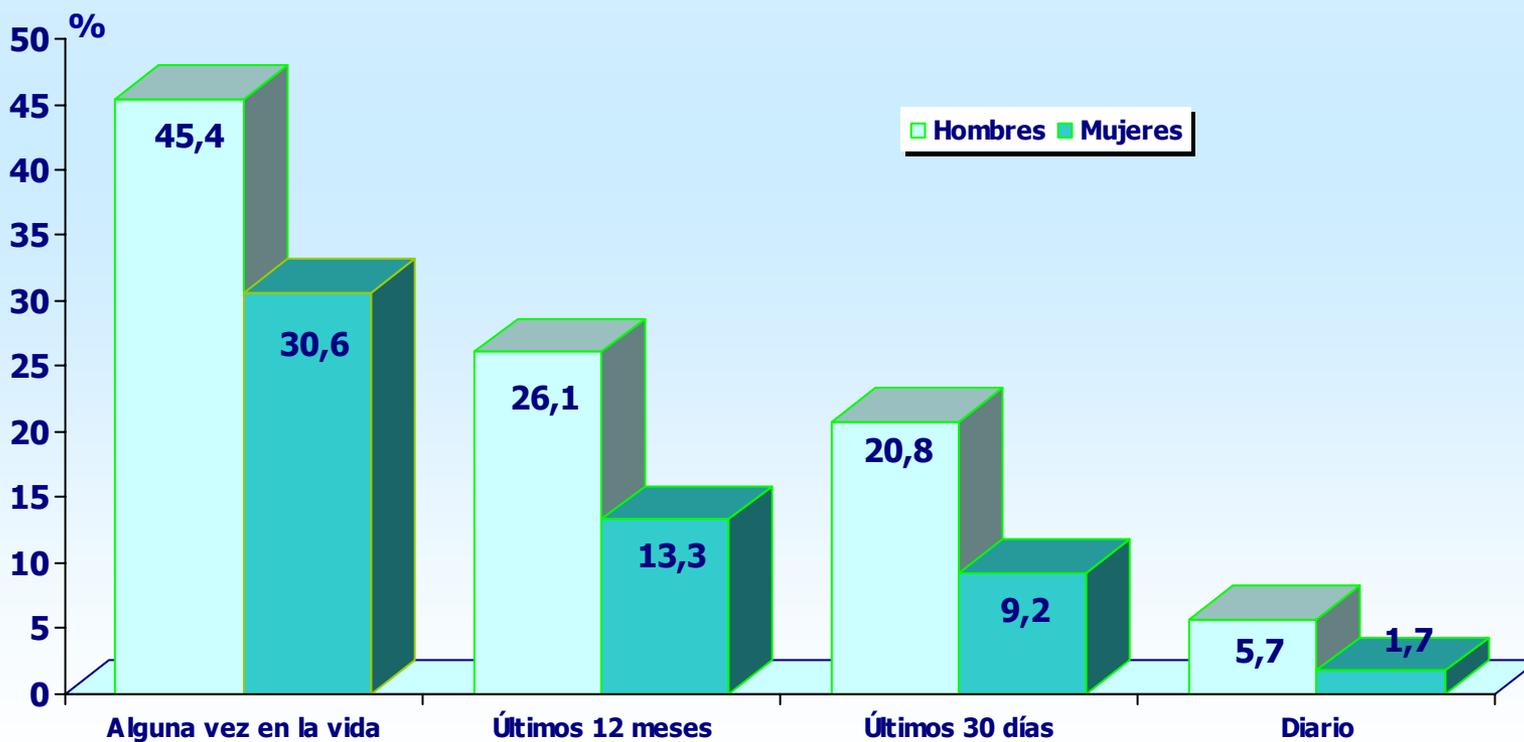


PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CANNABIS EN POBLACIÓN 15-64 AÑOS SEGÚN SEXO



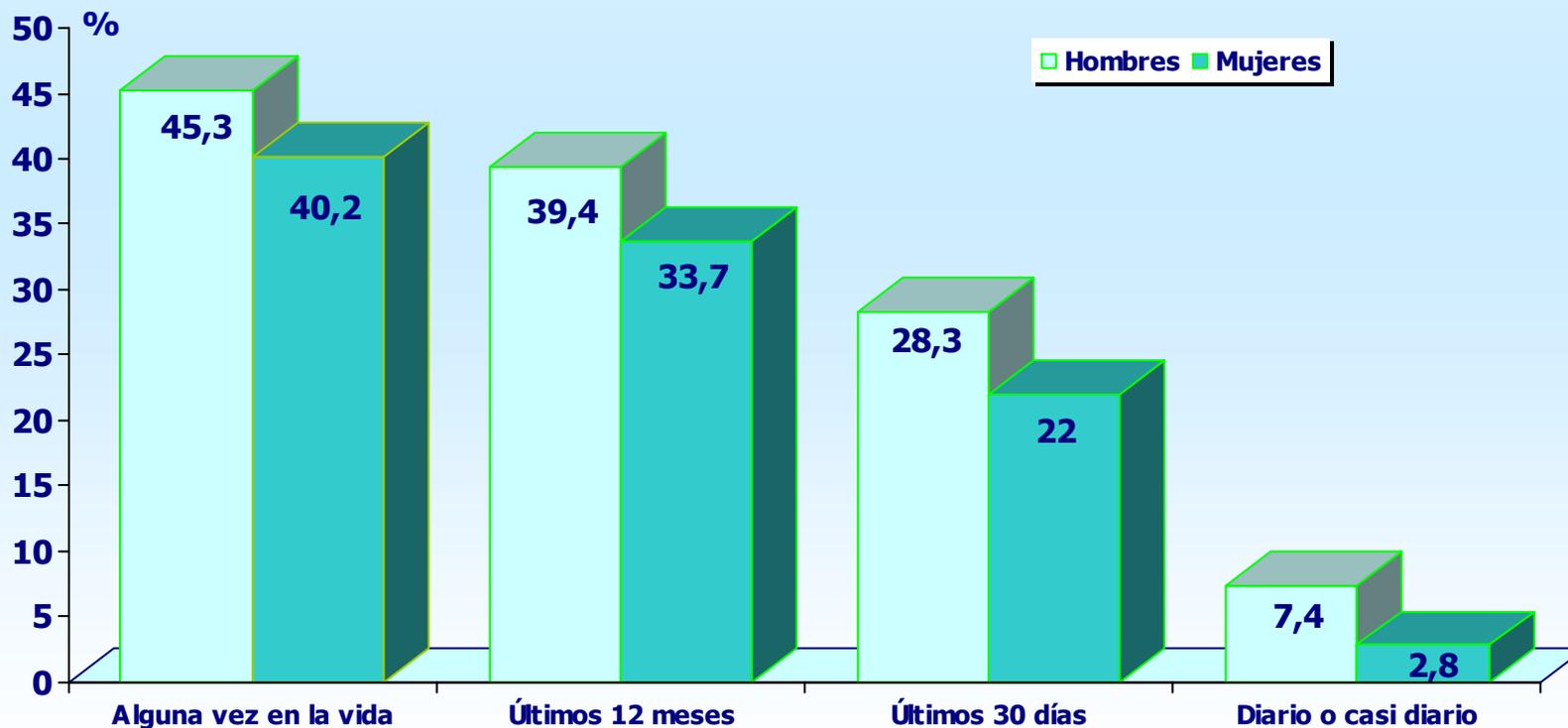


PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN DE 15-34 AÑOS SEGÚN SEXO





PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CANNABIS EN LA POBLACIÓN DE 14-18 AÑOS SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 2004.



FUENTE: Encuesta Escolar Sobre Drogas.



PREVALENCIAS DE CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ENTRE ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS SEGÚN EDAD Y SEXO. ESPAÑA, 2004.



FUENTE: Encuesta Escolar Sobre Drogas.

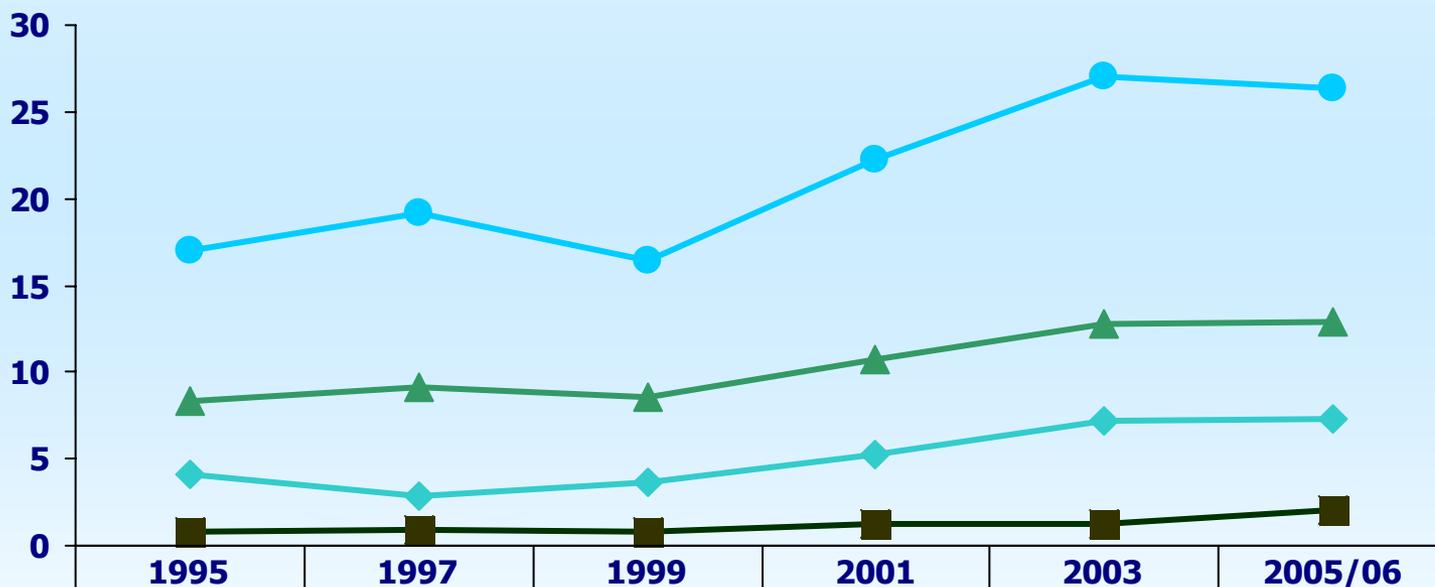
INTENSIDAD DEL CONSUMO DE CANNABIS ENTRE ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS, SEGÚN SEXO. ESPAÑA 2004

| | Hombres | Mujeres |
|--|---------|---------|
| Prevalencia de consumo en los últimos 30 días | 28,3% | 22,0% |
| Nº de porros que han fumado cada día que han consumido en los últimos 30 días | | |
| Uno | 7,9% | 8,4% |
| 2-3 | 10,9% | 8,8% |
| 4-5 | 4,6% | 2,8% |
| 6 o más | 4,5% | 1,7% |

FUENTE: Encuesta Escolar sobre Drogas.

Resultados. EDADES

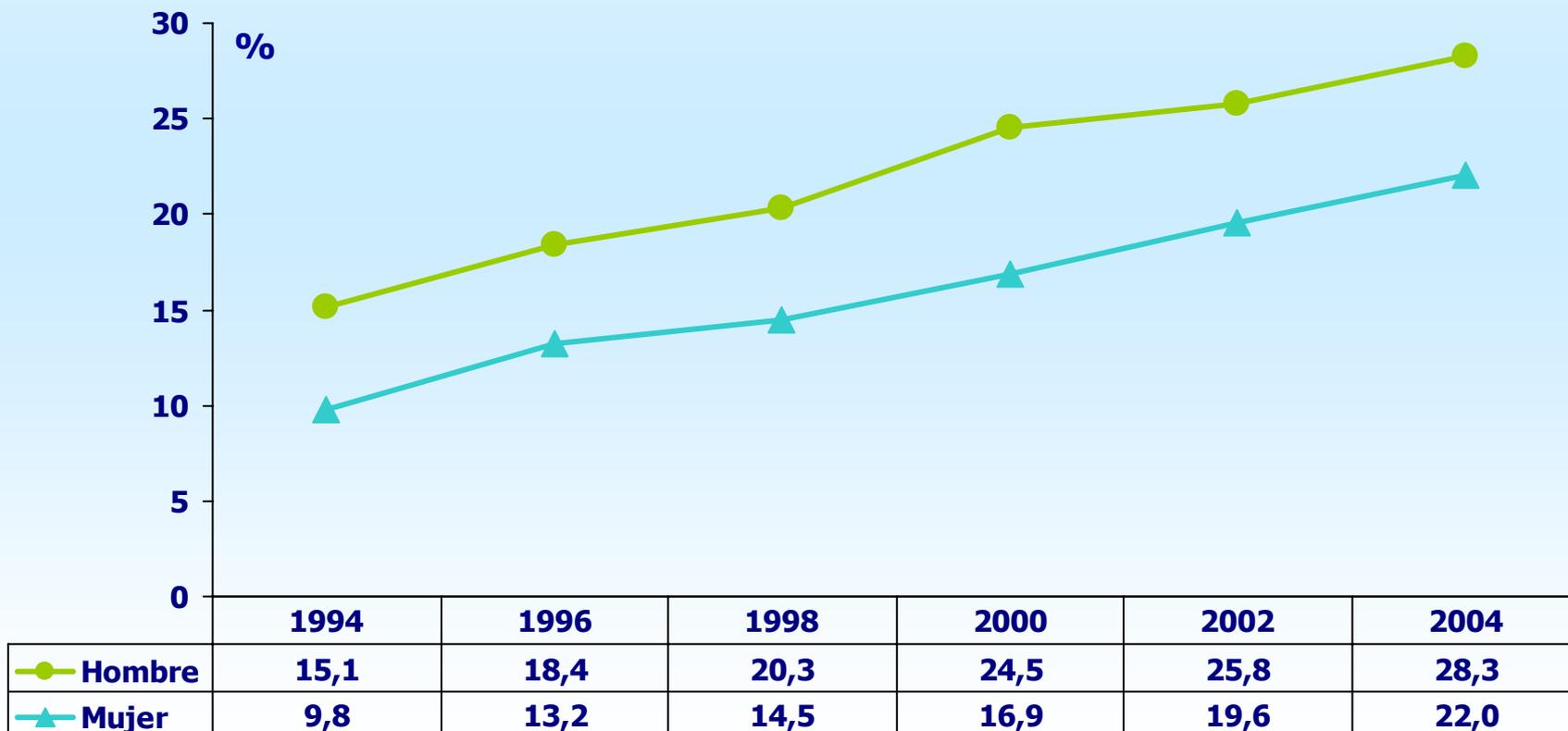
EVOLUCIÓN DE CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES EN POBLACIÓN 15-64 AÑOS, SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD (PORCENTAJES). ESPAÑA, 1995-2005/06.



| | | | | | | |
|----------------|------|------|------|------|------|------|
| ● Hombre 15-34 | 17,0 | 19,2 | 16,4 | 22,3 | 27,0 | 26,4 |
| ▲ Mujer 15-34 | 8,3 | 9,1 | 8,6 | 10,7 | 12,8 | 12,9 |
| ◆ Hombre 35-64 | 4,1 | 2,8 | 3,6 | 5,2 | 7,2 | 7,3 |
| ■ Mujer 35-64 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 1,3 | 1,3 | 2 |



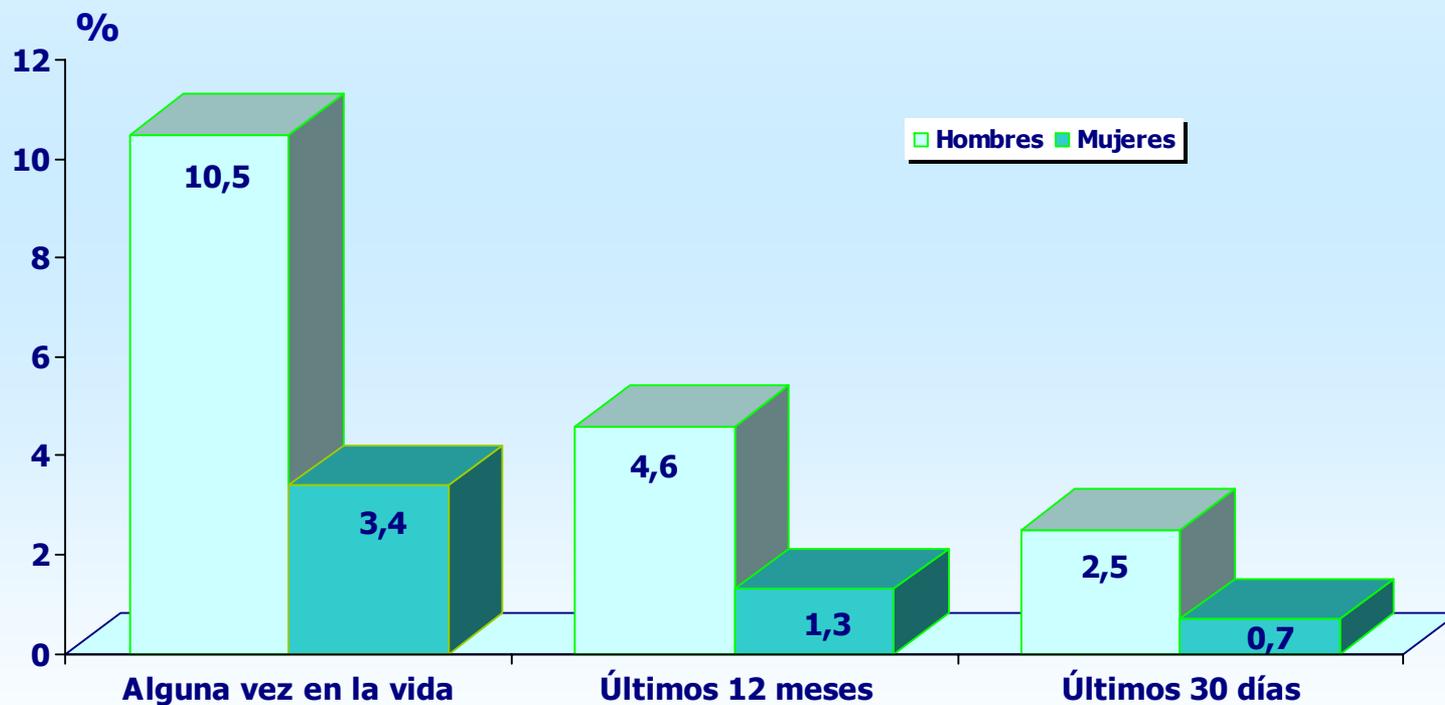
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ENTRE ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 1994-2004.



FUENTE: Encuesta Escolar sobre Drogas 2004.

