

EL DOBLE ESTIGMA DE LA MUJER CONSUMIDORA DE DROGAS: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE UN GRUPO DE AUTO APOYO DE MUJERES CON PROBLEMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS¹

The double stigma of a female drug addict: a qualitative study of a support group of women substance abusers

ANTONI LLORT SUÁREZ², SARA FERRANDO ESQUERRÉ², TRE BORRÁS CABACÉS²,
IMMA PURROY ARITZETA³

Resumen

Los estudios sobre género y drogas han sido un campo de la investigación en salud poco desarrollado y difundido y en el que se ha trabajado poco hasta el momento. El texto que se presenta aquí pretende mostrar la investigación desde la perspectiva antropológica sobre un Grupo de Auto Apoyo entre mujeres drogodependientes, visibilizando mediante técnicas cualitativas aspectos biográficos y de relación con las sustancias que permiten señalar diferencias y desigualdades de género en relación a la atención a la salud.

La investigación cualitativa aplicada se ha centrado en el conocimiento de aspectos y significaciones sobre los procesos de salud/enfermedad/atención y consumo de drogas, la búsqueda de elementos que permitan evaluar y mejorar el funcionamiento del propio grupo y por último aspectos específicos desde la perspectiva de género. Para ello se han realizado 8 entrevistas semi estructuradas en profundidad y 2 entrevistas grupales. Algunos de los principales resultados han sido que los factores socio estructurales son tanto o más influyentes en el problema del consumo de sustancias psicoactivas que las propias sustancias o la características individuales de las usuarias, siendo la confluencia de los tres factores el punto de partida de nuestro trabajo. La constatación del doble estigma; uno por romper los roles tradicionales de género y el otro por ser consumidoras de drogas ilegales, la gran influencia de las relaciones con parejas masculinas vinculadas al consumo problemático y la constatación de que los Grupos de Apoyo pueden introducir mejoras importantes en la calidad de vida de las participantes, son algunos de los resultados más destacados.

Palabras clave: drogas, género, desigualdad, Grupo de Apoyo, empoderamiento, investigación cualitativa.

Summary

The main objective of this paper is to present the methodology and first results of a qualitative ethnographic research, applied to a support group of women who use a Service for Drug Dependence and Abuse providing the experience obtained from the dynamic relationship between social intervention and the study of gender and drug use. Eight semi-structured interviews of 25 participants, and two focus groups focused on the gender relationship have been the study sample. The qualitative study has focused on the knowledge of aspects related to the biographical itinerary, implications on health and drug use, search for elements to improve the functioning of the group and specific issues from the perspective of gender. Social and structural factors are more or equally influential on the problem of psychoactive substance abuse than themselves or an individual's characteristics which led to the confluence of these three factors and the starting point of our work. The realization of a double stigma of being a woman and a drug user, the great influence of male relationships related with problematic consumption and the discovery that support groups can make significant improvements in the quality of life of participants, are some of the most important results.

Keywords: drugs, gender, inequality, support group, empowerment, qualitative research.

Recibido: 14/07/2012

Aceptado: 16/09/2013

Publicado: 05/11/2013

1. En 2008-2009 Premio Federica Montseny (Ajuntament de Reus). Trabajo no publicado. Actualización y nuevo trabajo de campo, redacción y análisis: 2010-2012. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Pla d'Accions sobre drogues de Reus.
2. Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Drogodependències). Pla d'Accions sobre drogues de Reus. Responsable de la correspondencia: Antoni Llort Suárez. Dir: Av. Josep Laporte 2 CP43204 (Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Drogodependències. Pla d'Accions sobre Drogues de Reus. Tlf : 651874836 allort@grupsagessa.com
3. Universitat Oberta de Catalunya (UOC).

Introducción

Considerando la salud en su significación más amplia queremos señalar en primera instancia que los procesos relacionados con su atención no sólo son aquellas prácticas terapéuticas que ocurren mayoritariamente en el escenario de una consulta o en un determinado contexto médico, sino que también lo son algunos elementos culturales de referencia, procesos de información y toma de decisiones, de diagnóstico y pronóstico, rehabilitación, prevención y promoción de la salud que nos proporcionan un sentido más amplio de lo que es la atención a la salud. (Haro, 2000:103).

Este tipo de prácticas, proporcionan alternativas o complementariedades a determinadas problemáticas que no pueden ser solventadas en el ámbito de la medicina convencional. Será pues en este espacio entre la auto-atención doméstica (círculos de relación primaria) y los recursos asistenciales propiamente dichos donde situaremos los Grupos de Auto Apoyo a nivel conceptual. Al mismo tiempo este enfoque nos permitirá contextualizar el análisis de su función a través de la experiencia de las participantes de nuestro grupo en cuestión, llamado «Taller de mujeres».

