



L'ESTIGMATITZACIÓ DE LES DONES CONSUMIDORES D'HEROÏNA

THE STIGMATIZATION OF WOMEN CONSUMERS OF HEROIN

Aura Roig Forteza

Coordinadora de l'Àrea Anàlisi Feminista del Sistema Penal, OSPDH
Universitat de Barcelona

RESUM

Les dones consumidores de drogues, i en concret d'heroïna, són fortament estigmatitzades, alhora que són invisibles. El que coneixem d'elles, sovint no és més que una imatge demonitzada de l'estereotip del yonki. Invalidades per la societat com a interlocutores vàlides, les seves veus romanen silenciades, tot i així, tenen molt a dir quan estem disposades a escoltar-les.

Aquest article té com a objectiu abordar alguns dels estereotips que recauen sobre les dones consumidores de drogues en general, parant especial atenció a les consumidores d'heroïna. Per una banda es parteix d'un anàlisi bibliogràfic i d'algunes dades estadístiques. Per l'altra s'aporten fragments de la història de vida que vaig escriure sobre la Rosa, una dona que va ser consumidora d'heroïna d'una manera no compulsiva ni problematitzada¹. El seu testimoni és especialment valuós perquè reflecteix una experiència de consum que no figura en la bibliografia existent sobre la qüestió abordada en aquest article, però que és clau alhora d'entendre i analitzar el consum de drogues entre les dones.

Paraules Clau: Reducció de danys, drogues, perspectiva de gènere

1 Per elaborar la història de Vida de la Rosa en primer lloc es van mantenir algunes converses informals, un cop establerta una certa relació de confiança entre l'autora i la Rosa es van realitzar tres entrevistes semiestructurades d'una durada aproximada de tres hores cada una. La primera va consistir en abordar com recorda ella els seus primers contactes amb les drogues en general. Una segona va consistir en aprofundir en la seva trajectòria de consum d'heroïna. La tercera va tenir per objectiu abordar algunes de les qüestions que havien anat sortint al seu relat però en les que no havíem aprofundit.

ABSTRACT

Women who use drugs and in concrete heroin, are strongly stigmatized, at the same time that they are invisible. What we know about them, often is not more than a demonized image of the stereotype of the yonkie.

They are invalidated by the society as a valid speakers, his voices remain silenced, but they have a lot to say when we are willing to listen them.

The goal of this article is to analyze some of the stereotypes about women who use drugs in general, taking special attention to heroin users. On one hand it splits of one bibliographic analysis and of some statistical data. On the other had it includes fragments of the history of live of Rosa, a woman who was using heroin in a non compulsive and non problematic way. Her experience is especially valuable because it reflects an experience that does not appear in the bibliography about women drug users but it is really valuable to understand and analyze this issue.

Key words: Harm reduction, drugs, gender perspective.

1. LA PERSPECTIVA DE GÈNERE EN L'ESTUDI DE LES DROGUES I LA DROGODEPENDÈNCIA

Aplicar la perspectiva de gènere es relaciona no només amb el contingut sinó també a la forma d'apropar-nos a allò que es vol estudiar. En aquest cas no es tracta sols de conèixer les dones consumidores. És necessari apropar-nos a com condicionen les relacions de gènere la percepció i gestió de les drogues i les persones consumidores. D'acord amb Nuria Romo: *“Aplicar la perspectiva de género al ámbito de los estudios sobre los usos de drogas supone cuestionar los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y atender a la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias. Aquí el género es una perspectiva metodológica, un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender la diferencia”* (Romo, 2006, p. 71).

En els últims anys han proliferat les recerques que incorporen les dones com a col·lectiu específic. Sovint però, apareixen representades des de lògiques masculines i homogeneïtzadores, que si bé visibilitzen la seva presència, invisibilitzen la seva especificitat i heterogeneïtat. En aquest sentit no es tracta de sobrevictimitzar les dones consumidores, sota categories essencialistes i universalitzadores sinó, tal com exposa Martínez: *“identificar que representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se dé toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por construcción de género, más allá de exponerlo como características dadas de “las mujeres” o de “los hombres” en su consumo de sustancias. Supone identificar qué les afecta por el hecho de ser “mujeres”; entendiendo “mujeres” como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad, comprendiendo cómo afecta eso en los procesos de drogodependencia.”* (Martínez, 2009, p. 41). Tot i així, l'androcentrisme que envolta la percepció i la gestió de les drogues continua vigent. Dins l'imaginari col·lectiu, la persona consumidora de drogues continua sent home, jove i marginat, i encara que

segons la substància aquest estereotip pren matisos, no deixa de ser home.

Ara per ara, la informació sobre el consum de drogues entre les dones és molt escassa. La majoria de dades quantitatives no apareixen segregades per sexe, i tampoc no compten amb indicadors de gènere. Existeix poca bibliografia que les tingui presents i quan ho fan és en comparació amb els homes o en relació al seu rol de mares, contribuint encara més a la seva invisibilització i estigmatització. Però les dones han format part de la història de les drogues, no com a excepció sinó com a co-protagonistes, i tenen la seva pròpia experiència.

La bibliografia que versa sobre el paper de les dones en la història de les drogues és molt limitada, i dins la bibliografia general sòls se'n fa algunes referències puntuals. No obstant, Nuria Romo (2001) i Carmen Meneses (2001) aporten algunes pinzellades, partint d'aquestes referències.