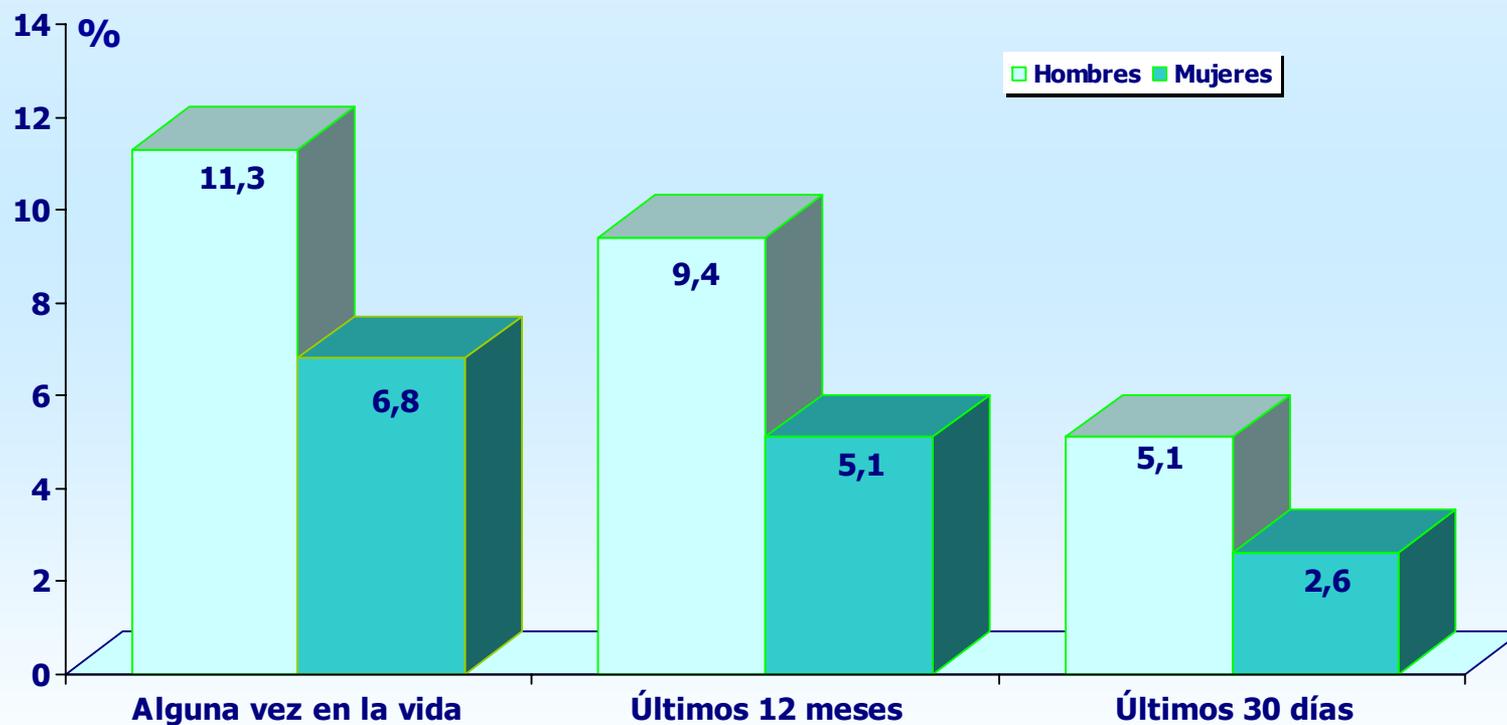


CONSUMO DE COCAÍNA EN LA POBLACIÓN DE 15-64 AÑOS SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 2005/06



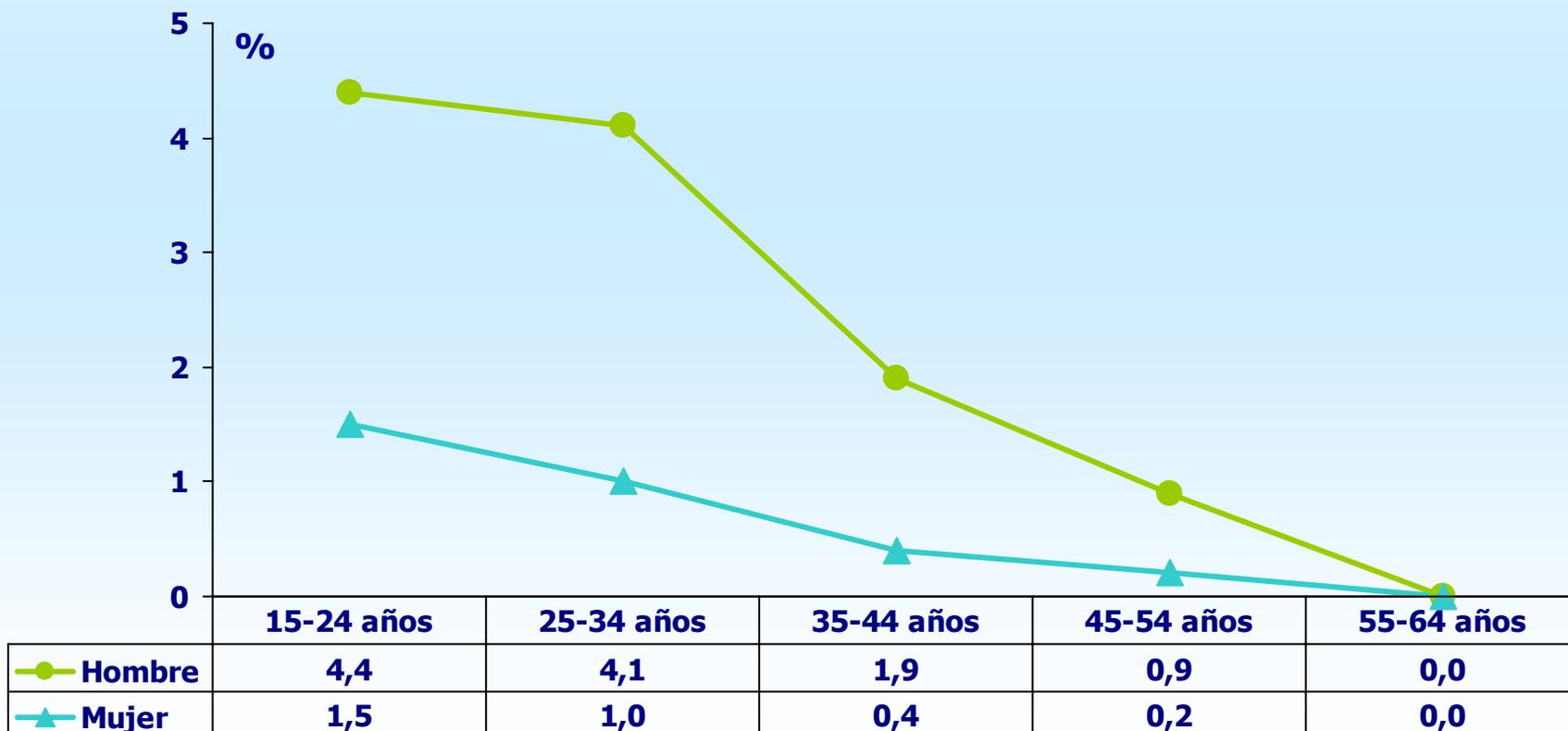


CONSUMO DE COCAÍNA EN LOS ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS SEGÚN SEXO. ESPAÑA, 2004.





CONSUMO DE COCAÍNA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS EN LA POBLACIÓN GENERAL SEGÚN EDAD Y SEXO ESPAÑA, 2005/06



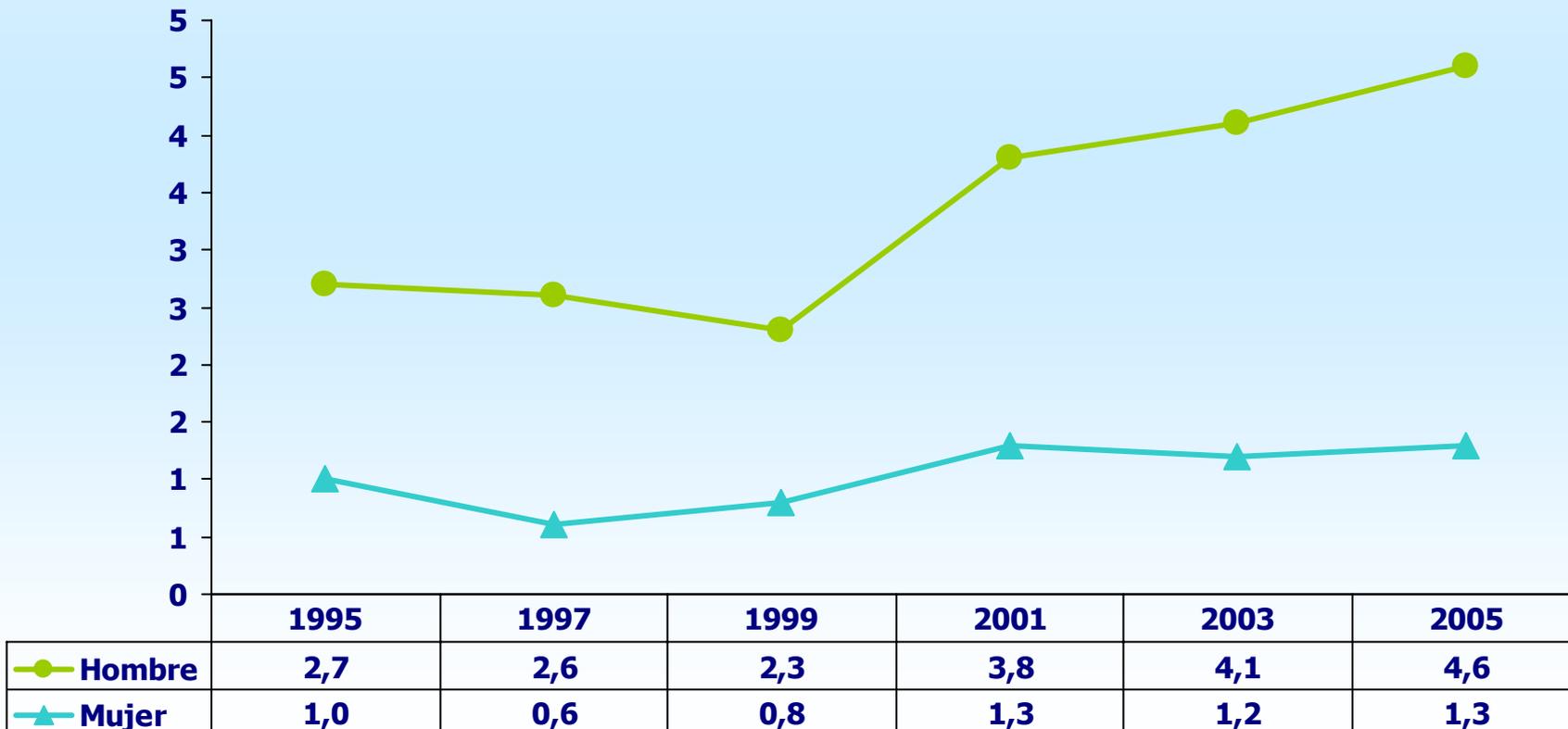


CONSUMO DE COCAÍNA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ENTRE LOS ESTUDIANTES DE 14-18 AÑOS SEGÚN EDAD Y SEXO. ESPAÑA, 2004.





EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE COCAÍNA, ULTIMOS 12 MESES, EN POLVO EN POBLACIÓN 15-64 AÑOS, SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 1995-2005/06





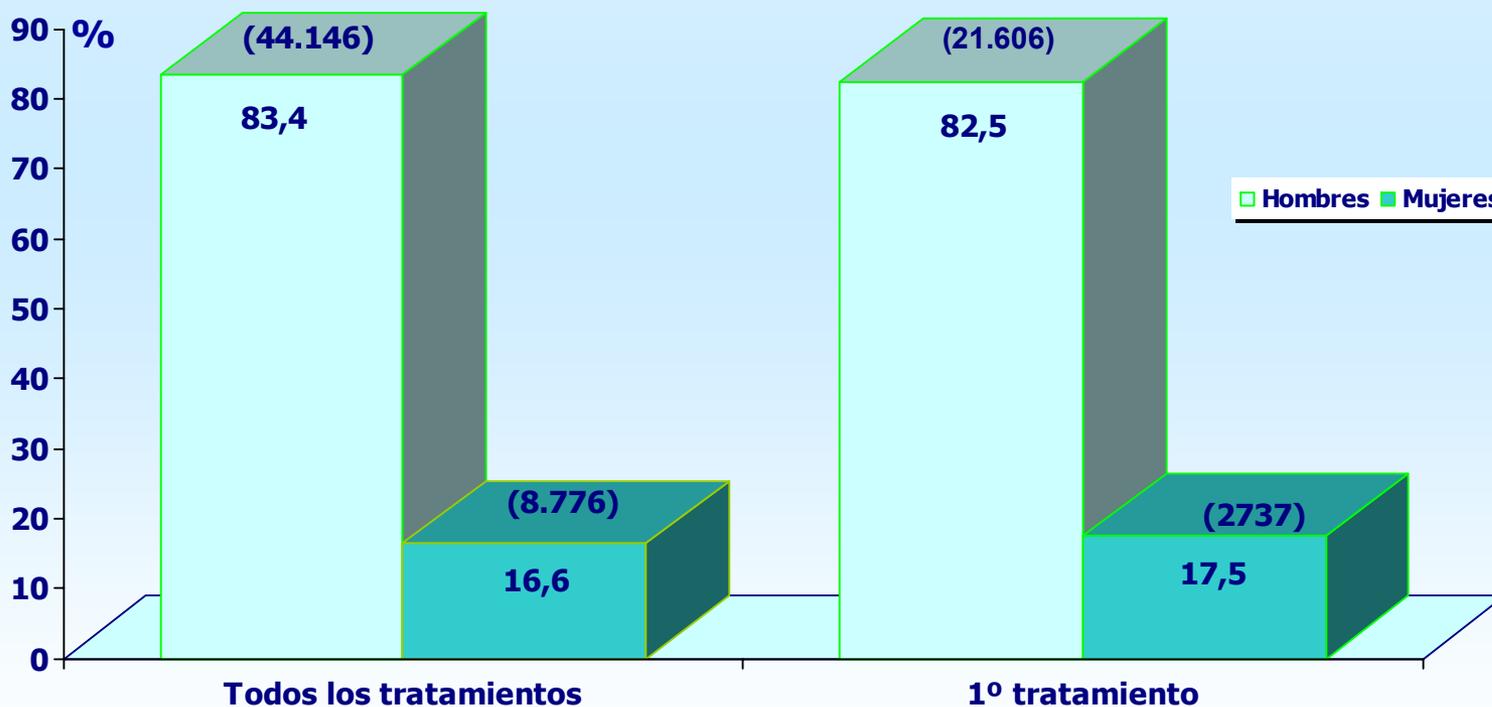
MUJERES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Admisiones a tratamiento de mujeres por consumo de sustancias psicoactivas (*DATOS PROVISIONALES OED*)

- ✓ Sustancias principales, vías de administración.
- ✓ Edad.
- ✓ Tendencias de los últimos años.
- ✓ Análisis de género.

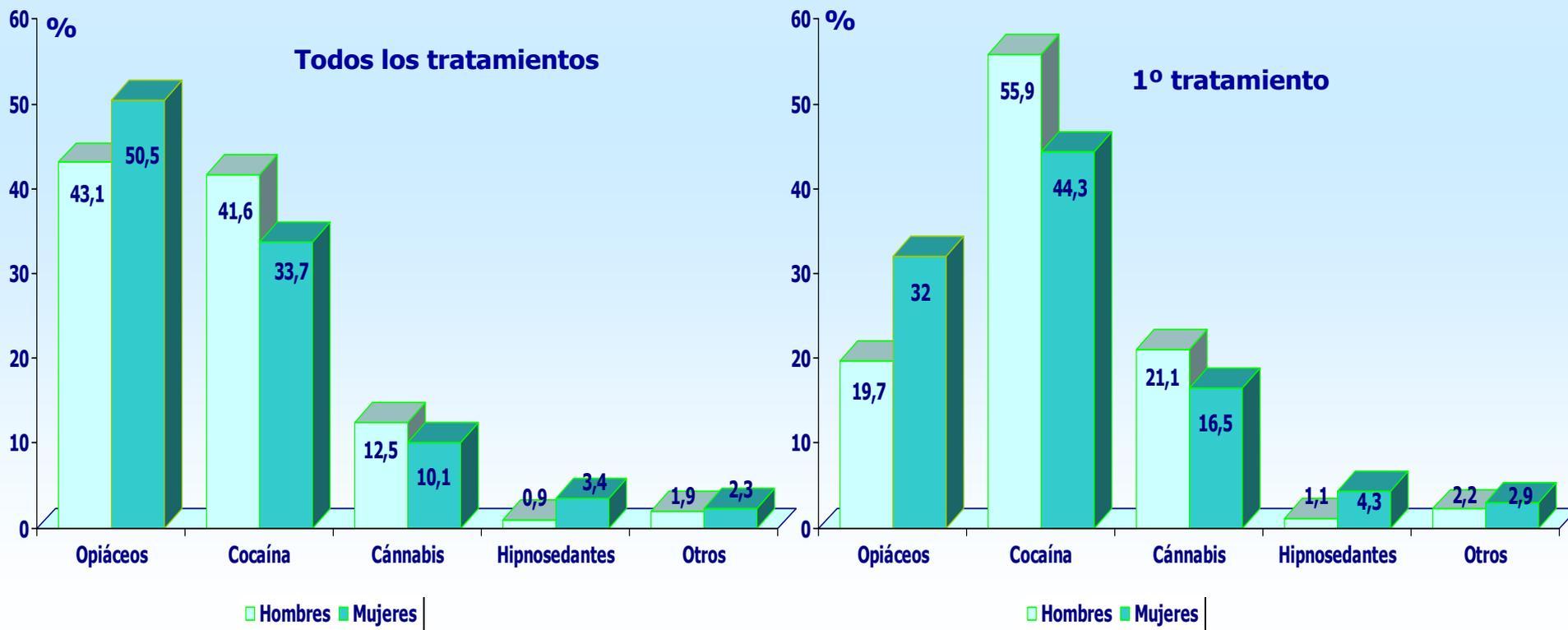


ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN GÉNERO. España, 2004.





ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR SUSTANCIAS PRINCIPAL QUE LO MOTIVA SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 2004.





ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL COMO DROGA PRINCIPAL SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA 2004.

| | Hombres | Mujeres |
|--------------------------|----------------|----------------|
| Números absolutos | 15.409 | 3.614 |
| Porcentaje | 80,76% | 18,94% |



ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR PRIMERA VEZ POR CONSUMO DE ALCOHOL COMO DROGA PRINCIPAL SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA 2004.