En la actualidad los estudios sobre las desigualdades de género en el área de la salud son un campo en expansión, cada vez resultan más imprescindibles por su necesaria proyección sobre otros ámbitos de estudio como: la accesibilidad a recursos, la diversidad cultural o las desigualdades sociales sin perder de vista la necesidad de interconectarlos. Hasta el momento la gran mayoría de enfoques de las ciencias sociales y estudios epidemiológicos sobre aspectos de salud se han centrado y concebido desde una mirada androcéntrica según Esteban (2006). Un androcentrismo que según la autora –desde una perspectiva antropológica y feminista– se ha reflejado en el plano teórico, en una utilización concreta de conceptos (hogar, familia, parentesco, maternidad, sexualidad, reproducción / producción, doméstico / público) atribuyéndolos a un determinado rol de género. Esto ha implicado una relación jerárquica de diferentes realidades y ha legitimado las desigualdades entre grupos, provocando la supervisibilización de los roles reproductivos de las mujeres y la invisibilización de sus roles de productividad en la esfera pública (Esteban, 2006:11), como por ejemplo el campo del desarrollo profesional, la economía, la política, la cultura, la religión, etc.

Incluir la perspectiva de género en los estudios sobre los usos de drogas supone añadir a los modelos epidemiológicos basados en las diferencias clásicas de sexo, la comprensión de la situación de las mujeres desde los mismos contextos en los que usan y abusan de determinadas drogas (Romo, 2006:244), aportando elementos descriptivos para profundizar en el cómo

y el porqué determinados procesos se convierten en discriminatorios o determinadas situaciones en desventajosas, con el objetivo de poder cambiar realidades sociales culturalmente perpetuadas que favorecen que esto ocurra, una de las más importantes son las que contribuyen a sustentar la imagen de la consumidora de drogas como la madre que daña a sus bebés, «las malas madres» (Romo, 2004: 72).

Así pues las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad (Romo, 2005:73) y son a la vez objeto de doble penalización moral y social (Martínez, 2009:49) por la misma trasgresión doble.

Desde este punto de partida se ha enfocado el trabajo con el grupo «Taller de mujeres», inspirándose en los principios de la educación entre pares y los Grupos de Ayuda Mutua, los cuales incluso la OMS planteó como una estrategia válida para dar relevancia a un enfoque más social de la salud, ya que vio en ellos, valores y habilidades que es necesario aprovechar para que las personas se auto responsabilicen de sus problemas y los confronten con mayor autonomía (Borràs et al., 2000:23). A sabiendas de las confusiones e imprecisiones sobre la definición y la utilización de los conceptos Grupos de Ayuda Mutua, Grupos de Apoyo, Autoapoyo, Asociaciones de Salud, entre otros, y su compleja y delicada asociación a los términos que la antropología denomina de redistribución y reciprocidad (Canals, 2000), se ha optado por el término Grupo de Apoyo (GA) para definir al «Taller de Mujeres».

Así pues en este estudio el concepto género se convierte en una mirada metodológica, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia y acercarnos y describir situaciones de desigualdad de poder y de accesibilidad a los recursos. Se nos presenta la necesidad según Juliano (2002) de analizar la dicotómica construcción social de los roles asignados a hombres y mujeres y sus consecuencias de discriminación económicas, sociales y de salud.

Entenderemos también que la intervención social, fundamentada en el método científico, se encamina a la resolución de problemas sociales originados la mayoría por una distribución desigual de los recursos materiales y psicológicos (Zimmerman, 2000, en Buelga, 2007:156). Apoyaremos al mismo tiempo nuestra postura ideológica con las teorías contemporáneas del trabajo social crítico que permiten dar prioridad a la estructura social en el análisis del problema del consumo de drogas y despatologizar a los individuos, buscando también el origen de los problemas en la fuerzas u opresiones de tipo social y no sólo en los progresivos enfoques biologicistas (diagnóstico/medicalización) del abordaje de problemas sociales y de salud (Pons, 2012).

Las mujeres participantes en el «Taller de Mujeres» que son al mismo tiempo usuarias del Servicio de Drogodependencias HUSJ⁴ y del Centro de Acogida La Illeta, presentaban demandas derivadas de una larga trayectoria de consumo y policonsumo de sustancias psicoactivas. Además de un contacto limitado o inestable con los servicios sociosanitarios, también presentan un largo etcétera de problemas de salud, poca adherencia a los procesos de tratamiento, gran disponibilidad de tiempo libre y desvinculación de la realidad sociolaboral, contacto limitado o inexistente con las familias, pérdida de las funciones tutelares de sus hijos/as, maltrato o abusos sexuales, dificultad para acceder a recursos formativos, lúdicos o laborales, confluencia con otros problemas asociados a su estilo de vida, problemas judiciales, económicos, de vivienda, y sobre todo una realidad caracterizada por dificultades y por carencias.