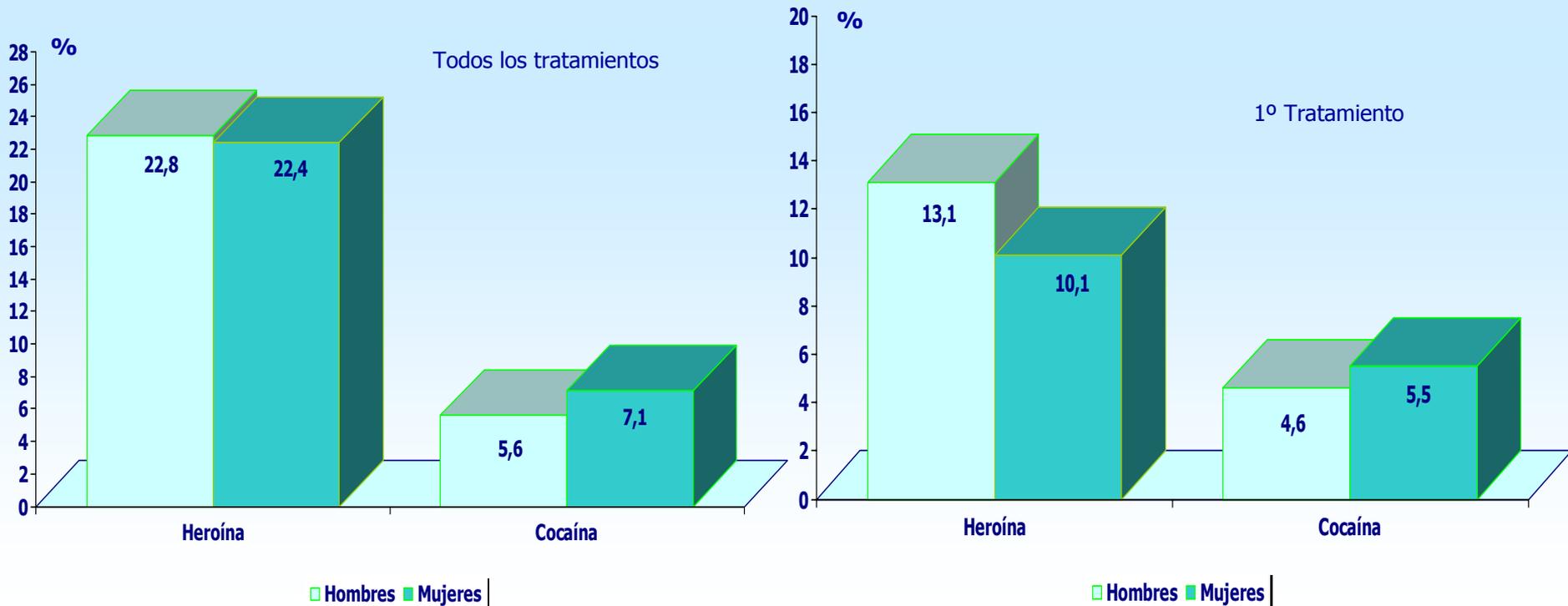
| | Hombres | Mujeres |
|--------------------------|---------|---------|
| Números absolutos | 8.388 | 1.962 |
| Porcentaje | 80,79% | 18,90% |



ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS PSICOACTIVAS SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA 2004.

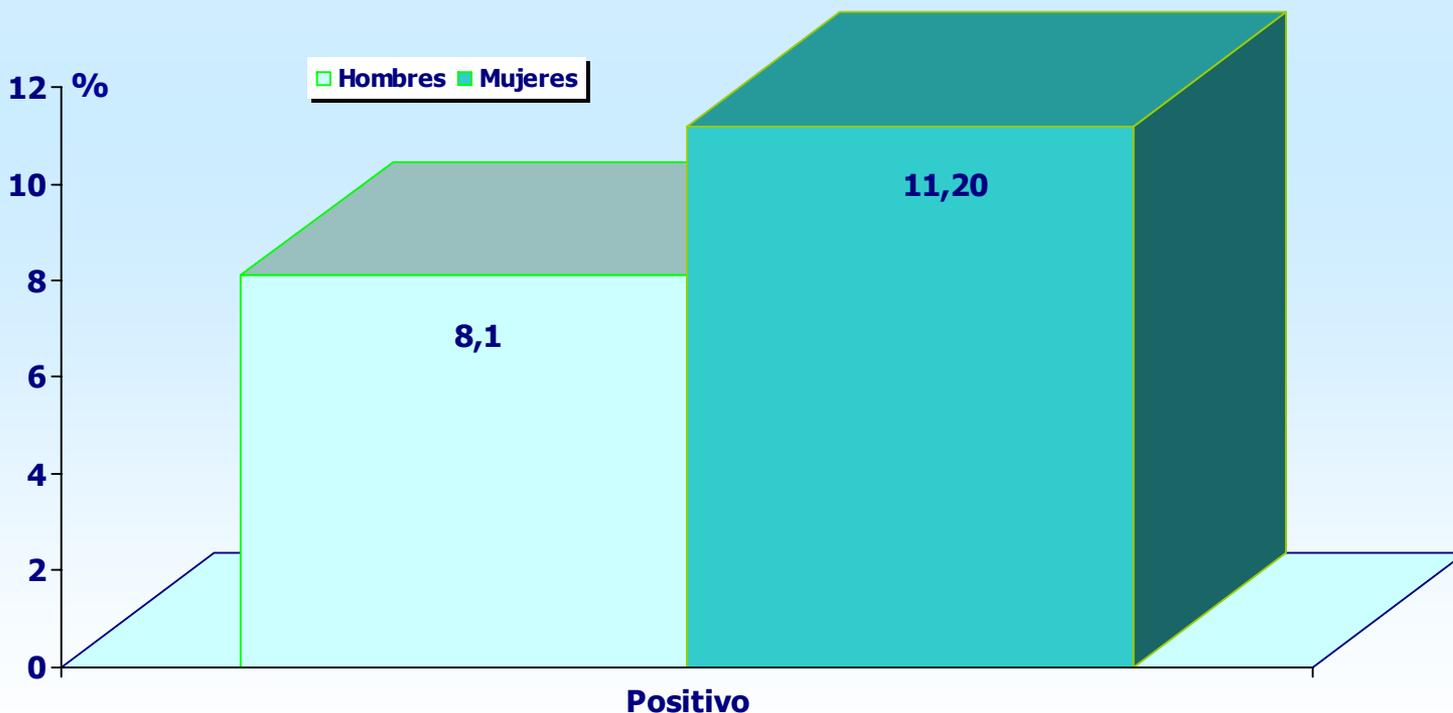
| | Hombres | Mujeres |
|---|----------------|----------------|
| Número absoluto de tratados por alcohol y drogas | 61.204 | 13.760 |
| Número absoluto de tratados por alcohol como droga principal | 15.409 | 3.614 |
| Porcentaje de tratados por alcohol respecto a la totalidad de tratamientos | 25,1% | 26,26% |

PORCENTAJE DE INYECTORES Y VÍA PRINCIPAL DE ADMINISTRACIÓN ENTRE LOS ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR HEROÍNA Y COCAÍNA SEGÚN GÉNERO. ESPAÑA, 2004.





ESTADO SEROLÓGICO AUTOINFORMADO, FRENTE AL VIH EN ADMITIDOS A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS SEGÚN GÉNERO. España, 2004.





ESTIMACIÓN DE LAS MUERTES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS ILEGALES (SOBREDOSIS). ESPAÑA 2002-2004.

| | 2002 | 2003 | 2004 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| Total | 1.079 | 1.000 | 1.064 |
| Hombres | 904 | 840 | 874 |
| Mujeres | 175 | 160 | 190 |

Jornadas Mujer y Drogas
Madrid, 21 de diciembre de 2001

¿ES NECESARIA UNA APROXIMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE LAS DROGODEPENDENCIAS EN MUJERES?

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela
Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

INDICE

- ✦ Premisa
- ✦ Los datos epidemiológicos
- ✦ Las características diferenciales de las mujeres
- ✦ La prevención de las drogodependencias
- ✦ Conclusiones

PREMISA

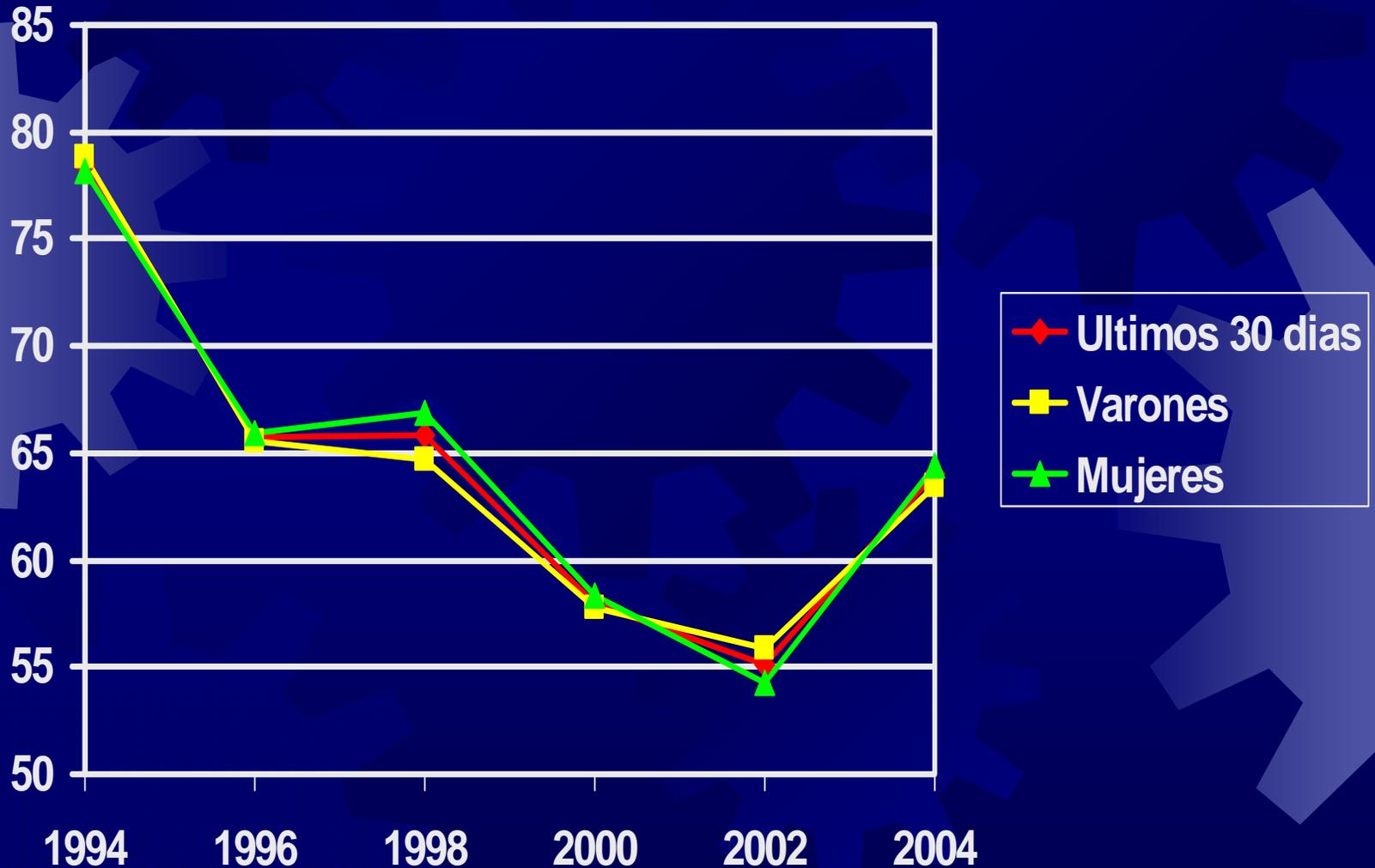
- ☀ Todos somos iguales (en unas cosas)
- ☀ Pero también somos distintos (en otras)
- ☀ Todos podemos elegir



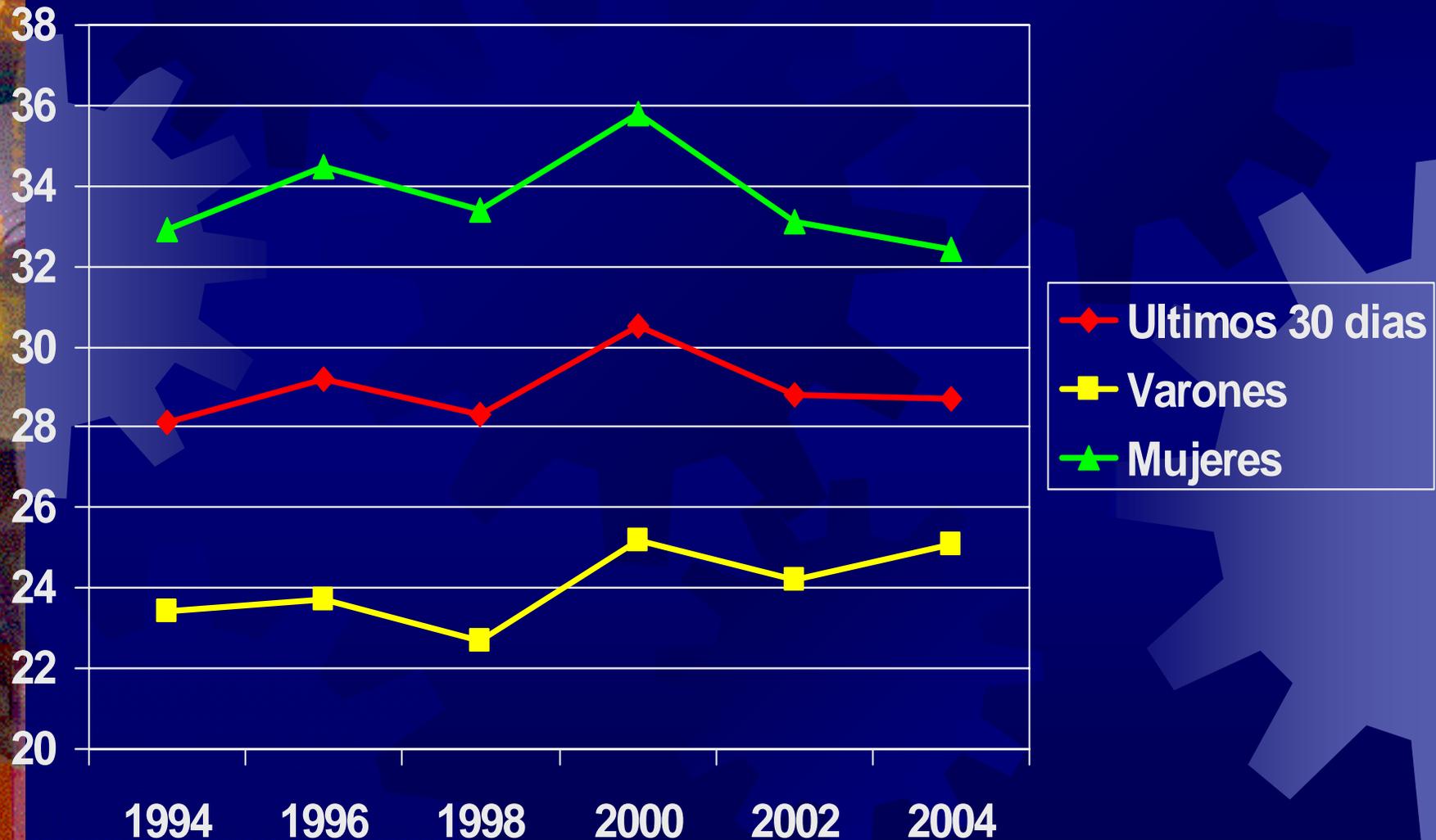
EL CONSUMO DE DROGAS RECREATIVAS

- ★ Es un fenómeno reciente que afecta a las sociedades más desarrolladas
- ★ Alto nivel epidemiológico de consumo en los adolescentes y personas jóvenes
- ★ Asociado al ocio, tiempo libre, diversión, tipo de música, etc.
- ★ Baja percepción del riesgo, precios razonables, efectos gratificantes inmediatos, tolerancia social, etc.
- ★ Fenómeno consolidado en los últimos años que va unido a una potente industria a su alrededor
- ★ Graves consecuencias a una parte de los consumidores (los dependientes)
- ★ Permisividad e indiferencia social ante el consumo
- ★ Sesgo en la información que les transmiten o que se creen los jóvenes (ej., el porro terapéutico)

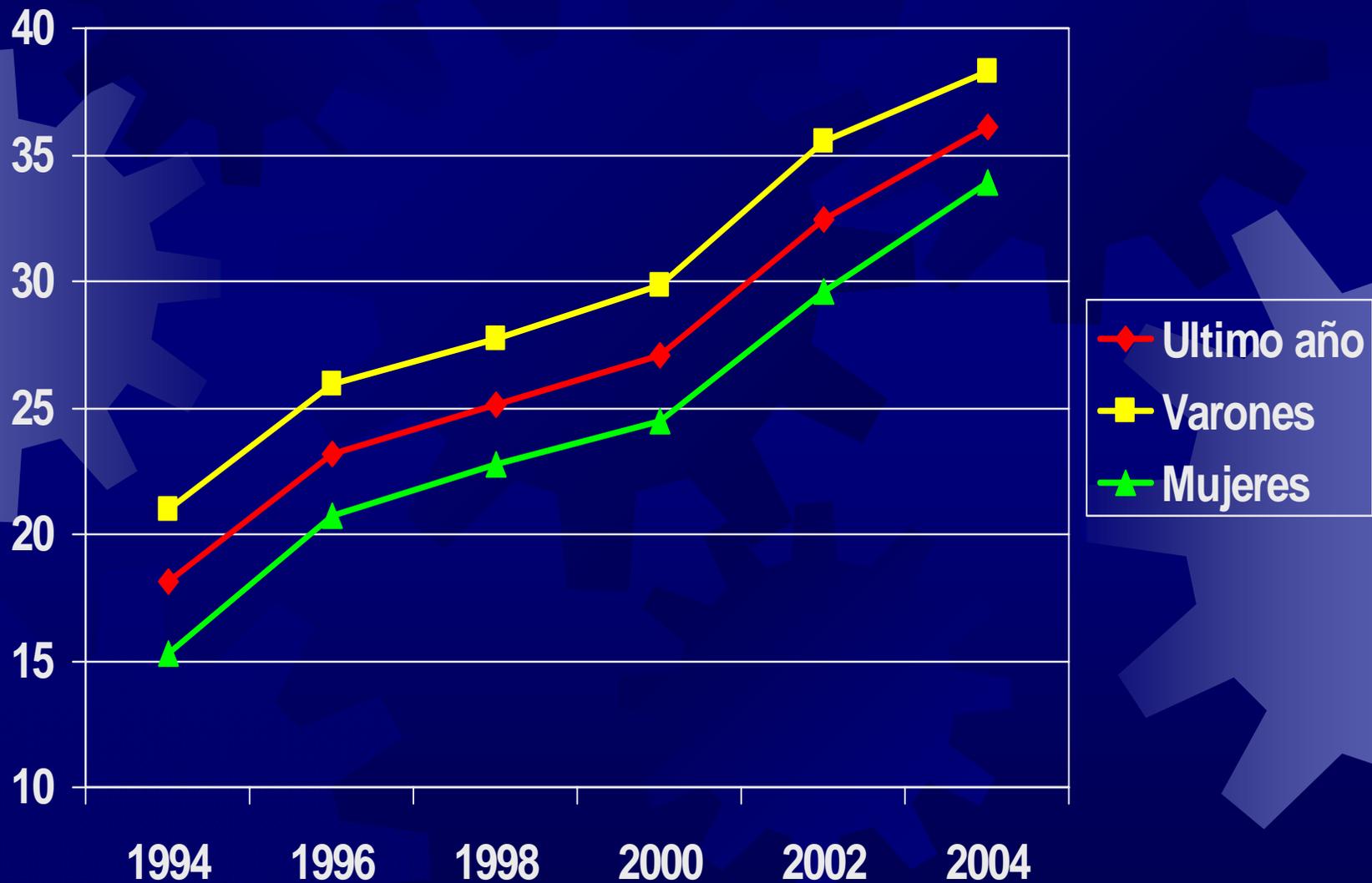
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, ESTUDIANTES DE SECUNDARIA



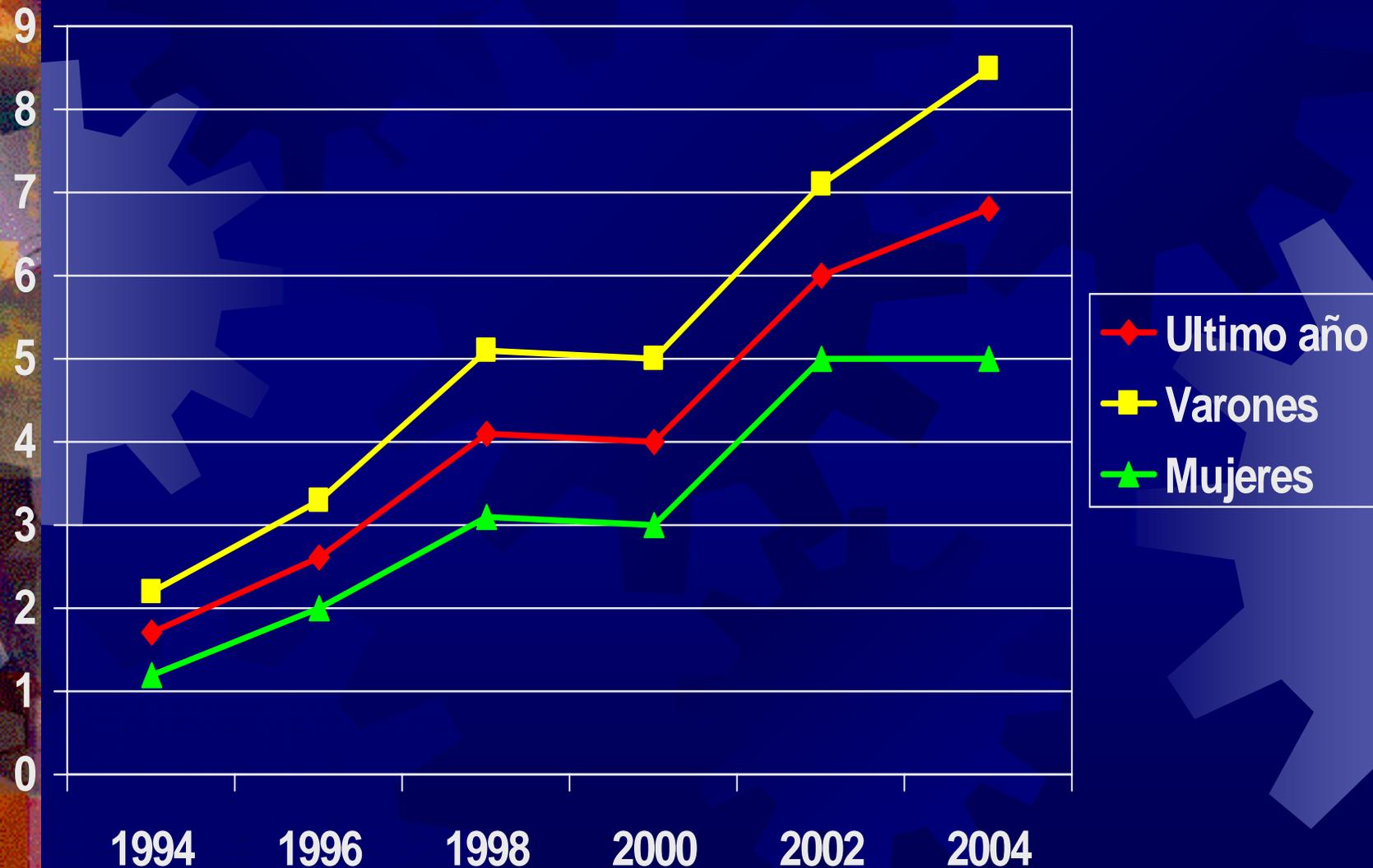
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ESTUDIANTES DE SECUNDARIA



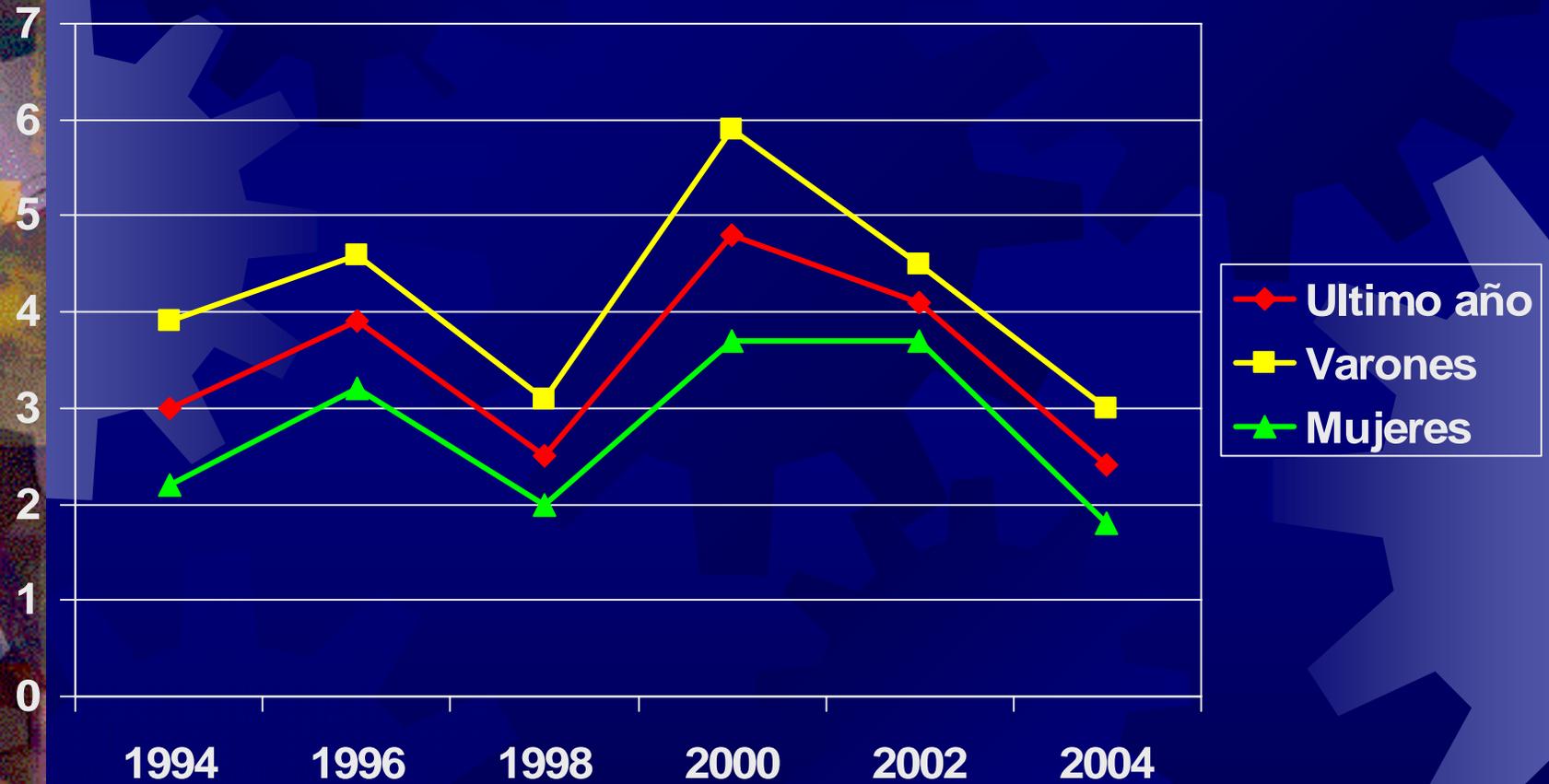
EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE CANNABIS, ESTUDIANTES DE SECUNDARIA



EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE COCAÍNA, ESTUDIANTES DE SECUNDARIA



EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE EXTASIS, ESTUDIANTES DE SECUNDARIA







LAS CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES

- ★ Hace pocas décadas las mujeres apenas consumían drogas (ej., alcohol, tabaco)
- ★ Ahora, igualdad de sexos → casi igualdad de consumos (o igualdad de consumos en algunas drogas)
- ★ La etiología del abuso de drogas es distinto en los V y M
- ★ Es en la adolescencia donde comienza y se consolida el consumo de drogas
- ★ Los V comienzan a consumir antes que las M
- ★ Secuencia consumo de drogas: alcohol-tabaco-cannabis-cocaína-drogas de síntesis-heroína
- ★ El riesgo de desarrollar dependencia a las drogas es mayor para los V que para las M
- ★ Lo anterior es a la inversa para los psicofármacos
- ★ ¿Por qué ocurre esto?

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES

★ Físicas:

- ★ Peso/altura, musculatura, hormonales
- ★ Hasta la adolescencia mayor maduración de la mujer que el hombre
- ★ Respuesta biológica distinta en V y M a las distintas drogas (ej., alcohol, nicotina, cocaína)
- ★ Mayor incidencia negativa de las drogas en el funcionamiento reproductivo de la mujer
- ★ Clara incidencia negativa de las drogas sobre el feto (ej., síndrome alcohólico fetal)
- ★ Ventaja: La mujer aplica mayores autocuidados a su salud

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES

★ Psicológicas:

- ★ Las M son superiores en habilidades verbales, los V en habilidades cognitivas (manipulación de imágenes en procesos mentales; habilidades espaciales)
- ★ Las M superan a los V en extraversión, ansiedad, y en confianza y capacidad educativa
- ★ Los V suelen superar a las M en confianza en sí mismos, fuerza de voluntad y autoestima
- ★ Los V muestran más interés por el sexo que las M
- ★ Los V se comportan de manera más agresiva que las M
- ★ A las M les preocupa más su salud y tienen un mayor autocuidado de su salud
- ★ El peso de las emociones es mayor en las M; padecen el doble de trastornos del estado de ánimo que los V

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LAS MUJERES

☀ Sociales

- ☀ Normas sociales y culturales sobre las drogas
- ☀ Tolerancia social hacia el consumo de drogas
- ☀ Accesibilidad y bajo coste de las drogas
- ☀ Vida recreativa y economía
- ☀ Hedonismo/consumismo
- ☀ Creencia de que “La mujer tiene que ser independiente y tener las mismas conductas que el hombre”

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN LAS MUJERES COMPARADO CON LOS VARONES (1)

- ✱ El comienzo del uso de sustancias es tardío (A)
- ✱ El trastorno progresa más rápidamente (A,C)
- ✱ Beben significativamente menos que los V (A,C,O)
- ✱ Otras personas significativas es más probable que abusen de sustancias (A,C,O)
- ✱ Mayor porcentaje de trastornos psiquiátricos comórbidos (A,C)
- ✱ Mayor porcentaje de dependencia comórbida a drogas de prescripción (A)

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN LAS MUJERES COMPARADO CON LOS VARONES (2)

- ★ Mayor probabilidad de tener intentos de suicidio (A)
- ★ Mayor probabilidad de tener una historia de abuso físico y sexual (A,C,O)
- ★ Más a menudo el comienzo del consumo de alcohol/drogas patológico se relaciona con eventos estresantes específicos (A,C)
- ★ Indican con más probabilidad tener un trastorno psiquiátrico previo (A)
- ★ Mayor porcentaje de mortalidad (A)

A, indicativo para el alcoholismo

C, indicativo para la cocaína

O, indicativo para otras drogas

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS EN LAS MUJERES COMPARADO CON LOS VARONES (3)

- ★ Conclusión: Hay un menor porcentaje de mujeres que de varones con problemas con las drogas pero las que los tienen suelen ser de mayor gravedad (por dependencia, mayor comorbilidad asociada, problemas físicos (mayor riesgo para distintas enfermedades), problemas familiares (ej., cuando tienen hijos), menor apoyo o recursos personales, educativos o sociales, como su mayor índice de paro, encarcelamiento, etc.
- ★ Por ello, merecen una especial atención las mujeres dependientes de drogas

DIFERENCIAS ENTRE CONSUMIDORES/ NO CONSUMIDORES (ULTIMOS 6 MESES) EN CADA GÉNERO (N = 1.705)

| | Tabaco | | Alcohol | | Licores | | Cannabis | | Tranquilz |
|------------------------|--------|---|---------|---|---------|---|----------|---|-----------|
| | V | M | V | M | V | M | V | M | M (1) |
| Autoestima | - | - | - | - | - | - | - | X | X |
| Depresión | - | - | - | X | - | - | - | X | X |
| Impulsividad | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Búsqueda sensaciones | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Conducta antisocial | X | X | - | X | X | X | X | X | - |
| Agresividad | X | X | - | X | X | - | X | X | - |
| Déficit asertividad | X | X | - | X | X | X | X | - | X |
| Res. Conflictos y ocup | X | X | - | - | - | - | X | X | - |
| Afrontamiento | - | X | - | X | - | - | X | - | X |
| Estado emocional | - | - | - | X | - | X | - | - | X |
| Rebeldía | X | X | X | X | X | X | X | X | - |
| Psicopatología | X | X | - | - | X | - | X | X | X |
| Conducta desviada | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

(1) Muestra insuficiente de varones

DIFERENCIAS ENTRE CONSUMIDORES/ NO CONSUMIDORES (ULTIMOS MESES) EN CADA GÉNERO (N = 1.705)

Consumo reciente de cánnabis

Variables predictivas más importantes en consumidores/no consumidores

Varones

Búsqueda de sensaciones
Impulsividad
Rebeldía
Afrontamiento

% clasificado, 79.9%

Mujeres

Búsqueda de sensaciones
Impulsividad
Agresividad

90.3%

DIFERENCIAS ENTRE CONSUMIDORES/ NO CONSUMIDORES (ULTIMOS MESES) EN CADA GÉNERO (N = 1.705)

Consumo reciente de bebidas de alta graduación

Variables predictivas más importantes en consumidores/no consumidores

Varones

Rebeldía
Déficit en Habilidades sociales
Búsqueda de sensaciones
Conducta desviada

% clasificado, 51.7%

Mujeres

Rebeldía
Déficit en Habilidades sociales
Búsqueda de sensaciones
Conducta desviada
Estado emocional
Conducta antisocial

46.4%

ALGUNAS DIFERENCIAS SEGÚN EL GÉNERO

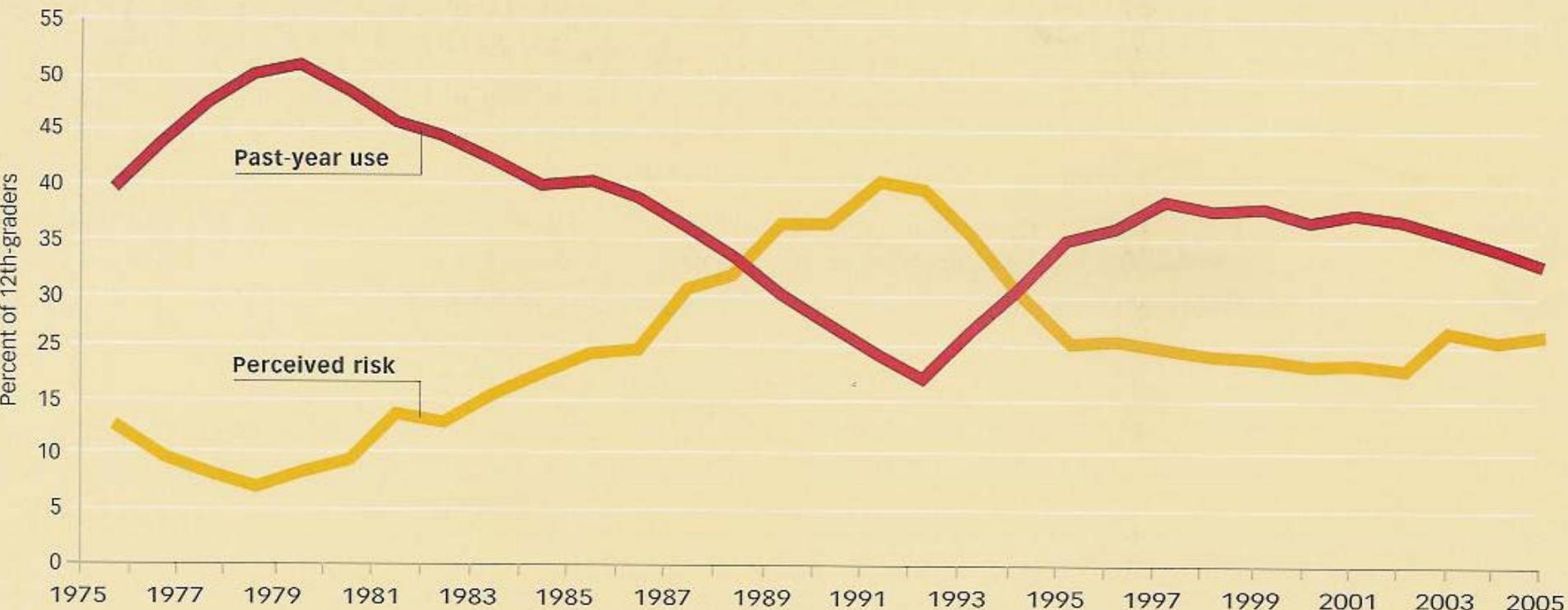
- ☀ Depresión, ansiedad y estrés
 - Su papel diferencial en V y M y su relación con el consumo de drogas (ej., tabaco, alcohol, psicofármacos)
- ☀ Apariencia física, peso y consumo de drogas (ej., cigarrillos y anfetaminas para perder peso)
- ☀ Actitudes y rol de género en relación al consumo de drogas
 - Normas tradicionales → normas para el consumo de alcohol y drogas
 - Chicos y chicas difieren en agresividad y conductas antisociales



LA PREVENCIÓN
DE LAS
DROGODEPENDENCIAS

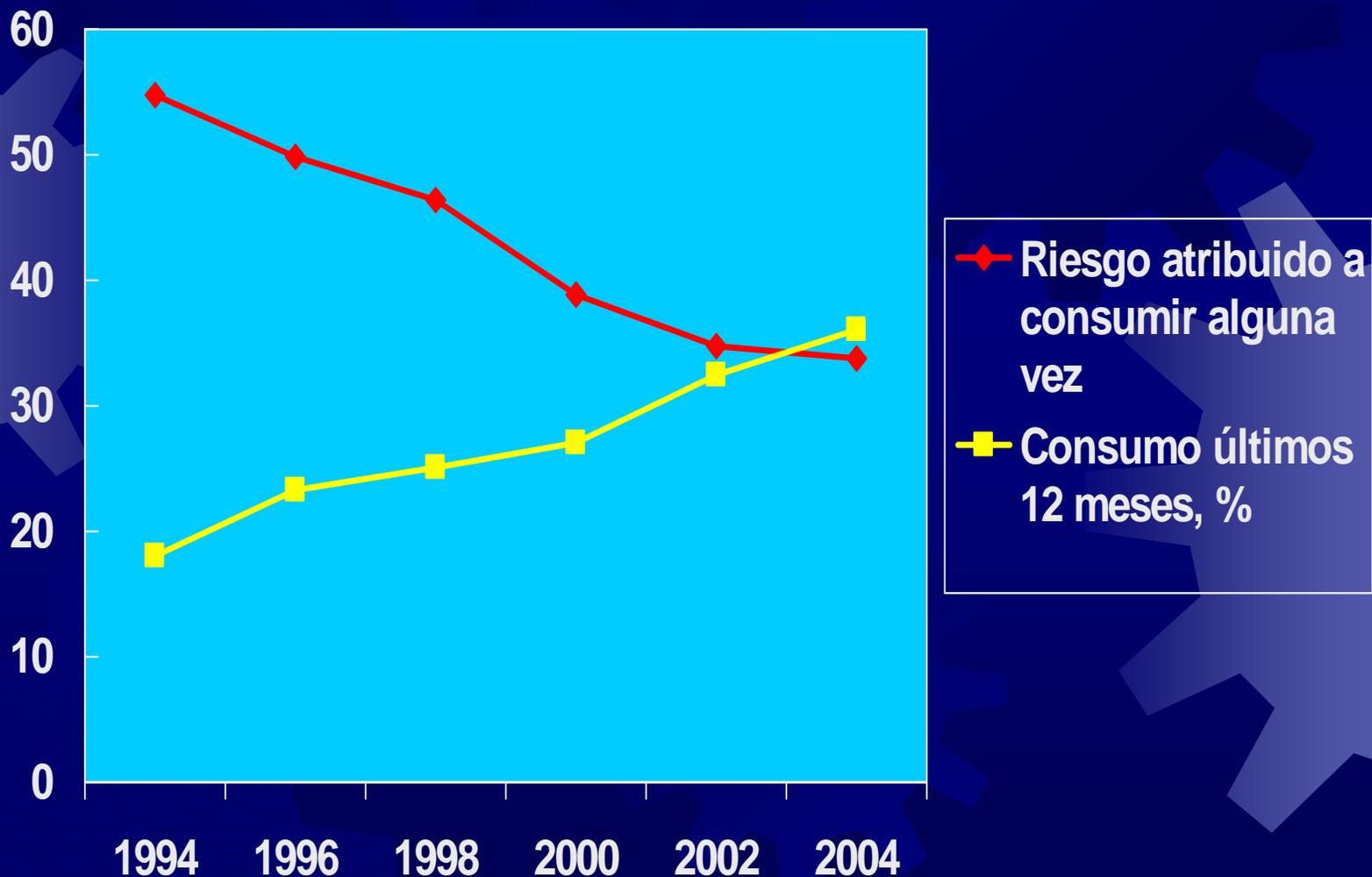
Abuse Drops When High School Seniors View Marijuana as Dangerous

The graphic shows the relationship between two trends identified in the annual Monitoring the Future Survey of 12th-graders. The annual prevalence of marijuana abuse by high school seniors falls when the perceived harmfulness of marijuana use rises, and vice versa.