En este sentido, O'Mara (2013), señala cómo las mujeres que entran en contacto con centros de tratamiento o rehabilitación tienen pocas oportunidades que se les reconozca como personas individuales con una historia a contar; su experimentación con las sustancias o sus experiencias más íntimas relacionadas con el consumo, como las de expansión de conciencia o incluso encontrar maneras de continuar consumiendo de una manera más segura y moderada son frecuentemente negadas como objeto de discusión ni tratadas como parte de su itinerario terapéutico.

Así pues, el objetivo de esta investigación es la de dar voz a las mujeres participantes del grupo, visibilizando aquellos aspectos biográficos comunes, críticos e importantes, para identificarlos y trabajarlos en el grupo propiciando los cambios necesarios dentro de esta estructura en relación a las desigualdades establecidas en relación al uso de sustancias psicoactivas, la perspectiva de género y la atención a los problemas derivados.

Material y método

La metodología utilizada en esta investigación es la etnográfico-cualitativa. Se han realizado entrevistas individuales semiestructuradas a 8 de las 25 personas que han participado en el grupo y 2 entrevistas grupales (semiestructuradas), de 6 y 8 participantes respectivamente. Cabe señalar aquí que del total de 25 participantes sólo 10 personas han mantenido una relación y asistencia constante con el grupo. Las demás han mantenido un contacto puntual o

4. El Servicio de Drogodependencias del Hospital Universitario Sant Joan de Reus, es el centro coordinador del Pla d'Accions sobre drogues de Reus, del cual el Centro de Actividades y Acogida La Illeta forma parte. www.infodroguesreus.com

esporádico al mismo, debido la mayoría de las veces a la difícil situación personal y de consumo que disminuye la adherencia a los servicios asistenciales convencionales y a los tratamientos de manera drástica.

Las entrevistas individuales se realizaron siguiendo un guión que responde a la secuencia vital, desde su inicio de consumo hasta su llegada y participación en el grupo. Se ha puesto especial énfasis en los siguientes fases: **Etapas de inicio de consumo**, profundizando en las circunstancias y en el contexto, el tipo de sustancias y la vía de consumo, las condiciones, las expectativas, los efectos esperados y percibidos, las creencias alrededor del consumo y la percepción de riesgos. Sobre su *modus vivendi*, se ha intentado recoger cuáles fueron las principales actividades profesionales o alternativas para sustentar el consumo y/o ganarse la vida, tipo de vivienda y núcleo de convivencia, estilo de vida y gestión de la salud/enfermedad, recursos utilizados, gestión del tiempo libre. El tipo de **relación con las sustancias predominantes** de largo recorrido, fijándonos en aspectos como la gestión de la adicción: síndromes de abstinencia, sobredosis, modo de adquisición de la sustancia, evolución del consumo, vías de consumo, efectos positivos y negativos, consecuencias no deseadas, riesgos observados y/o daños percibidos. El **sistema relacional**, observando aspectos evolutivos de relación familiar, ascendente y descendente, redes de amistades, vecinales y comunitarias, relaciones sentimentales, maternidad en sus diferentes etapas relacionadas con los distintos itinerarios de consumo. El **acceso a servicios de tratamiento y atención a la salud** (básicos y especializados), adherencia a los mismos, percepción de accesibilidad y asistibilidad, descripción de los tratamientos, percepción de su efectividad, percepción y significaciones sobre el concepto de salud/enfermedad/consumo de drogas, experiencias y prácticas de auto cuidado y reducción de riesgos y daños. Y por último se han recogido sus **vivencias y experiencias en relación a su participación en el grupo** de Auto Apoyo; expectativas y consideraciones previas a su integración en el grupo, evaluación de su dinámica y actividades, percepción de utilidad y beneficio personal, valoraciones sobre la convivencia entre pares y sus interrelaciones, aspectos negativos y positivos en relación a su continuidad y propuestas de mejora.

Las entrevistas individuales se realizaron durante 2011 y 2012, en el Centro de Acogida y Actividades La Illeta y en el Servicio de Drogodependencias, garantizando un ambiente reservado, aislado y calmado, realizando dos sesiones de hora y media para cada participante. Las entrevistas individuales fueron realizadas por un antropólogo adjunto del Servicio de Drogodependencias.