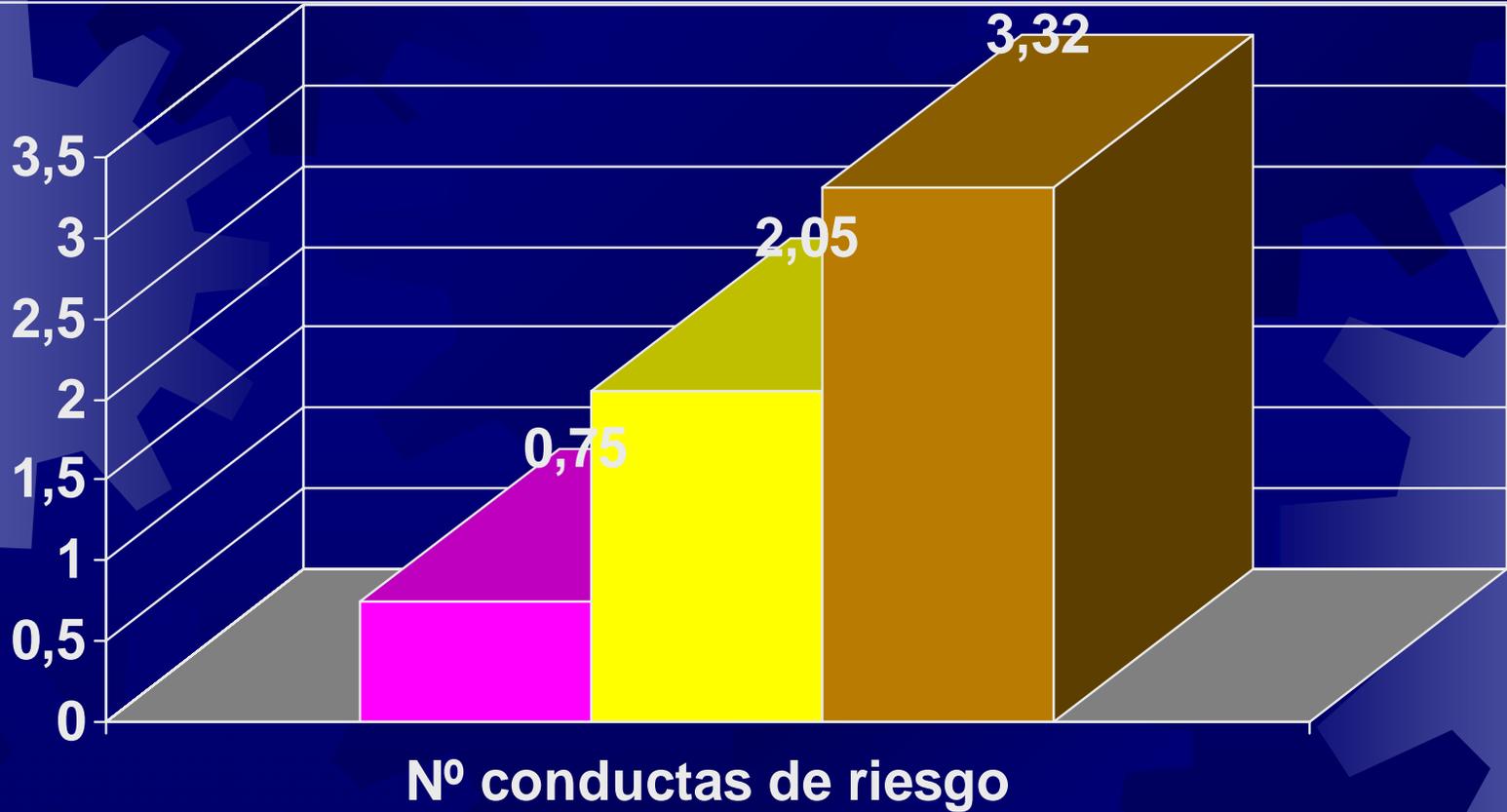


SOURCE: University of Michigan, 2005 Monitoring the Future Survey.

EVOLUCIÓN DEL RIESGO ASOCIADO Y PREVALENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS, ENCUESTA ESCOLAR PNSD



Consumo/no consumo de cocaína y número de conductas de riesgo (14-25 años, comarca del Salnés)



■ Nunca consumió ■ Cocaína alguna vez ■ Cocaína 6 meses

ALGUNOS DATOS ACTUALES RELEVANTES SOBRE EL CONSUMO DE CANNABIS EN ESPAÑA

- ✱ En la última encuesta escolar (14 a 18 años) de 2004, realizada en los jóvenes escolarizados, **el 42,0% han probado alguna vez cannabis** y el 25% lo consumen al menos una vez al mes. La media de edad de inicio es de 14.7 años. Hay un mayor porcentaje de consumidores varones que mujeres (ej., 27,7% hombres y 22,2% mujeres, para los últimos 30 días, en la encuesta del año 2004).
- ✱ En estos jóvenes, como en adultos, los consumidores de cannabis muestran un papel de policonsumo. Todos, o casi todos, consumen alcohol, tres cuartas partes de ellos tabaco, y dos de cada cinco han probado recientemente o consumen cocaína o éxtasis.

ALGUNOS DATOS ACTUALES RELEVANTES SOBRE EL CONSUMO DE CANNABIS EN ESPAÑA

- ★ En los últimos años se está produciendo un incremento de la concentración de THC, el componente psicoactivo más importante del cannabis, y responsable de la adicción al mismo. Ello produce un incremento de sus efectos en los ya consumidores y es más potente psicoactivamente en los nuevos consumidores. Dado su mayor potencial adictivo los posibles problemas que puede causar son mayores.
- ★ Este incremento del patrón de consumo habitual de cannabis, y el incremento de la concentración del THC, incrementará en los próximos años de modo significativo las consecuencias físicas y mentales en los consumidores crónicos o dependientes del mismo. El grupo más vulnerable es el de los niños y adolescentes, ya que a más temprana edad de inicio mayores problemas posteriormente.

ALGUNOS DATOS ACTUALES RELEVANTES SOBRE EL CONSUMO DE CANNABIS EN ESPAÑA

- ✱ Hay un incremento de las demandas de tratamiento por problemas con el cannabis, siendo los menores de 18 años el grupo de mayor demanda.
- ✱ El cannabis ha aumentado su presencia en las urgencias hospitalarias asociadas a drogas ilegales.
- ✱ El apresamiento de alijos de cannabis se ha incrementado de modo significativo, lo que es un reflejo del alto consumo que hay del mismo.
- ✱ Junto a todo ello se aprecia un movimiento bien organizado (el denominado cultura pro-cannabis) que propugna la legalización de su consumo, junto a otros intereses económicos que subyacen a este creciente negocio ilegal de tráfico y venta de drogas.

RIESGOS PARA LA SALUD DEL CANNABIS, ALCOHOL Y TABACO

| Riesgo para la salud | Cannabis | Alcohol | Tabaco |
|--|----------|---------|--------|
| Cirrosis hepática | | ++ | |
| Enfermedad respiratoria | ++ | | ++ |
| Cánceres | + | + | ++ |
| Enfermedad cardíaca | + | + | ++ |
| Riesgos en el embarazo (madre y feto) | + | ++ | + |
| Deterioro cognitivo | ++ | ++ | |
| Problemas psiquiátricos | + | ++ | |
| Dependencia | ++ | ++ | ++ |
| Accidentes de tráfico y otros accidentes | + | ++ | |

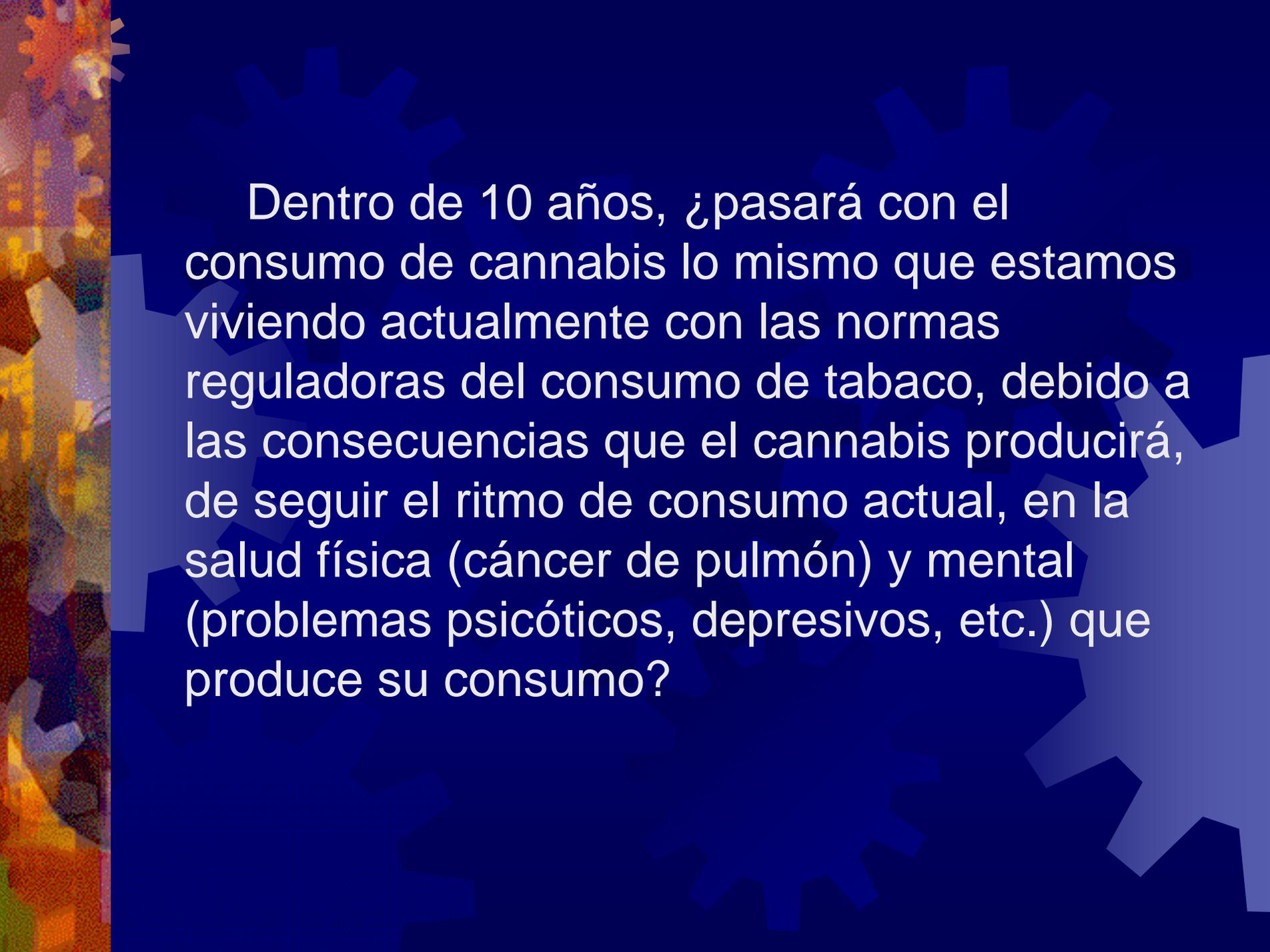
++ Efecto importante; + Efecto menos común o menos bien establecido

Fuente: Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 247-253.

CANNABIS

INFORME DE LA COMISIÓN CLÍNICA, PNSD 2006

- ✱ Del 7 al 10% de los que lo han probado desarrollarán un trastorno de dependencia del cannabis
- ✱ 1 de cada 3 consumidores frecuentes desarrollarán dependencia del cannabis
- ✱ El consumo de cannabis puede triplicar el riesgo de aparición de psicosis, sobre todo en sujetos vulnerables

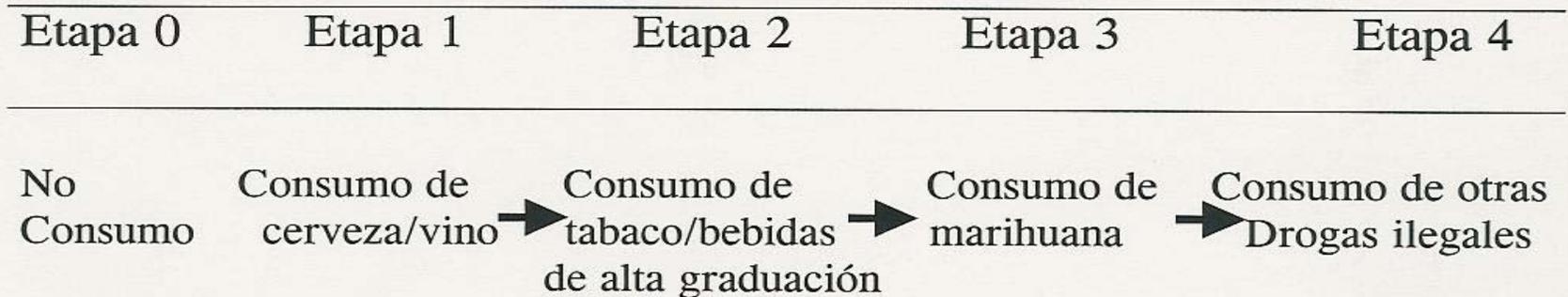
The background features a dark blue field with several large, semi-transparent gear shapes scattered across it. On the left side, there is a vertical strip with a colorful, abstract, and textured pattern in shades of orange, yellow, and brown, resembling a close-up of a gear or a mechanical part.

Dentro de 10 años, ¿pasará con el consumo de cannabis lo mismo que estamos viviendo actualmente con las normas reguladoras del consumo de tabaco, debido a las consecuencias que el cannabis producirá, de seguir el ritmo de consumo actual, en la salud física (cáncer de pulmón) y mental (problemas psicóticos, depresivos, etc.) que produce su consumo?

¿QUÉ DICEN LOS JÓVENES CONSUMIDORES DE CANNABIS SOBRE LOS PROBLEMAS QUE LES ACARREA SU CONSUMO? (14-18 AÑOS, PNSD, 2004)

| Problemas que indican | % |
|---|-------|
| ☀ Problemas de memoria | 24.0% |
| ☀ Tristeza, apatía o depresión | 14.3% |
| ☀ Dificultades para estudiar o trabajar | 15.8% |
| ☀ Faltar a clase | 10.0% |
| ☀ Otros (menos del 10%) | |
| ☀ Problemas económicos | |
| ☀ Problemas físicos | |
| ☀ Conflictos con los padres y hermanos | |

Modelo de Kandel de las etapas del consumo de drogas



HIPÓTESIS DE LA ESCALADA Y EVIDENCIA ACTUAL DE LA MISMA

- ☀ 1. Entre los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Luego pueden seguir las ilegales, con el cannabis entre las legales y las ilegales. **FUERTE EVIDENCIA.**
- ☀ 2. El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia más tarde. **FUERTE EVIDENCIA.**
- ☀ 3. El consumo de una droga temprana en la secuencia, como el alcohol o el tabaco, causa el consumo de una droga posterior de la secuencia, por ejemplo marihuana. **NO HAY APOYO PARA LA PROPOSICIÓN DE CAUSALIDAD.**

EXPLICACIÓN DEL CONSUMO DE COCAÍNA ALGUNA VEZ EN LA VIDA EN FUNCIÓN DEL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS (Estudio en la comarca del Salnés, 14-25 años)

- ☀ 1. La probabilidad aumenta **32 veces** al haber consumido alguna vez **éxtasis**
- ☀ 2. La probabilidad aumenta **24 veces** al haber consumido alguna vez **cannabis**
- ☀ 3. La probabilidad aumenta **12 veces** al haber consumido alguna vez **tabaco**

- ☀ En **varones**: aumento de **17 veces** si consumió **cannabis** y **19 veces** si consumió **tabaco**
- ☀ En **mujeres**: aumento de **65 veces** si consumió **cannabis**
- ☀ En **18-21 años**: aumento de **19,5 veces** si consumió **cannabis** y **11 veces** si consumió **tabaco**



**Drogas. Hay trenes
que es mejor NO coger**



ALGUNOS ELEMENTOS PARTICULARES QUE FACILITAN EL CONSUMO DE CANNABIS EN ESPAÑA Y QUE DIFICULTAN LA PREVENCIÓN DE SU CONSUMO

- ✱ La vida recreativa y el salir de marcha
- ✱ Enorme disponibilidad y accesibilidad (normalización social)
- ✱ Asociado al consumo de tabaco y alcohol
- ✱ Tolerancia social o errónea consideración de droga blanda
- ✱ Baja percepción de riesgo sobre su consumo (el porro terapéutico)
- ✱ Clara promoción de su consumo (hoy ya es un negocio)
- ✱ El hedonismo de nuestra actual sociedad

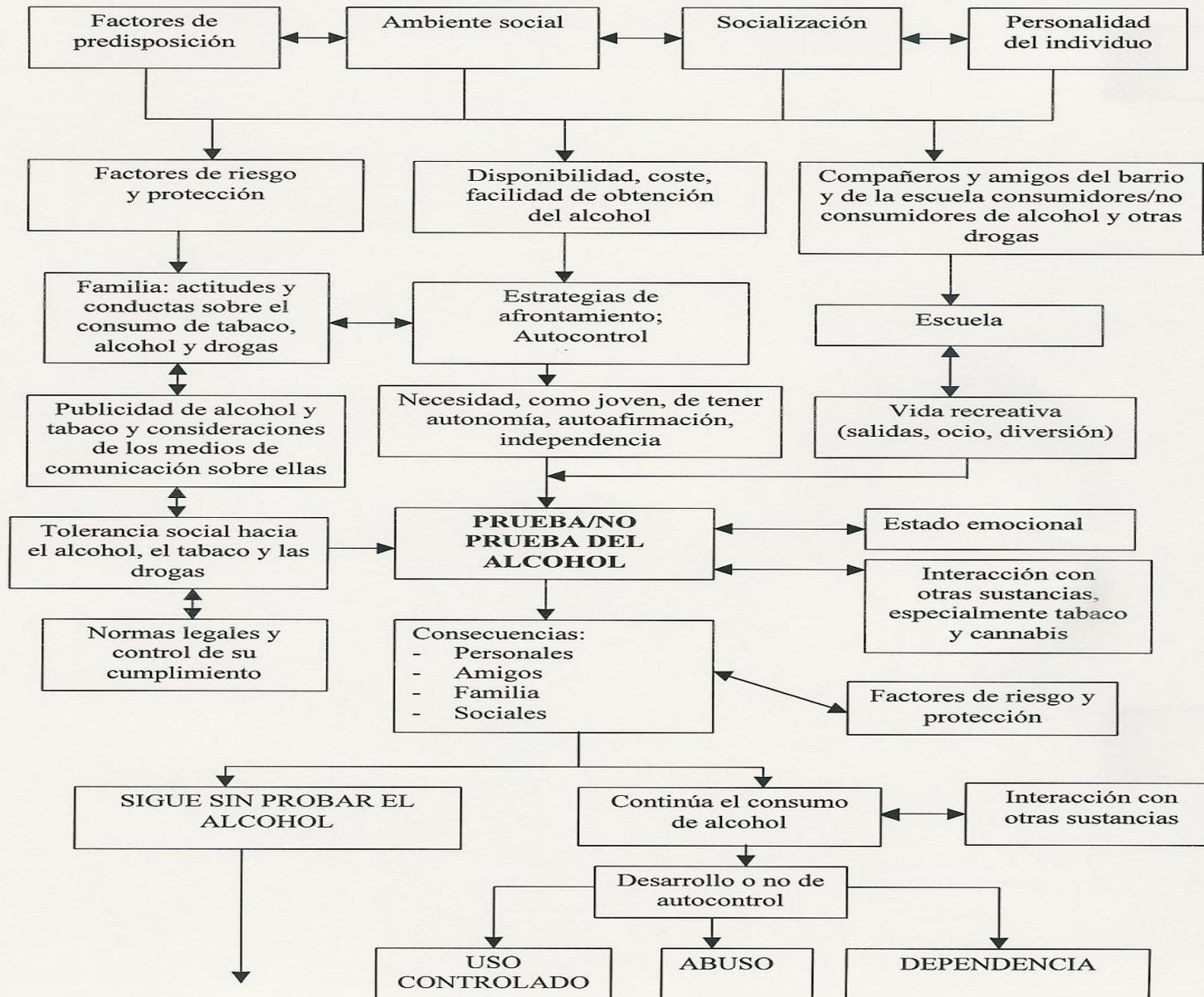
EN RESUMEN, EL CONSUMO DE DROGAS PRODUCE, ESPECIALMENTE EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES, A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO

- ☀ Incremento de la morbi-mortalidad
 - ☀ Mayor mortalidad
 - ☀ Incremento de enfermedades físicas
 - ☀ Incremento de trastornos mentales
- ☀ Incremento de los gastos sanitarios y sociales
- ☀ Vidas truncadas, desde edades tempranas
- ☀ Fracaso vital en muchos de ellos
- ☀ Familias destrozadas
- ☀ Un cierto fracaso social de todos como sociedad

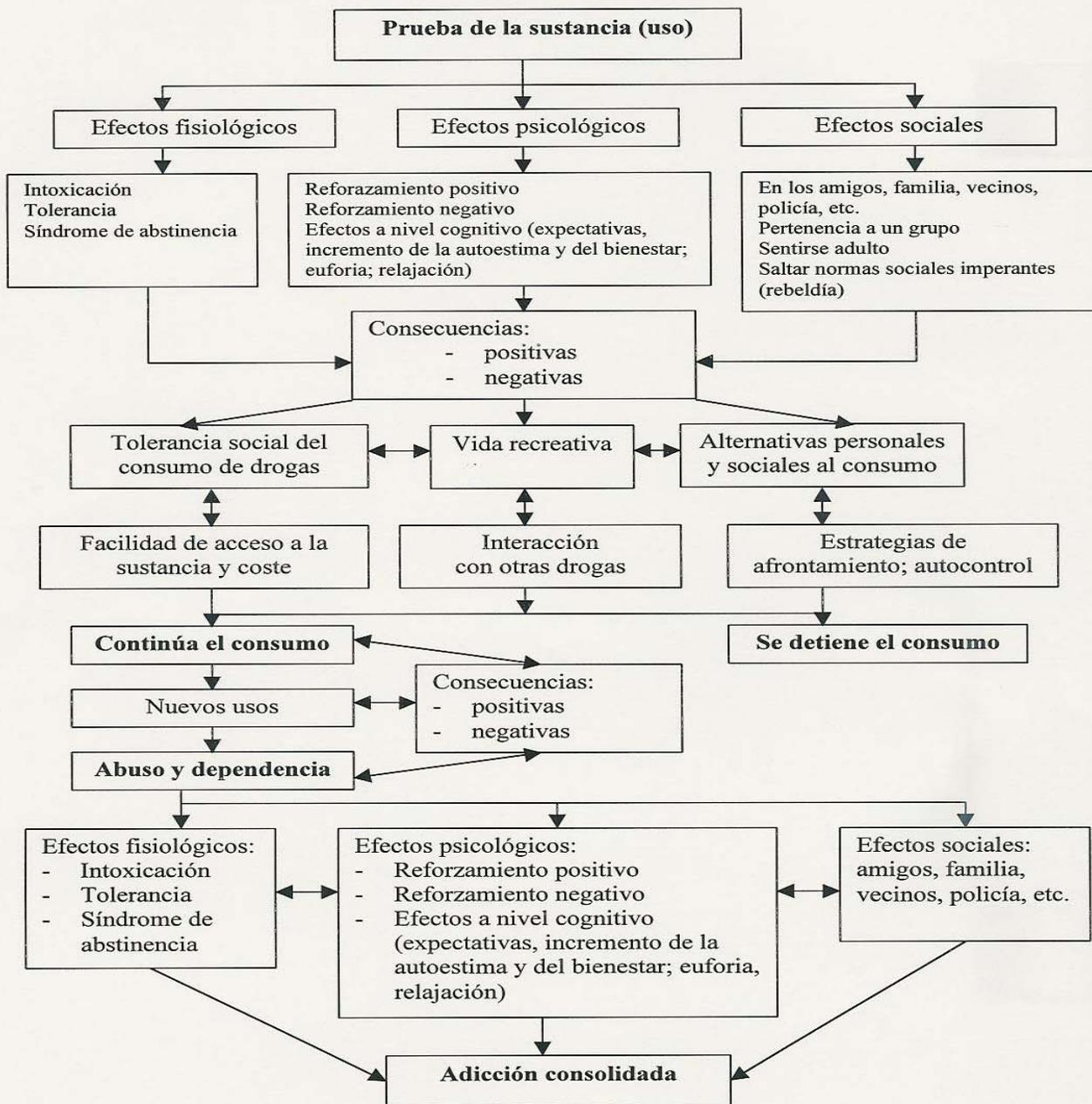
LAS ALTERNATIVAS

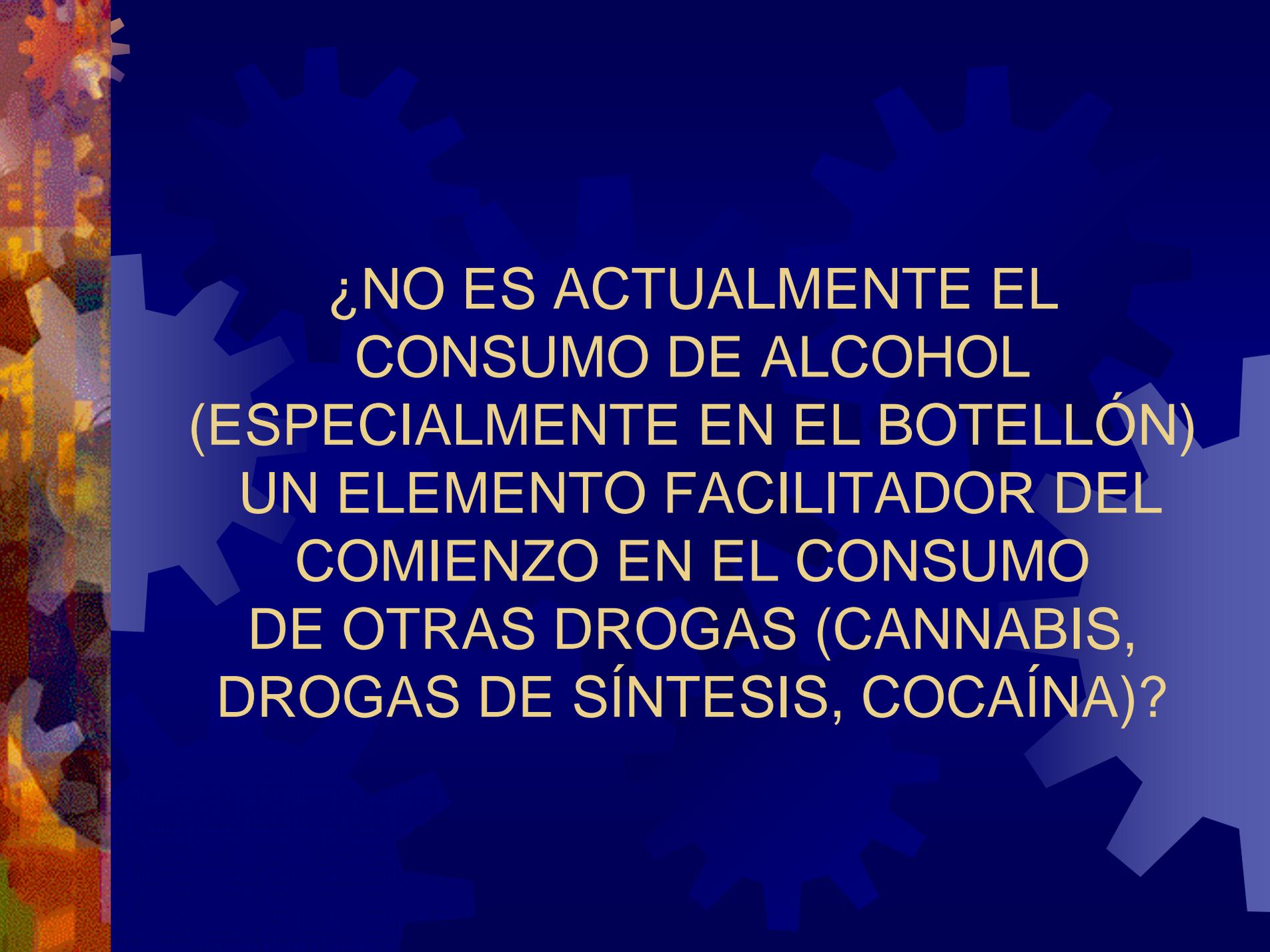
- ✱ Información veraz
 - ✱ Educación
 - ✱ Prevención
 - ✱ Tratamiento
 - ✱ Leyes y normas claras que se cumplan
-
- ✱ ¿y las causas del problema?

Figura 3. ¿Por qué las personas consumen alcohol y participan en el botellón?



Factores responsables de seguir consumiendo una droga





¿NO ES ACTUALMENTE EL
CONSUMO DE ALCOHOL
(ESPECIALMENTE EN EL BOTELLÓN)
UN ELEMENTO FACILITADOR DEL
COMIENZO EN EL CONSUMO
DE OTRAS DROGAS (CANNABIS,
DROGAS DE SÍNTESIS, COCAÍNA)?



¿DONDE DEBEMOS HACER LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS?

- ★ En la escuela, pero también en:
 - ★ La familia
 - ★ La comunidad
 - ★ Los medios de comunicación
 - ★ Las leyes y normas
- ★ El ejemplo de la nueva Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo
- ★ Las fallidas leyes de control del consumo abusivo de alcohol
- ★ La presión y contraprevención de la industria del alcohol, tabaco, ocio, revistas pro-consumo de drogas, etc.

¿Y ESPECÍFICAMENTE PARA LA PREVENCIÓN EN LAS MUJERES?

- ★ No tenemos pruebas de que los programas preventivos funcionen de modo distinto en V y M (evaluaciones en USA)
- ★ Sería viable optimizar los programas preventivos universales para M en función de los FR y FP específicos de nuestro medio para el consumo de drogas recreativas (ej., tabaco, alcohol, cánnabis)
- ★ Los p. preventivos selectivos deberían ser específicos para las mujeres
- ★ Los p. preventivos indicados deberían ser específicos para las mujeres
- ★ PERO, primero debemos generalizar la prevención en la escuela, en la familia y en la comunidad
- ★ ES CLARO que la prevención en la mujer realizada hoy reduce los riesgos de consumo de drogas para las generaciones futuras.

CONCLUSIONES (1)

- ★ La cobertura de los tratamientos para las personas con drogodependencias es amplio en España. Nos queda conseguir lo mismo en prevención
- ★ Técnicamente sabemos cómo hacer una prevención eficaz para que los jóvenes no comiencen a consumir drogas, pero
- ★ ¿está la sociedad actual y la administración dispuestas a poner los medios para hacer que la misma *funcione* y, al tiempo, a asumir las consecuencias que ello les acarreará, como hacer frente a las presiones de grupos económicos y lobbies (ej., industria del tabaco, alcohol, restauración), la menor recaudación de impuestos, recibir críticas diversas (ej., la demagogia del recorte de libertades del movimiento procannabis), ...?

CONCLUSIONES (2)

- ★ La administración sanitaria tiene un papel esencial en preservar la salud de todos los ciudadanos a través del desarrollo de leyes, normas y acciones para aquellos problemas que causan mortalidad y morbilidad
- ★ En el caso de las mujeres es claro que las mismas deben recibir más atención como colectivo, especialmente las que están en situaciones de riesgo o vulnerabilidad, y diseñar programas específicos para ellas
- ★ Los programas preventivos universales deberían tener en cuenta la perspectiva de género
- ★ Los programas preventivos selectivos e indicados deberían estar diseñados específicamente para las mujeres por sus diferencias en la etiología y en el consumo de drogas y en sus consecuencias



PROPUESTAS PARA ABORDAR LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO

PRIMER ENCUENTRO DE PERSONAS EXPERTAS "Mujer y
Drogas

Madrid, 21 de diciembre de 2006

Mercedes Palop Botella

Abordaje de género

- Hacer frente al sesgo de género (Velasco 2002) : error sistemático al identificar al varón con toda la población
 - No introducir variable sexo en la selección de muestras
 - No utilizar la categoría de género en el análisis de resultados, no detectando diferencias hombres y mujeres
- No es hablar, sólo, de mujeres drogodependientes
- Supone :
 1. Tener en cuenta las peculiaridades y diferencias de cada género
 2. Evitar la desigualdad , en el sentido de desventajas

1 Atender diferencias entre hombres y mujeres

- **Sexo** : aspectos biológicos que diferencia hombres y mujeres
- **Género**: el conjunto de atribuciones sociales, psicológicas, culturales, económicas, políticas, jurídicas, etc., asignadas a cada sexo de forma diferenciada y que cada persona internaliza:
 - Lo social
 - Lo psicológico

Estereotipos de género

PRESENCIA Y CRISIS DE LOS ESTEREOTIPOS TRADICIONALES

- **Mujeres:** Mundo de las relaciones, ámbito privado, subordinación, la inhibición sexual
- **Hombres:** Mundo de acción, ámbito público, lugar de superioridad, potencia sexual

La centralidad de las relaciones Maternidad / maternización

- En estereotipos tradicionales : Identificación mujer como madre
- Maternización de funciones :colocarse en posición de cuidado al otro
- Los nuevos modelos de mujer:

LA CENTRALIDAD DE LAS RELACIONES EN SU IDENTIDAD

En drogodependencias:

- Antes: Atención al feto y no hacia la mujer como sujeto
- Maternidad: recae sobre mujeres (castiga diferencialmente a madres adictas, incide en la adicción...)
- Adicción y vida relacional :absolutamente imbricadas (origen, motivación tratamiento, recaídas...) Gossop 1994, Wechsberg 1998,Covintong 2003

La centralidad de las relaciones Maternidad / maternización

Abordaje en prevención :

- Factores de riesgo específicos : **las relaciones**
 - Con consumidores (padres o amigos...)
 - Problemáticas (con las pareja, familiares..)(Navarro 2000)
- Lenguajes y metodología específica , relacional

La centralidad de las relaciones Maternidad / maternización

- Asistencia : maternidad
 - Buscar alternativas a las dificultades de acceso a los recursos por maternidad (guarderías...)
 - Tener en cuenta los miedos a pérdidas de custodias(Hedrich,2000)
 - Abordar consecuencias maternidad y adicción: mayor estigmatización, culpa, negación de problemas por sentirse mala madre
 - Evitación del posible castigo “incosciente”de los profesionales
 - Abordar con ellas la búsqueda de maternidad “salvadora” idealizada, analisis de estereotipos
 - Entrenamiento en habilidades de maternaje para mujeres y hombres mejoran resultados (Greenfield 2004, Janson 2003)

La centralidad de las relaciones Maternidad / maternización

Asistencia :Centralidad de las relaciones

- Tratamiento basado en el vinculo terapéutico: asiduo y émptico frente confrontativo (Gordon 2002, Robert y Nishimoto,2006)
- Abordaje de sus relaciones : dependencia emocional
- No pautar la ruptura de la pareja adicta : proceso de cambio
- Grupos de mujeres, mejoran resultados de tratamiento (Ashley 2003)

La sexualidad

- EL cuerpo mujer adquiere interés solo si :
 - ligado a la reproducción,
 - proporciona placer a otros.
- No tiene legitimada una sexualidad desvinculada de la reproducción y se promueve un olvido del propio placer.
- Supuestamente ha sido superado, sigue generando dificultades:
 - Una sexualidad placentera y respetuosa consigo mismas
 - En la responsabilización del uso del preservativo
 - Hiperadaptarse a los requerimientos y deseo de la pareja

La sexualidad

- **Abordaje en prevención**
 - Factores de riesgo propios:
 - Las experiencias de abuso sexual
 - Relación entre drogas y el modelo de cuerpo ideal para ser deseado? :cocaína adelgazante...
 - Droga como facilitadora del encuentro sexual
 - Abordaje de las consecuencias diferenciales: doble vulnerabilidad, el consumo de drogas en mujeres facilita participar en prácticas sexuales de riesgo (sin preservativos, con desconocidos...)
 - Poblaciones concretas: mujeres en prostitución

La sexualidad

- Abordaje en asistencia:
 - Reconocer y cuestionarla incidencia de los estereotipos para disminuir la vulnerabilidad en salud sexual y lesión autoestima (Mujer adicta = prostituta)
 - Abordar aspectos de la sexualidad lesionados :la instrumentalización, intimidad sin sexo , fidelidad a los deseos propios sobre los del varón: aprender a poner límites ,disfunciones sexuales, problemas de orientación sexual...situaciones de riesgo de recaída(Covington 2000)
 - Abordaje de la secuelas de la historia de abuso sexual en el proceso de recuperación de drogodependencias :formación específica ((Najavits ,2002)

El espacio privado

- El ámbito público para el hombre, el privado para la mujer (no pagado , íntimo, el de los que necesitan cuidados)
- Compartir espacios, supone compartir riesgos
- El acceso al ámbito público y laboral: grandes tensiones, no ha acabado (diferente accesibilidad, condiciones, conciliación...)
- También entre las drogodependientes conquista