Las 2 entrevistas grupales, se llevaron a cabo durante 2012, con 4 meses de diferencia una de la otra con 6 y 8 participantes respectivamente y todas ellas

también fueron entrevistadas individualmente, posterior o anteriormente. En este caso el trabajo de grupo se centró en la discusión sobre las diferencias de rol de género en los aspectos cotidianos de la vida, el consumo de drogas, la gestión de la salud y la enfermedad (auto atención, acceso y utilización de recursos) y las percepciones sobre el mismo grupo. En todo momento se ha garantizado la confidencialidad de los datos, así como que los mismos puedan utilizarse en algún momento para fines de investigación y docencia, tal y como se acuerda en un documento del Servicio para firmar su consentimiento.

Se ha utilizado también el diario de seguimiento del grupo por parte de la educadora social, quién registra el tipo de actividades, la participación y realiza un análisis para el seguimiento de la evolución del grupo, los acontecimientos y conflictos importantes, para la redacción de los resultados.

Posteriormente se ha procedido al análisis de los datos recogidos, asumiendo una perspectiva hermenéutico-comprensiva reconociendo a ésta como una importante tradición de carácter cualitativo de las ciencias sociales que busca la comprensión del sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida (fenomenología) y de la perspectiva de los participantes (Grup Igia, 2012). Se ha intentando entrelazar la teórica y el documento biográfico empírico, con el objetivo de llegar al núcleo y hacer emerger las «áreas problemáticas»; éstas expuestas naturalmente más a menudo en términos de percepción individual, se asocian a consecuencias de los determinantes del contexto histórico-económico-cultural, de forma tal que evidencian el entrecruzamiento dialéctico –o de «reciprocidad condicionante»– entre individuo, cultura y momento o fase histórica. Lo que significa, tomando en cuenta las historias de vida, el aprehender el nexo entre texto, contexto e intertexto (Ferreroti, 2007).

Resultados

Modus vivendi o los diferentes estilos de vida e itinerarios biográficos han llevado a las entrevistadas a realizar trabajos de todo tipo para sobrevivir en condiciones adversas, algunas realizando trabajo sexual, tráfico de drogas y otros tal y como hemos apuntado en el capítulo introductorio, relacionados con el mundo del hogar y el cuidado de los demás, evidenciando la perpetuación del rol social de «cuidadoras» que se sigue asignando de manera naturalizada a la mujer y aún más, en los casos donde las participantes han tenido responsabilidades familiares, la sobrecarga de funciones se ve agravada por el consumo de sustancias:

He trabajado de camarera, cuidando niños, ancianos... pero cuando tenía momentos que veía que me hacía falta el dinero, pues iba a hacerlo (trabajo sexual)...

Ahora hace un año que no lo hago, me hace falta pero no lo hago... (...) Es porque me hacía falta si no, no lo haría... yo quiero mucho a mi pareja. (P-1)

Al tiempo nos propusieron hacer de burras e hicimos de burras un tiempo. Sí, él también traficaba con coca y chocolate y yo hacía viajes a Amsterdam. Iba y volvía. Yo probaba el material y si el material no nos gustaba, pues no lo bajábamos. (P-3)

El inicio de las relaciones con las diferentes sustancias de consumo son tan diversas como participantes del grupo existen, los principales motivos pueden ser: la simple experimentación, la influencia de las diferentes parejas, la situación de desestructuración social, de sentimiento de soledad y/o abandono o la búsqueda de evasión o supervivencia delante de los problemas y abusos, entre otros muchos, dándose muchas veces simultáneamente:

Total, que yo pregunto qué era eso y me dijeron: ahora lo veras que lo probarás, y yo: «no, no, que yo paso de historias de lo mismo». Pero al final, con la tontería, lo terminé probando. (P-2)

Con 15 años tomaba hachís, con 18 empecé con la cocaína, luego entre en prisión y allí ya conocí todo... heroína, pastillas, todo lo que no conocía lo acabé de conocer. Cuando salí me enganche a la heroína, primero fue heroína vía nasal, esnifada y después ya pasé a la inyectada... primero era heroína sola y luego ya heroína con cocaína. (P-5)

Las primeras drogas fueron pastillas y alcohol a los 14-15 años. Iba al instituto (...) Empecé a probar la heroína a los 24 o 25 años. A los 8 o 9 años mis primos me violaban, cuando me dejaron estar, empecé el Instituto pero no me lo podía quitar de la cabeza. Yo quería ser una persona normal pero no podía y empecé a doparme un poquito para tener relaciones normales, relaciones sin presiones. (P-4)

Ni las expectativas del consumo, ni los efectos percibidos tanto positivos como negativos representan lo mismo en cada caso, son los aspectos y momentos biográficos propios de cada participante, la configuración de su entorno, los que **significan los usos, instrumentalizaciones y relaciones distintas con las sustancias**. Este hecho reafirma la tesis de que no es el consumo de sustancias en sí el factor problematizante al que atender únicamente, sino el conjunto configurado por persona (mujer), contexto y sustancia:

Empecé con el vino blanco, que al principio me tomaba todo de golpe porque no me gustaba... Pero como yo soy también un poco tímida y mi marido era muy extrovertido... pues noté que la bebida me desinhibía, que me ponía más eufórica... (P-6).

Lo mezclas todo, todo junto. La coca y el caballo. Primero la coca te sube y sientes excitación y después el caballo te relaja, te sientes muy bien. La verdad es que te sientes muy bien. (P-3).

Salíamos con el coche a fumar ellos empezaban a charlar y yo iba a la naturaleza, a coger espárragos. Con el tiempo los efectos de la heroína fueron cambiando, empecé a usarlos porque estaba más preocupada. (P-4).

Las diferentes relaciones de pareja que aparecen en los relatos de las participantes tienen un peso importantísimo en el desarrollo de las historias presentadas tal y como íbamos apuntando, también en el consumo de drogas. En todos los casos y casi como una constante, el consumo problemático de sustancias y la relación o diferentes relaciones de pareja y la relación con los hijos asociadas con estos consumos son dos factores difíciles de separar, los cuales no podemos entender o intentar explicar individualmente:

Yo empecé a consumir con este último chico (...) Claro, no tenía nada, dependía de él. Me hizo dependiente de él con la historia de la coca. Bueno, a ver, yo cuando me fui a vivir con él ya no tenía dinero y mi madre ya se había quedado con mis hijos. Entonces yo entré a vivir con éste, que vivía con tres moros más, que uno vendía chocolate, el otro hacía las bases dobles... ¡Madre mía!. (P-2).

Nos casamos, él fumaba porros, tomaba cervezas, cocaína, esto todo él, yo nada, sólo fumaba cigarros (...) Al final entre él y yo las cosas empezaron a ir mal (...) Y así pues todas estas cosas junto con el sacrificio de la tienda, termine bebiendo hasta Martini... de todo. (P-6)

Con la primera pareja yo siempre estaba cerrada en casa, el que se iba de fiesta era él y a mí eso me frustraba. Yo le esperaba a la hora en el balcón y lo veía pasar con el coche con la gente, de fiesta, debajo de mi casa. (P-4)

La búsqueda y llegada a los servicios de tratamiento con el objetivo de dejar el consumo es un punto de inflexión común en el itinerario biográfico de todas las entrevistadas, podemos apreciar en la mayoría de las participantes resistencias, que explicarían en muchos de los casos la menor presencia de la mujer en los centros de tratamiento. Resistencias que tienen mucho que ver con la gran capacidad de defenderse con los recursos personales propios y otras que tienen que ver con el tipo de control social ejercido sobre las mujeres. La recurrente aparición de la figura/rol de madre, no por casualidad, en muchas de las participantes en el momento de toma de decisiones en relación a acudir a un centro de tratamiento, no deja de ser otro ejemplo de distribución de roles de género:

Porque yo cuando me separé de mi marido fui a vivir con mi madre, y mi madre no es de beber y en su casa no se puede beber. Entonces yo iba al bar y como que bebía poco me entraba la ansiedad... Entonces llegaba a casa y hacía dos vasitos de vino, mi madre se dio cuenta y me dijo que aquello no podía ser, que yo tenía un problema y por eso me hizo ir al médico. (P-6).

Cuando mi madre se enteró...pobrecita me acuerdo que se ponía las manos en la cabeza y me decía:¡esto es ruina!,¡esto es ruina!, y yo le decía, mama que no pasa nada, que yo no estoy enganchada...que lo dejo, lo típico, ya verás que mañana me quedo en casa ya verás...y al día siguiente estaba yo pegando unos botes que pa qué... y entonces fue cuando empecé a venir al CAS y a tomar metadona...pero fue ahí que conocí a toda esa «troupe» y fue cuando empecé a tomar metadona...de Guatemala a Guatepeor, y seguía inyectándome y consumiendo metadona y ya fue cuando me metieron presa.... (P-5).