El espacio privado

- **Prevención**

Factores de riesgo del ámbito laboral en mujeres (Navarro 2000)

- **Inquietudes ante el futuro laboral**
- **Además de -su trabajo realiza tareas domésticas**
- **Jornadas de trabajo prolongadas**
- **Agobio y estrés en el trabajo**
- **Cansancio intenso después del trabajo**
- **Trabajo a destajo o de alto rendimiento**
- **Mala situación contractual laboral**
- **LA insatisfacción en la función o el trabajo**
- **La insatisfacción en la función o el trabajo**

- **Ocio protector: deportes, actividades humanísticas, la lectura, teatro frente al ocio de conciertos, fiestas y discotecas o pubs**

El espacio privado

- Asistencia
 - Proyecto de vida: incluya la inserción laboral, lucha contra estereotipos sexistas(propios y de los profesionales)
 - Capacitación profesional menor (Amaro 1999,Hser 2003)
 - Conquista del espacio público no laboral : asociaciones mujeres, vecinos, culturales
 - Corresponsabilidad tareas domésticas con los adictos ; analisis de estereotipos

La subordinación

- **Hombres**: potencia, activo,, independiente, autónomo, capaz y que debe ocultar sus debilidades

Mujeres :la carencia, de la abnegación, de la dependencia, de la entrega y la subordinación

La valoración desigual de hombres y mujeres, mujeres autoestima baja

- La violencia de género :vía de acceso la drogodependencia o la drogodependencia como factor de vulnerabilidad

La subordinación

- Prevención
 - Deseo de igualarse a los hombres con sus comportamientos
 - La valoración de lo femenino y empoderamiento femenino es un factor de protección
- Asistencia:
 - Abordar el tratamiento desde las fortalezas de mujer y buscando su empoderamiento modificando la autoestima baja (Covintong 2002)
 - Grupos de exclusivamente mujeres o mayoritariamente para que no subordine la experiencia
 - Abordaje de la violencia : modelo de cambio que incluye varias conductas (ONU,2005 Brown). Formación específica
 - Participación y protagonismo de la mujer

2. Enfrentar la desigualdad

1. Diferente accesibilidad para hombres y mujeres en el tratamiento : desventaja para las mujeres

Por aspectos de las propias mujeres:

- Vergüenza o miedo al rechazo por la doble penalización: por adictas y por mujeres
- Miedo a la pérdida de custodia de los hijos
- Miedo perder la pareja
- Compatibilidad con los hijos/as

Por características de los programas

- Programas sin perspectiva de género
- Dificultades de seguridad mujeres
- Flexibilidad horaria
- Estereotipos de los profesionales
- Estilos de atención y de terapias poco acordes mujeres

2. Enfrentar la desigualdad

- La no especificidad :disminuye la "accesibilidad" de los programas de prevención

2. Diferentes nivel de precariedad y apoyo Compensar : Las mujeres suelen tener menos apoyos familiares (Curtis-Boles y Jenkins-Monroe,2000). Mayores situaciones de precariedad y exclusión : programas de acercamiento (Onu 2005)

3.Diferente penalización . Doble para las mujeres. Cuidado en servicios no específicos de drogas donde el rechazo a las drogodependientes , puede bloquear una derivación (Reed,1998)

4. Diferencia en salud mental : Ansiedad, depresión, estrés postraumático, Cuidado con la psiquiatrización Requiere coordinacion recursos (salud mnetal , drogas, pisos acogida...)

Propuesta en abordaje de género

Supone cambios y ajustes:

- En **los profesionales**: conocimientos y actitudes (Hedrich,2000)
- Cambios en **los lenguajes**: inclusivos de las mujeres
- Ajustes en **los objetivos**: preventivos , y de asistencia (maternidad, sexualidad, violencia, relaciones personales, autoestima)
- Cambios en los **métodos** no confrontativo, grupos solo de mujeres, flexibilidad, atención individual suficiente
- Cambios en los **recursos**, casas de acogida, guardería, salud mental, coordinación
- Cambios en los **contextos** de trabajo , seguros , flexibles(horas, elección sexo del profesional), accesibles, dignos y respetuosos

ÁREA DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y SERVICIOS ASISTENCIALES

Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar

N. ROMO AVILÉS^a Y E. GIL GARCÍA^b

^aAntropología Social, Universidad de Granada. Instituto de Estudios de la Mujer. Departamento de Antropología y Trabajo Social, Granada, España.

^bUniversidad de Jaén. Seminario Mujer Ciencia y Sociedad. Departamento de Ciencias de la Salud. Jaén, España.

RESUMEN. *Objetivo.* Conocer el discurso de las mujeres consumidoras de psicofármacos y comprender las dinámicas de género que favorecen el consumo.

Material y método. Metodología cualitativa mediante grupos de discusión realizados con mujeres consumidoras de psicofármacos en tres Comunidades Autónomas. Estrategia de análisis en dos procesos diferenciados: análisis de contenido con categorías consensuadas y análisis del discurso desde la perspectiva de género.

Resultados. Existen tres discursos diferentes con respecto al consumo de psicofármacos y éstos se relacionan con la edad. En todos ellos la utilización de psicofármacos se realiza cuando perciben «malestar» asociado a falta de modelos, sobrecarga de trabajo y/o sobrecarga emocional, pero también aparece como consecuencia del estrés ocasionado por la toma de decisiones. El consumo se lleva a cabo mediante dos estrategias diferentes: la prescripción y el autoconsumo.

Conclusiones. Los diversos elementos que forman la construcción de género influyen en la forma de inicio y de continuar el consumo de sustancias psicofármacos, y tiene relación con la permisividad social de la sustancia. El contexto social favorece diferencias de género en la forma de consumir y en las expectativas sociales que los consumidores generan.

Correspondencia:

N. ROMO AVILÉS.
C/ Rector López Argüeta, s/n.
18071 Granada, España.
Correo electrónico: nromo@ugr.es

Recibido: 23-01-2006.

Aceptado para su publicación: 19-07-2006.

PALABRAS CLAVE: género, psicofármacos, prescripción de psicofármacos, Atención Primaria.

Gender and drug consumption: From legality to illegality as a way to face disconform

ABSTRACT. *Objective.* To know the discourses of women's who consume psychotropic for the understanding of the gender constructions that facilitated the consumptions between Spanish women.

Material and methods. This is a qualitative research based on discussion groups with women from three Spanish Regions. The analysis was made using content analysis and consensus categories from a gender perspective.

Results. There are three different discourses in relation to psychotropic use and they are in relation with the women ages. In all of them the utilisation of psychotropic are in relation with what the call «malestar» in relation with suffering with the lack of models when they are young, too much work and emotional pressure. At the same time they feel stress in relation with decisions.

Conclusions. Gender as a social construction is in relation with the way of initiation and to continuing psychotropic drug use and is connected with the social approval in the ways of using these kinds of drugs. Social context is facilitating gender differences in the way of using and in the social expectations generated by users.

KEY WORDS: gender, psychotropics, drug prescription, primary health care.

Introducción

Es frecuente relacionar las diferencias en el proceso de salud y enfermedad con factores biológicos donde las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan un papel importante. Sin embargo, esta perspectiva se está impregnando de nuevas miradas que ayudan a establecer nuevas preguntas e interrogantes, a la vez que abren paso a nuevas metodologías, estamos hablando de la perspectiva de género¹ y de las metodologías feministas². En el ámbito de las «drogodependencias» la mirada dicotómica del sexo también está ampliándose a nuevas visiones más comprensivas hacia los factores sociales que llevan a usar y abusar de manera diferente, entre los sexos, de las distintas drogas. Las nuevas aproximaciones suponen deconstruir parte del conocimiento acumulado, revisar la terminología y proponer nuevos conceptos como «consumo de sustancias», más útil que los tradicionales «adicción» o «consumo de drogas». Dentro de este campo, al igual que en otros relacionados con las investigaciones sobre la salud, existe la necesidad de un marco teórico que desafíe las prácticas tradicionales de investigación que sea sensible a las diferencias y a la desigualdad^{3,4}.

El sexo hace referencia a características biológicas de las personas, el género hace referencia a un sistema de relaciones sociales, simbólicas y psíquicas que sitúa de forma diferente a las mujeres con respecto a los varones⁵. Se entiende el género como una construcción social, histórica y contingente que influye en todas las dimensiones de la vida social, tanto públicas como privadas⁶. Es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos. Es una forma primaria de relaciones significantes de poder donde las mujeres se sitúan en posiciones dependientes y en inferioridad con respecto a los varones⁵. Por tanto, incluir la perspectiva de género en los estudios sobre los usos de drogas supone añadir a los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo la comprensión de la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas drogas. Aquí el género es una perspectiva metodológica, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia y acercarnos a las situaciones de desigualdad.

Los datos epidemiológicos sobre consumo de drogas muestran que las mujeres usan más drogas legales y los varones más drogas de comercio ilegal. En las últimas décadas se observa un aumento progresivo del uso de sustancias «legales» entre las mujeres (tabaco,

alcohol y psicofármacos). El cannabis es la única sustancia de comercio ilegal que aumenta el consumo entre las mujeres en los últimos años, circunstancia que probablemente esté relacionada con la normalización de su uso. Este patrón se observa en las encuestas sobre uso de drogas que se realizan a nivel nacional, tanto en la población adulta como en la escolar. Si atendemos a la última encuesta realizada en los escolares del Estado español con edades comprendidas entre 14 y 18 años⁷ observamos que las chicas se han incorporado al consumo de drogas legales y sobrepasan a los varones en consumo de tranquilizantes y tabaco; los chicos consumen más sustancias de comercio ilegal (tabla 1).

Si hemos de destacar algún tipo de sustancia que diferencie a las mujeres de los varones, en todos los grupos de edad y de la que se pudieran temer consecuencias adversas para su salud, éstas son los psicofármacos, sea por uso prescrito desde el ámbito médico o en forma de autoconsumo. En una investigación llevada a cabo por EDIS, para estimar la prevalencia del consumo de drogas entre la población femenina, se observó que las mujeres con un consumo habitual de tranquilizantes representan en España el 3,5% de la población. Según estos datos tendríamos que unas 590.000 mujeres consumirían estos fármacos de forma habitual. La prevalencia del consumo de tranquilizantes entre las mujeres es casi tres veces superior a la de los varones⁸.

La información disponible sobre la prescripción y consumo de antidepresivos, hipnóticos y sedantes destaca que éstos mantienen una elevada escalada en su consumo a lo largo de las dos últimas décadas. Los datos proporcionados por el Ministerio de Asuntos Sociales⁸ muestran un crecimiento lineal durante la última década. El perfil de consumidora habitual es: mujer de 35 años o más, principalmente casada o viuda, con un

Tabla 1. Uso de drogas en el último mes. Población de 14 a 18 años. Año 2004

| | Varones | Mujeres |
|---------------------------|---------|---------|
| Alcohol | 65,5 | 65,7 |
| Tabaco (últimos 12 meses) | 32,9 | 41,9 |
| Tranquilizantes | 1,8 | 3,0 |
| Cannabis | 28,3 | 22,0 |
| Cocaína | 5,1 | 2,6 |
| Éxtasis | 1,9 | 1,0 |
| Speed y anfetaminas | 2,7 | 1,0 |
| Alucinógenos | 2,3 | 0,7 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED)⁷.

nivel educativo bajo, pensionista o ama de casa. Pero los datos también muestran un incremento entre las mujeres paradas y las profesionales activas, y éste se produce en todas las clases sociales y en todos los hábitats. Las fuentes principales de obtención de psicofármacos son el personal sanitario y las amigas o familiares que consumen. En este mismo sentido, y en referencia al uso sin prescripción, el Observatorio Español sobre Drogas ha señalado un aumento en los problemas relacionados con el consumo sin receta de hipnosedantes (tranquilizantes y somníferos). Estos fármacos pueden usarse una vez han sido prescritos desde el ámbito médico o de forma «ilegal», sin prescripción médica. En 2003 un 3,3% de mujeres de 15-64 años había consumido hipnosedantes sin receta médica⁹.

Cuando nos acercamos al primer escalón de la atención sanitaria, la Atención Primaria, observamos que los principales sujetos de prescripción de psicofármacos son las mujeres. Estudios realizados en Estados Unidos y en distintos países europeos nos muestran una diferencia clara en el uso de ansiolíticos y sedantes entre hombres y mujeres^{10,11}, lo que nos puede estar indicando un sesgo de género en la prescripción de psicofármacos¹². Pero ¿qué dicen las mujeres tratadas con psicofármacos?, ¿qué sienten?, ¿cómo actúan? Éstas son algunas de las preguntas que hemos planteado en la investigación, parte de cuyos resultados presentamos aquí.

Material y métodos

Los resultados que presentamos a continuación son parciales, de una investigación llevada a cabo por un equipo multidisciplinar, que ha tenido por objetivo estudiar los factores sociales y culturales que influyen en la prescripción y uso de psicofármacos por parte de las mujeres en tres Comunidades Autónomas del Estado español^{13,14}. Se trata de un estudio descriptivo llevado a cabo durante los años 2001-2003. En él recogimos los discursos de médicos que los prescriben en la Atención Primaria y especializada, y de las mujeres que usan psicofármacos. El trabajo de campo se llevó a cabo en tres Comunidades Autónomas. En total hemos realizado 34 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de Atención Primaria y Psiquiatría, y 7 grupos de discusión con mujeres usuarias de estos fármacos.

Todas las participantes en los grupos eran mujeres que consumían o habían consumido psicofármacos por prescripción facultativa. Los grupos eran homogéneos en cuanto a la edad de las participantes. Se cons-

tuyeron: grupos de mujeres jóvenes compuestos por chicas entre los 18 y 25 años; grupos de mujeres de edad media, entre los 26 y 40 años, y grupos de mujeres mayores, aquellas que tenían más de 40 años en el momento de participar en la reunión. El resto de los criterios de diversidad entre las participantes del grupo se derivaban del análisis de la literatura y tenían que ver con la situación en el mercado laboral de las mujeres, el número de hijos o el cuidado de familiares dependientes.

Resultados

Nuestros análisis comparativos entre los datos de las tres Comunidades^{13,14} han mostrado diferencias de género en la forma de prescripción y uso de estos fármacos. A continuación vamos a centrarnos en el discurso de las mujeres andaluzas, preguntándonos ¿cómo perciben esta situación diferencial en el consumo de un tipo de fármaco las mujeres?, ¿qué asocian a su malestar?, y lo que es más importante de cara a la intervención sociosanitaria: ¿qué estrategias utilizan para enfrentar la medicalización de algunas de sus situaciones vitales?

Una parte importante de esta investigación se ha centrado en conocer cómo describen las mujeres consumidoras los signos y síntomas asociados a las principales patologías en las que se prescriben psicofármacos. Tenemos que hablar aquí del «malestar femenino»¹⁵, su correspondencia con la patología orgánica y psicológica y la medicalización de estos malestares. En este sentido, es importante comprender cómo la construcción de género atraviesa los discursos y genera estereotipos en torno a la forma de comunicación específica de las mujeres y con ellas las somatizaciones, los estilos de comunicación en torno a la salud o enfermedad y la facilidad de seguimiento en la prescripción.

Partimos de que el síntoma es expresión de un malestar individual que utiliza formas de un lenguaje social aceptado y adecuado.

En los discursos que hemos recogido el «malestar» se relaciona de manera estrecha con la construcción social del género, y lleva consigo asociados modos distintos de enfrentar el diagnóstico y el tratamiento de estados relacionados con situaciones vitales de las mujeres. En este sentido Teresa Ruiz¹⁶ define el sesgo de género en el tratamiento y diagnóstico clínico como «la diferencia en el tratamiento de varones y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras

para la salud de los mismos». Es un planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre varones y mujeres, en cuanto a su naturaleza, sus comportamientos y sus razonamientos que puede generar una conducta desigual y discriminatoria.

Las mujeres andaluzas objeto del estudio identifican su «malestar» con diferentes motivos y asocian el uso de psicofármacos a los malestares. Se observa una relación entre el momento del ciclo social vital y el consumo de estos fármacos.

Las mujeres más jóvenes, miembros de una generación que ha vivido cambios importantes en lo educativo, económico y social respecto de la generación de sus madres y abuelas, han podido acceder a la educación superior y tienen posibilidades en el mercado laboral y de control de sus relaciones afectivas, manifiestan en sus discursos que les faltan modelos de referencia. Los modelos de mujer que aprenden de las generaciones anteriores no son imitables o, al menos, generan contradicciones.

«Echando en falta un modelo ¿no? a lo mejor es una tontería, pero que el modelo que hemos tenido en nuestras madres... pero luego, lo que nos han enseñado que tenemos que ser, otra cosa totalmente diferente a nuestras madres, y ahí a lo mejor es donde pueden surgir problemas». (Andalucía, Grupo de mujeres jóvenes).

La falta de modelos se sitúa en un momento en el que aún no se ha producido una armonización entre la vida laboral y familiar, lo que provoca situaciones de conflicto, de sobrecarga de roles e indecisión respecto de los posibles caminos que se les abren, pero de manera desorganizada.

En el grupo de mujeres de edad media se encontraba un mayor número de mujeres casadas o con relaciones de pareja estables con varones. En este grupo no se pone en duda el consumo diferencial de psicofármacos entre los sexos y enuncian diversas causas. Para ellas, los varones expresan conflictos y malestares de forma diferente, se ven menos afectados sentimentalmente y, además, son tomados «más en serio» por el personal médico.

Sin embargo, entre las mujeres mayores aparece un discurso que trata de comprender los motivos de la diferencia en el consumo y consideran que los varones tienen una «mayor capacidad de queja», lo que favorece que no acumulen los conflictos:

«Sí, sí, y son muy quejicas. Los hombres son muy quejicas, eso sí, las mujeres somos más fuertes. Que por eso después nos sale lo que nos sale de tanto aguantar. Yo creo que también la realidad es que las mujeres, lo que ha dicho ella, aguantamos más». (Andalucía, Grupo de mujeres mayores).

Del mismo modo, estas mujeres participantes en los grupos han destacado la sobrecarga emocional que lleva consigo mantener la esfera privada de la familia y su soporte afectivo y su relación con el «malestar»:

«... la mujer lleva más el tirón de la casa. El marido por ejemplo, pues está trabajando. Viene, te da el dinero. Se pone allí a ver la tele. Si alguna vez hace algo, pues bueno, hay que agradecerse, no veas ¿no? Entonces, quiero decir, que el tirón de la casa lo lleva una y los problemas emocionales también». (Andalucía, Grupo de mujeres mayores).

Pero, ¿qué les produce ansiedad, estrés o depresión?, ¿qué significan estas palabras para los distintos grupos de mujeres?, ¿a qué las asocian?, ¿qué las provoca? En las mujeres jóvenes el discurso de las causas que originan la ansiedad es muy prolijo. Aparecen distintas atribuciones, que no son buscadas en causas externas o atribuidas a la incapacidad entre las propias mujeres. Una de las primeras que vemos es la necesidad de abarcar mucho, hacer muchas cosas, querer hacerlo todo con rapidez y la situación de miedo que se deriva ante la posible incapacidad. Éste es un extracto del discurso de las más jóvenes en el que lo explicaban así:

«Tienes tantas cosas que hacer y ves que es imposible y ya te entra la ansiedad y no... y no puedes hacerlas y, y, y no puedes hacerlo y entonces es la angustia de... puedo pero no llego». (Andalucía, Grupo de mujeres jóvenes).