Las diferentes percepciones de salud en relación al uso de sustancias psicoactivas es un punto muy interesante para entender la función del «Taller de mujeres», veremos pues como se aprecia y se significa el proceso de salud / enfermedad desde la perspectiva de género, en personas con itinerarios vitales marcados por el consumo de sustancias, fuertes adversidades sociales y presencia de enfermedades relacionadas:

Yo si estoy enferma, me quejo un rato...me tomo una pastilla o algo me hecho en la cama y ya está...pero el hombre está todo el rato quejándose, todo el rato... las mujeres somos más fuertes que el hombre en muchos sentidos, no en la mano, mucho más fuertes que el hombre y más desarrollo, porque tiene la casa, tiene la compra, tiene crios, tiene que atenderse a ella, a él... (P-8). Entrevista grupal (1)

Yo creo que a veces tendríamos que aprender a saber estar solas, en los momentos de ansiedad, saber gestionarnos, autoabastecernos sin necesidad de nadie que te diga, tu por aquí, tu por allá...que somos mujeres pero...te puedes tener a ti misma (...) Porque una cosa es la medicina y lo psíquico y otra es equilibrar más lo psíquico y lo físico, porque ya tienes que desplazarte, salir de casa, el valor de la autoestima, arreglarte, de ir presentable, a gusto contigo misma, sentirte bien...y las mujeres aprendemos unas de las otras y cuando no sabes, pues preguntas... (P-7) Entrevista grupal (1)

Una persona enferma es la que no deja de estar... cuando pasan unos años... si tienes un poco de aquí, te das cuenta que no llegas a ningún lado. Hay que ir por el camino recto...Qué un día te compras medio gramo de coca... un decir... pues bueno... te haces tres o cuatro rayitas y ¡ale! A principio de mes, cuando cobras, que vas un poco más suelta... No te digo todos los meses... porque me salen las facturas por las orejas, pero bueno... con un poco de conocimiento...ya está bien. Yo a veces también, cuando puedo, me hago un par o tres de rayitas (P-3). Entrevista grupal (1)

Las distintas percepciones sobre la participación en el grupo y los posibles beneficios asociados, son apreciaciones que ayudan a autoevaluar al grupo:

El primer día que fui a la reunión tenía taquicardia, yo no salía de casa, pero al final el Taller ha sido una herramienta más para aprender a moverme por ahí... ha sido una base. (P-7) Entrevista grupal (2)

*A veces te sientes como una mierda y esto aún te hace recaer todavía más (...)
Y dices... ¡Coño! Si Ellas pueden yo también, que yo no soy menos que nadie ni
nadie es menos que nadie.* (P-3) Entrevista grupal (2)

*Hoy sí, porque si hoy en día hubiera tenido un hijo, no me lo hubieran tocado, y si
hoy en día tengo un marido, tampoco me tocará, porque ahora ya se como hacer
para defender el tema de la mujer, ¿¡vale?! (P-8) Entrevista grupal (2)*

En relación a la observación participante de la educadora social del grupo se han podido recoger y destacar los siguientes resultados:

Cabe destacar la positiva evolución del grupo, registrada en la observación participante y registro de actividades, en relación al número de asistentes, la capacidad para planificar las sesiones de manera participativa y la mejora de la relación entre las participantes, puesto que los conflictos interpersonales, discusiones y las dificultades de convivencia entre ellas, fueron de más a menos en el transcurso de las sesiones y la evolución del grupo. Se ha pasado por ejemplo de actividades de relación, como debates, manualidades, talleres de cocina, costura, etc. a progresivamente actividades más dinámicas relacionadas con sus necesidades, visitas médico ginecológicas en grupo, peluquería, talleres informativos sobre violencia de género, consumo de drogas y reducción de daños y riesgos, higiene del sueño, sexualidad sana, planificación e información sobre recursos socio sanitarios en general. También se ha podido registrar una mayor adherencia a los recursos de tratamiento de drogodependencias. De 2011 a 2012 de las 25 participantes, han pasado a ser de 8 a 5 las que no realizaban tratamiento de ningún tipo y de 9 a 14 las que realizan seguimiento psicoterapéutico actualmente, bajando consecuentemente de 8 a 6 las personas que sólo están en seguimiento en la consulta de enfermería con mínimos objetivos de cambio. Dos participantes en 2012 han iniciado desintoxicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, observando que la dinámica del grupo refuerza estos cambios de actitud respecto al consumo. En relación a las visitas ginecológicas en 2012 pasaron 14 participantes, las cuales no habían realizado nunca una visita de este tipo o hacía mucho tiempo, y de las cuales 6 repetían por segundo año consecutivo.