Un factor importante en la articulación del discurso de las mujeres es una situación de lo que podríamos llamar «conflicto de roles» o de «inseguridad en cuanto a los roles asignados». Esta situación, si bien se puede observar en todos los grupos, es en el de las jóvenes en el que aparece con más claridad. Así se discutía en el grupo de mujeres jóvenes que llevamos a cabo en Granada:

«No sabemos si tenemos que ser amas de casa o... trabajadoras o no sé qué y ese... ese deseo de serlo todo desde perfeccionarse de... ese afán de perfeccionismo que muchas veces tenemos ¿no? y que no nos sale, nos va (...) también ¿no? y no sabes dónde situarte porque antes también la madre tenía muy claro que era criar a sus niños y... (...) y... y la casa y tal, y ahora pues... no saben, no saben...». (Andalucía, Grupo de mujeres jóvenes).

En general, son mujeres jóvenes trabajadoras que son independientes o quieren serlo. Esto las lleva a querer anticiparse a las situaciones que puedan ser problemáticas en su resolución. Además, no deben exteriorizarlas. En definitiva, son «hijas de su tiempo», en el sentido de que viven en sociedades com-

plejas, dinámicas y cambiantes que exigen flexibilidad y anticipación a los conflictos, pero que están socializadas en roles de género, donde la identidad femenina se fundamenta en la interiorización de los conflictos. Ellas sienten la experiencia del rol polifacético¹⁷. Son mujeres que han sido socializadas en un mundo contradictorio, en un mundo donde el conjunto de normas comunitarias son fundamentalmente masculinas, lo que las obliga a verse a sí mismas a través de los ojos de los varones. Esto tiene consecuencias, ya que perjudica su autoestima y las obliga a «sentirse menos que».

En el grupo de mujeres de edad media se argumenta que las causas del estrés hay que buscarlas en las responsabilidades y exigencias que les llegan de todos los ámbitos (familiares, sociales y laborales) junto a la soledad que perciben para poder afrontarlas. Esa sobrecarga de responsabilidades se asocia en sus discursos a «enfermedad»:

«A parte lo que te exige el mundo exterior, te exigen tus hijos, te exige tu familia, te exigen en el trabajo, te exigen que estés guapa, te exigen todo. Entonces llega un punto en que, si encima, eres *pelín* perfeccionista como aquí, servidora (risas), pues ya terrible, terrible». (Andalucía, Grupo de mujeres de edad media).

Si en el grupo de las jóvenes es importante en el discurso la construcción del cuerpo, en las mujeres de edad media encontramos una mayor referencia a situaciones concretas de discriminación como la doble jornada y la falta de espacio y tiempo propio:

«Yo hace mucho tiempo que no tengo un espacio para mí. No digo físico, que yo no pienso en mí, que siempre tengo que limpiar, que trabajar en la calle, que comprar, que cuidar a los niños, que cuidar a mi madre, que hacer no sé qué. Y yo digo, bueno la etapa... O la parte de madre súper completa, la parte de trabajadora maravillosa, y ¿la parte de mujer?». (Andalucía, Grupo de mujeres de edad media).

Entre las mujeres que han participado en estos grupos de discusión se expresa con mucha claridad la falta de un lugar propio donde expresarse. Son mujeres que experimentan la vida no como un mundo regido por sus intereses, sino como un lugar en el que equilibrar los diversos intereses de los distintos actores, y por ello, tratan de encontrar un espacio propio. Cuando a veces ellas deciden dedicarse un tiempo para sí aparecen los sentimientos de culpa, y de sentirse mal. Es un momento de contradicción en cuanto a la valoración social latente o manifiesta que reciben. Así lo explicaban en las discusiones que mantuvieron entre ellas:

«Yo me como mucho la cabeza y me siento muchas veces, culpable, simplemente con ir a la peluquería un... un par de horas, digo: “¡Uf! que voy a tener que dejar a los niños, ahora *para* arriba, *para* abajo”». (Andalucía, Grupo de mujeres de edad media).

Los sentimientos de culpa están ocasionados por la interiorización de la dominación, por el ejercicio de la violencia simbólica. Bourdieu nos dice a propósito: «el fundamento de la violencia simbólica no reside en las conciencias engañadas, sino en unas inclinaciones moldeadas por las estructuras de dominación que las producen»¹⁸.

En el grupo de discusión de mujeres mayores las causas del «malestar», que ellas denominan en muchos casos depresión, hay que buscarlas en otros motivos. Aparecen en sus discursos las separaciones matrimoniales o la situación de duelo como aspectos relacionados con su malestar. A los problemas conyugales se une lo que en el discurso médico se asocia a la «menopausia» y, en términos sociales, al abandono del hogar por parte de los hijos e hijas, el «nido vacío». En ocasiones, la situación de malestar puede estar asociada a situaciones conflictivas con ellos. Son situaciones complejas que se unen a la falta de expectativas laborales y a un desconocimiento para enfrentar cuidados personales:

«Yo creo que la sociedad también tiene parte del problema de lo que nos pasa. Porque eres mayor para que te contraten para trabajar. Y ahora, si hechas mano a arreglar una paga, pues resulta de que eres un poco joven y entonces no tienes enfermedades y tienes que, o sea, tienes que trabajar. Y ahí no te asiste nadie en ese problema... Yo siempre a cuidar de todo el mundo, de los hijos, del marido, de la madre, del padre. Pero ahora resulta que yo no sé cuidarme a mí. A mí no me han enseñado a cuidarme a mí. No me han enseñado a respetarme a mí, no me han enseñado a tener autoestima». (Andalucía, grupo de mujeres mayores).

En estos casos aparecen los síndromes que Silvia Turbert denomina el «síndrome del desamparo» y el de la impotencia o incapacidad. Estos síndromes se manifiestan por falta de fuerzas, por un sentimiento de inferioridad, que les lleva a las mujeres que lo padecen a una percepción desvalorizada de sí mismas. Pero también en los discursos de estas mujeres se manifiesta el síndrome de privación sensorial, que conlleva el aislamiento con lo que ocurre en el mundo exterior, la rutina y la falta de estímulos externos¹⁹.

Como parte de los discursos recogidos nos ha interesado conocer el recorrido por el sistema médico que

las mujeres participantes de los grupos utilizan para conseguir una medicación para la que necesitan receta médica. Uno de nuestros interrogantes es la relación que existe entre las estrategias de uso, autoconsumo y las características sociales de las entrevistadas. En el grupo de las mujeres jóvenes el consumo de psicofármacos se realiza mediante dos estrategias diferentes:

1. Autoconsumo. Es la estrategia de elección cuando sienten un malestar debido a situaciones concretas que no les afectan en su vida cotidiana.

«...pero antes si no es una cosa que no, no te impide llevar tu vida cotidiana o... puedes recurrir a alguna cosa de la automedicación o tal, o una amiga que te dice "esto o lo otro"». (Andalucía, grupo de mujeres jóvenes).

2. Prescripción del sistema médico. Recurren al sistema médico cuando consideran que el problema les afecta de forma grave en la vida cotidiana y sienten que no pueden resolverlo solas.

«Yo creo que uno va al médico cuando ya eh... eh... percibe que es un problema y le... más o menos le das... o le puedes dar un nombre o bien estás tan agobiada y es algo tan... tienes ese problema tan... que ya sí te decides a ir al médico, pero antes no...». (Andalucía, grupo de mujeres jóvenes).

Otra de las prácticas que aparece en el discurso, asociada al consumo de psicofármacos, es el abandono del consumo o lo que, como hemos visto, en el discurso médico se reconoce como «regulación». Ellas son las que deciden el momento de dejar de consumir o variar las dosis. Generalmente, no se produce una pauta de consumo mantenida en el tiempo según la prescripción, sino que es una práctica a la que llegan en la mayoría de los casos, como hemos visto, después de la automedicación y que el sistema sanitario mantiene. Del mismo modo, son ellas las que deciden el momento de abandonarla. En estos casos la medicación que les queda en sus casas les sirve para que en otros momentos o circunstancias puedan iniciar el autoconsumo, cuando las pastillas se les terminan recurren a las amistades o familia, y en el caso de no conseguir recurren de nuevo al Sistema Sanitario; en la mayoría de las veces son ellas las que orientan la medicación:

«No eso es, por ejemplo, al principio de... estás nerviosa, te pasa algo y te... y te dan algo, pero entonces, tú cuando te ves que... que... sigues estando mal y tal, entonces, yo he ido al médico y entonces el médico me lo ha recetado... la primera vez es una cosa localizada y entonces tú una segunda vez tienes el según... los mismos síntomas, te duele igual, con la misma in-

tensidad y entonces si te ha sobrado de la otra vez pues directamente pues te lo tomas.

Que no te ha sobrado, empiezas a preguntar a ver si alguien tiene... y si tiene te lo pasa y te automedicas con eso, claro. Y si... no, pues hace falta receta como fui la otra vez. Ah, pues si no, te vas a tu médico de cabecera o a urgencias directamente y le dices "oye, que quiero esto", entonces el médico se pone mosqueado ¿no? y entonces ahí... yo cuando fui sí me, sí me puso lo que yo quería, yo quería trankimazin que era lo que había tenido la vez anterior y me iba a dar otra cosa y dije "no, mire usted, es que yo estoy ya con el trankimazin y probé" y me puso trankimazin». (Andalucía, grupo de mujeres jóvenes).

En los discursos de las mujeres de edad media aparecen distintas estrategias que les sirven para afrontar sus malestares y que tienen que ver con el buscar caminos para conformarse, también afrontar el momento frenando y dejando que pase, o simplemente, dejándose llevar. Estas estrategias de afrontamiento en ocasiones no son eficaces y recurren al médico. En estos casos todas comparten la misma sensación, los prescriptores recetan psicofármacos ante un problema relacional, echan en falta una mayor implicación de los profesionales en la comprensión de las situaciones y de las circunstancias que han generado el problema.

«Y vas al médico y le cuentas cuatro o cinco cosas, y lo primero que hace es soltarte un relajante. Eso sí es verdad (risas de las otras). Para cualquier problema te meten un... un lexatín. Exactamente. O un eso... o cualquier relajante, o cualquier relajante muscular. Mire usted: "yo tengo este problema porque tengo mis niños, porque..." ¡Plun! Un relajante...». (Andalucía, grupo de mujeres de edad media).

Dejar los psicofármacos después del tratamiento requiere adoptar de nuevo una estrategia, como ir bajando las dosis para que el cuerpo se acostumbre a la nueva situación. Además, las mujeres sienten que estas sustancias les producen habituación, lo que les lleva a situaciones de consumo mantenido para evitar los efectos secundarios que les provocan:

«El cuerpo crea dependencia... Exactamente, cuanto más tiempo llevas, es más difícil desengancharte. Ahora que te encuentras bien, no te las tomas. Pues como si te tomas una aspirina. No pasa nada. Pero, encima, yo no sé lo que llevará eso, que es muy difícil de quitarlas, sabes, aunque te encuentres bien». (Andalucía, grupo de mujeres de edad media).

Algunas de las mujeres con las que hemos estado perciben una falta de control y, sobre todo, sienten que la prescripción de psicofármacos es recurso uti-

lizado para acallar los síntomas que les provocan los desempeños de roles asociados a su sexo. Se produce así un círculo difícil de romper que se inicia como consecuencia del desempeño de roles no satisfactorios y situaciones sociales que les generan malestar o insatisfacción. En esta situación se produce la entrada al sistema sanitario que las acoge y les receta psicofármacos, como hemos podido ver en el discurso de los profesionales. La utilidad y la eficacia de las sustancias las lleva a continuar el consumo y a iniciar el autoconsumo en algunos casos. El autoconsumo de psicofármacos no es práctica mantenida por todas las participantes. En este caso el discurso aparece fragmentado, algunas participantes reconocen el autoconsumo, otras no lo llevan a efecto nunca.

Las participantes que recurren al autoconsumo las consideran sustancias que las ayudan a afrontar las situaciones que les generan conflictos y no quieren o no pueden abordarlas. Recurren a los psicofármacos para tranquilizarse y/o para olvidarse de la situación y así poder descansar:

«...Me lo tomo sin lugar a dudas cuando yo lo considero oportuno, o me parece bien. No, no... Para, dormir, sí. Me lo suelo tomar cuando estoy así en situaciones un poquillo más angustiadas, ¿no? Me lo tomo, medio Trankimazin, es decir, pero no... Y durante el día, pues, cuando realmente me veo que estoy desbordándome o que estoy perdiendo los papeles pues me tomo medio». (Andalucía, grupo de mujeres de edad media).

Conclusiones

Es probable que distintos elementos del contexto que forman la construcción de género influyan en la forma en que las mujeres acceden y consumen sustancias psicoactivas. El contexto social en el que las mujeres usan drogas refleja diferencias de género en la forma de consumir y en las consecuencias que tiene consumir para ellas cuando las comparamos con los varones. La información epidemiológica muestra la incorporación de las mujeres a unos usos u otros de drogas a lo largo del tiempo. Sin embargo, este es un modelo de conocimiento que expresa poco acerca de los motivos y las creencias que llevan a las mujeres a usar unas sustancias y no otras, y a diferenciarse de los varones en las formas de consumo. En este sentido creemos que es un paradigma «invisible» de los malestares que expresan las mujeres.

Al centrarnos en los elementos que favorecen el uso de determinadas sustancias psicoactivas como los psicofármacos, observamos una relación entre los discursos de las mujeres, el momento del ciclo vital social en el que se encuentran y el proceso de socialización de género. Por razones de índole cultural, las mujeres están más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades y a buscar atención a sus malestares. Ellas consultan más por trastornos depresivos, ansiedad, y los varones por mayor abuso de sustancias y trastornos antisociales de personalidad. En este sentido, creemos que estas consultas pueden ser formas de responder al estrés que reflejan las diferentes expectativas sociales asociadas al sexo.

Una vez en la consulta las formas de expresión y transmisión de los síntomas son distintos entre varones y mujeres, lo que se ha llamado la semiología de las mujeres. Las mujeres tienden más a comunicar verbalmente y expresar su malestar a través de conductas como el llanto, quejas de tristeza y depresión²⁰. Sin embargo, los varones demuestran el malestar en irritabilidad e indecisión, síntomas estos que los médicos no identifican como signos de un malestar, por lo que tienden a infradiagnosticar e infraprescribir a los varones y sobrediagnosticar y sobreprescribir a las mujeres.

Creemos que el género es un elemento central para comprender la prescripción diferencial de este tipo de fármacos hacia las mujeres. Como construcción social y cultural permite comprender e interpretar las diferencias en morbilidad psiquiátrica y la influencia del sexo en la relación médico-paciente. Nuestros datos muestran que los discursos de las usuarias ofrecen información relevante, que deberían ser profundizados en investigaciones futuras que avancen en la comprensión de la vivencia del malestar y los procesos de medicalización en las mujeres.

Agradecimientos

Los resultados que se presentan en este artículo son parte de una investigación llevada a cabo en Andalucía en el marco de un estudio financiado por la Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. N/REF RS/MS. Convocatoria I+D+I. Expte.64/01, cuyo título es *Mujeres y prescripción de psicofármacos. Un estudio comparativo en tres Comunidades Autónomas*. El equipo de investigación en las Comunidades Autónomas ha sido en Andalucía: N. Romo Avilés y E. Gil García; País Vasco: M. Poo, I. Márquez y A. Vega; Madrid: C. Meneses.

Romo Avilés N et al. Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar

Bibliografía

1. Artacoz L, García MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. Barcelona: SESPAS; 2004.
2. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996.
3. Etorre E, Riska E. Psychotropics, sociology and women: Are the 'Halcyon Days' of the 'Malestream' Over? *Soc Health Ill.* 1993;15:503-24.
4. Etorre E, Wilkinson S, Kitzinger C. Mujer y salud. Una perspectiva feminista. Barcelona: Paidós; 1996.
5. Ortiz Gómez T. Feminismo. Ciencias Naturales y biomédica: Debates, encuentros y desencuentros. *La Aljaba. Revistas de Estudios de la Mujer.* 1999; 4:11-30.
6. Cobo Bedia R. Género y teoría social. *RIS.* 2000;25:5-20.
7. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias. 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>
8. EDIS. El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
9. Observatorio Español sobre Drogas. Encuesta domiciliar sobre abuso de drogas. 2003. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>
10. Kandall SR. The history of drug abuse and women in the United States. En: Wetherington CL, Roman AB, editores. *Drug Addiction research and the health of women.* U.S. New York: Guilford Press; 1998.
11. Ashton H. Psychotropic-drug prescribing for women. *BMJ Psych.* 1991;158:30-5.
12. Moreno Luna ME, Clemente Lirola E, Piñero Acin MJ, Martínez Matías MR, Alonso Gómez F. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria.* 2000;26:554-8.
13. Romo Avilés N, Vega A, Meneses C, Gil García E, Markez I, Poo M. Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Rev Esp Drogodependencias.* 2003;28:372-80.
14. Gil García E, Romo Avilés N, Poo M, Meneses C, Markez I, Vega A. Género y psicofármacos. La opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria.* 2004;5:402-8.
15. Burin M. Género y psicoanálisis: subjetividades femeninas vulnerables. En: Burin M, Dio Bleichmar E, editores. *Género, psicoanálisis y subjetividad.* Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 61-79.
16. Ruiz Cantero T. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la comunidad. En: Miqueo C, Tomás C, Tejero C, Barral MJ, Fernández T, Yago T, editores. *Perspectivas de género en salud.* Madrid: Minerva; 2001. p. 163-78.
17. Smith D. *Texts, facts and femininity: exploring the relations of ruling.* London: Routledge; 1990.
18. Bourdieu P. *La dominación masculina.* Barcelona: Anagrama; 2000.
19. Tubert S. *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología.* Madrid: Siglo XXI; 1991.
20. Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. *Med Care.* 1989;27:478-90.

ÁREA DE EDUCACIÓN, PREVENCIÓN Y SERVICIOS ASISTENCIALES

Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica

C. MENESES FALCÓN

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

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

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

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

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

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

PALABRAS CLAVE: mujer, heroína, tratamiento, género.

Woman and opiates use: a specific fact

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

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

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

Correspondencia:

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

Recibido: 23-01-2006.

Aceptado para su publicación: 17-07-2006.

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

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

KEY WORDS: women, heroin, treatment, gender.

Introducción

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

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

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

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

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

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

Prevalencia de la heroínomanía entre las mujeres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Material y métodos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados y discusión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estereotipos hacia las mujeres drogodependientes y sesgos de género

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Iniciación en el consumo de opiáceos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

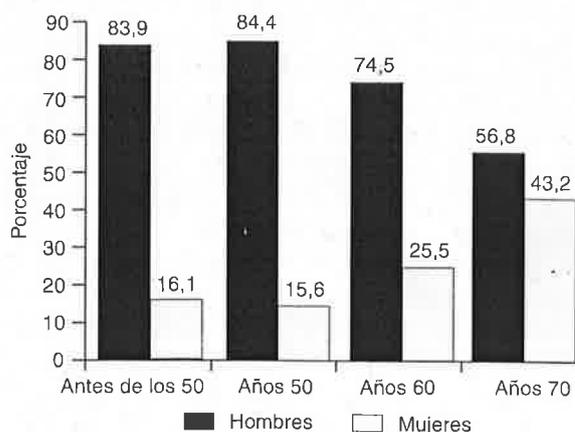


Figura 1. Década de nacimiento y sexo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Continuidad en el consumo de drogas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aspectos relacionados con el tratamiento de drogodependencias en las mujeres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

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

Meneses Falcón C. Mujeres y consumo de opiáceos: una realidad específica

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