Discusión

Los diferentes y distintos itinerarios biográficos visibilizan en la mayoría de los casos el doble rechazo o doble penalización social y moral (Romo, 2006; Martínez, 2009; Juliano, 2002) (consumo problemático de drogas y ruptura del rol de género) como un agravante añadido a los problemas de tipo social, relacional y de salud de las diferentes participantes. Por otro lado, el contexto socio familiar y socio económico explica muchas veces las circunstancias por

las cuales el consumo de sustancias puede ser o ha sido problemático, no pudiendo relacionar la etiología del consumo con una sola causa, ni conformarnos con paradigmas explicativos simplificadores de la realidad que se centren en la sustancia como principal agente problematizador, o sobre el individuo. Dando prioridad a la estructura social, tal y como señala Pons (2012), en el análisis del problema del consumo de drogas y despatologizando a las participantes, conseguimos al menos trabajar desde un punto de partida más cómodo, donde todas ellas puedan expresar y compartir sus experiencias.

La efectividad del grupo pasa la mayoría de las veces por el hecho de sentirse comprendida, escuchada entre iguales. El proceso de comprensión dentro del grupo puede ser más fácil que en las terapias formales ya que se parte de un contexto que permite adaptar el ritmo personal de cada participante, redefiniendo y reconceptualizando los problemas mediante un vocabulario adecuado con una forma de manifestar, adquirida en el mismo grupo, ofreciendo la opción real de verbalizar y expresar aquello que en otro contexto no sería posible como señala Kurtz (1997 en Rivera, 2005:8). El resultado de todo esto se materializa en beneficios para la salud directamente relacionados con el autocuidado y autoapoyo.

La influencia negativa, en casi todos los casos, de los respectivos y diferentes conyugues en los relatos, como factor protagonista en relación al consumo de sustancias es una de las principales razones de ser y de utilidad de este grupo, es en el hecho de ser mujer, independientemente de tener pareja o no en la actualidad, de donde proviene la fuente de «poder» por la cual se intenta orientar a las participantes hacia una vida independiente y consciente de sus propias posibilidades y potencialidades. La progresiva concienciación en aspectos de desigualdad de género permite a las participantes ganar un espacio de reivindicación positivo, compartirlo y experimentar que el cambio es posible y sostenible en el tiempo. Es así como se refleja que el grupo cumple al mismo tiempo funciones asistenciales y reivindicativas (Canals, 2002:283).

El proceso de consecución del empoderamiento, es uno de los procesos por los cuales las mujeres que constituyen el grupo pueden llegar a un mayor autocontrol de su situación (Buelga, 2007) y consecuentemente conseguir aquellas metas que el grupo se marca como objetivos de actividad, pequeños cambios que pueden orientar a las participantes hacia una mejora en la calidad de vida en su día a día. Asistir a una cita colectiva para visitarse en una consulta ambulatoria de ginecología, por ejemplo, ha permitido que muchas participantes simplemente pudieran hacerlo después de muchos años de temor o descuido, detectar anomalías y solucionarlas o simplemente lograr llegar a la cita, perdiendo el miedo, concienciarse de la necesidad y ganando

las ganas de cuidarse. Se cumplirían así los tres niveles de potenciación de recursos, individual, grupal y comunitario, que el «Taller de Mujeres» busca en la consecución del proceso de empoderamiento. En palabras de Martínez (2009): «Trabajar con ellas pasa por romper el no pacto intragénero, la rivalidad entre mujeres», este es un buen ejemplo y un gran objetivo que permite ir a la raíz y trabajar uno de los puntos clave de la desigualdad de género.

La experiencia de la maternidad, cuando ésta se ha visto cuestionada o negada, por haber sido madre consumidora (Romo, 2005), ha resultado ser en la mayoría de los casos uno de los temas más conflictivos en las experiencias de las participantes, siendo uno de los aspectos que mejor reflejan las contradicciones y retos que plantean los estudios de género en mujeres consumidoras de drogas, al mismo tiempo se puede reconvertir y se ha reconvertido en un elemento de cohesión fortísimo y refuerzo de lazos entre las mujeres del grupo.

Tal y como señala Taylor (1993) en un estudio sobre una comunidad de mujeres inyectoras de drogas en Glasgow, estas no quieren ser reconocidas en su carrera de consumo de drogas como un elemento de sumisión ante los hombres, en realidad y como podremos ver también en las historias de vida de las participantes del «Taller de Mujeres», a pesar de presentar muchos problemas sociales y de salud, pero sobretodo problemas ante cónyuges y/o hombres consumidores en general, se auto describen como mujeres independientes y reconocidas socialmente por su subgrupo de consumidores/as a la hora de buscar los recursos necesarios para el consumo, realizando y asumiendo actividades o prácticas de riesgo, rompiendo roles, como por ejemplo traficando, o en la búsqueda intencionada de placer o otras instrumentalizaciones en los efectos de las drogas.

La experiencia en los Grupos de Apoyo y la Educación entre Pares, en este caso permite aportar aspectos evidentes de cuidado de la salud en sentido amplio y mejora de la misma a las participantes, lo que nos debería hacer pensar en la efectividad (coste-beneficio) de algunas de estas intervenciones muchas veces menospreciadas por ser consideradas «profanas» o no efectivas. En las últimas décadas, por ejemplo, usuarias de drogas como el éxtasis u otras drogas recreativas, han reclamado su participación en el diseño de políticas públicas y han tomado la iniciativa en la gestión de las intervenciones en algunos colectivos dedicados a la reducción de daños (Romo y Pérez, 2013:242).

Necesitamos, en conclusión, mejorar la accesibilidad a todo tipo de recursos en la comunidad y ser portadores de mensajes positivos y fuente de soporte para las mujeres usuarias de drogas en sus propios contextos. Utilizar de manera eficiente los recursos, sobre todo los basados en el auto apoyo,

acompañamiento y programas de acercamiento a usuarias poniendo especial énfasis en las mujeres más jóvenes quienes su uso de drogas pudiera escalar hacia la dependencia (O'Mara, 2013).

En este artículo la dimensión de género se presenta como central en la investigación e intervención en drogodependencias; así, se ha querido demostrar cuáles son los procesos o mecanismos que permiten a partir de la participación en este Grupo de Apoyo, empoderar a partir del hecho de ser mujer, al tiempo que mejorar y reconceptualizar un proceso problemático en relación al consumo de drogas investigando desde la concienciación en desigualdades de género y el paradigma de reducción de daños, perspectivas que permiten una mayor permeabilidad y flexibilidad en las intervenciones, desde la horizontalidad y el trabajo en equipo de las personas implicadas.

Este tipo de intervención no tiene que resultar excluyente para la realización de otras específicas para hombres (masculinidades) y/o personas con otras identidades sexuales, todo ello con el interés primordial de generar espacios contenedores del malestar que propicien la expansión de relaciones más coherentes y facilitadoras de la progresión hacia cambios substanciales en la capacidad de decisión de las personas.

Agradecimientos

A todas las participantes del «Taller de mujeres», sin ellas todo esto carecería de sentido

Bibliografía

- BUELGA, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En Gil, M. (Dir). *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinaria* (154-173). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- BORRÁS, T. et al. (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: CREFAT.
- CANALS, J. (2002). *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado de Bienestar*. Tesis doctoral no publicada. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social.
- ESTEBAN, M.L. (2006). El estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un Enfoque Antropológico y feminista. *Revista Salud Colectiva*, 2(1), 9-20.
- FERREROTI, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 44, 15-40.
- Grup Igia (2012). *Las familias migrantes frente a las drogas y el alcohol: de la autoatención a la atención especializada*. Barcelona: Grup Igia.

- HARO, A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.) *Medicina y cultura: Estudios entre la Medicina y la antropología* (101-162). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- JULIANO D. (2002). *LA PROSTITUCIÓN: EL ESPEJO OSCURO*. BARCELONA: ICARIA EDITORIAL.
- MARTÍNEZ, P. (2009). *Extrañándonos de lo «normal». Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Ed. Horas y horas.
- O'MARA, E. (2013). *The History & Principles of Harm Reduction, Between Public Health & Social Care*. France: Médecins du Monde, Agence Française de Développement.
- PONS, A. (2012). Interferències. Trabajo social y (Trans)formación de Género. *Revista de Treball Social*, 195, 109-120.
- RIVERA, J. (2005). Un análisis de los grupos de ayuda mutua y el movimiento asociativo en el ámbito de la Salud: Adicciones y enfermedades crónicas. *Revista de Antropología Experimental*, 5. Texto 13.
- ROMO, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Mono-grafías Humanitas*, 5, 69-83.
- ROMO AVILÉS, N. y Gil García, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 8(4), 243-50.
- ROMO, N. y Pérez, N. (2013). Las chicas también se arriesgan. En Martínez, D.P. y Pallarès, J. (eds.). *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas* (239-250). Barcelona: Ed. Milenio.
- TAYLOR, A. (1993). *Woman Drug Users. An ethnography of a female injecting community*. New York: Oxford.

ANTECEDENTES DE DIFUSIÓN

Presentado parcialmente en la VII Jornada de Treball Social i Universitat «Nexes entre la Intervenció i la Investigació Social» (16 marzo 2012) y Mesa en Pla d'Accions sobre drogues de Reus en el XXXIX Jornades de Socidrogoalcohol, (30 de marzo 2012)