2. EL CONSUM DE DROGUES ENTRE LES DONES DES DEL XIX ALS NOSTRES DIES

Durant el segle XIX l'ús de les drogues per part de les dones és sobretot terapèutic. Són molt poques les dones que participin d'un ús recreatiu, que ja de per sí és molt minoritari. Un altre panorama es començarà a dibuixar a mitjans segle XX, per una banda amb la regulació i il·legalització de moltes substàncies, i per l'altra, amb l'aparició de noves substàncies i formes de consum. Són els moments d'extensió del consum d'heroïna on s'iniciarà a finals dels anys 70 i arribarà fins a ben entrats els 90s. En l'actualitat, el consum de drogues s'ha normalitzat als cercles de joves i no tan joves, i l'heroïna -si bé continua carregant amb un fort estigma- deixa de ser el centre d'atenció, i passa a ser-ho l'alcohol i les drogues de síntesi.

2.1 Etapa de consum tradicional

El que ha caracteritzat el consum de drogues de les dones al llarg de la història és que s'ha tractat d'un consum legal, iniciat per prescripció mèdica. Una de les substàncies més consumides per les dones des del segle XIX és la Morfina, fins que als anys 50 del segle XX s'introdueixin en massa els psicofàrmacs. Dones ben estants, mestresses de casa, són el perfil predominant d'aquest tipus de consum. Es tracta d'un tipus de consum normalitzat i no problematitzat.

Fins mitjans segle XX són molt excepcionals els casos en que les dones fa un ús lúdic d'aquesta substàncies. Només algunes artistes, dones pertanyents a entorns lliurepensadors o treballadores sexuals, és a dir, dones que trencaven amb el seu rol social tradicional, accedien als cercles masculins de consumidors. Evidentment eren mal vistes, però no tant per ser consumidores com per trencar amb les normes socials.

A l'estat espanyol durant aquest període, la morfina és l'opiaci més estès, tot i que es pot detectar el consum d'altres substàncies segons la classe social. Cal tenir present que la morfina era receptada àmpliament per l'estament mèdic però era molt cara i només l'aristocràcia i la burgesia se la podien permetre. Les classes treballadores a part de l'alcohol optaven per l'èter i el coral. L'heroïna que acabava d'aparèixer era més

cara -si bé era consumida pels mateixos cercles intel·lectuals i artístics que la morfina més exclusiva. La cocaïna guanya popularitat entre alguns sectors de les classes adinerades, entorns homosexuals, bohemis i entre les treballadores sexuals -que tenen accés a aquests entorns-, de fet, s'arriba a conèixer aquesta substància com la droga de les prostitutes. El cànnabis i el haxis eren consumits per soldats destinats al nord d'Àfrica i en alguns cercles artístics i intel·lectuals (Meneses, 2001).

El que caracteritza la percepció i gestió del consum de drogues durant aquest període és que es tracta d'un consum no problematitzat, tolerat socialment. Les poques legislacions sobre les substàncies són molt laxes i les institucions no fan gaires esforços per fer-les efectives. Són els propis cercles de consumidors els que aconseguen les substàncies, evitant així que es tracti de drogues adulterades i sense haver d'entrar en contacte amb entorns delictius (Romaní, 1999).

Segons Romo, dos tercers parts de la població consumidora de morfina eren dones. Aquest és el perfil d'aquestes dones durant el XIX als EUA: *“La mayoría de usuarias de opiáceos en este país eran mujeres que los utilizaban como medicamentos para tratar multitud de dolencias, asociadas a la imagen de la mujer victoriana como menos capaz de enfrentar el dolor que el varón y, por tanto, más necesitada de medicación. En Estados Unidos el prototipo de usuario de drogas en ese período ha sido descrito como mujer blanca, de clase alta y del sur. Los registros de la época citan problemas ginecológicos como principal causa de uso, pero también la neurastenia, definida como condición crónica física y mental producida por un agotamiento del sistema nervioso. Cocaína y opiáceos y cánnabis fueron ampliamente prescritos para tratar estos “problemas de las mujeres”* (Romo, 2006, p. 71). Aquesta situació és molt semblant a l'estat espanyol fins entrats els anys 60 del segle XX, quan la substància més consumida per les dones passaran a ser els psicofàrmacs.

És cert que moltes dones continuaven consumint un cop finalitzats els tractaments prescrits pel personal mèdic, però la majoria obtenia la morfina per vies legals. Recordem que no existien gaires controls; la morfina era una substància molt comú i recurrent. Un familiar, un farmacèutic, o elles directament hi podien tenir fàcil accés. A més a més, la majoria tenia un alt poder adquisitiu, i això facilitava les coses. El seu consum es realitzava en privat i amb discreció, i es mantenia d'una forma regulada.

Això deixa de ser així a mitjans del segle XX, a mesura que es van ampliant les restriccions i es dificulta l'accés a la substància. Totes aquelles persones que fins aleshores n'havien tingut lliure accés i havien integrat el seu consum en el dia a dia es veuen en l'obligació de recórrer al mercat negre o bé fer front al síndrome d'abstinència. Evidentment qui més veia limitat el consum eren les classes pobres, donat que sense suficients diners l'accés a la droga deixava de ser senzill. L'elevat preu de la substància i les dificultats d'accés van obrir la porta a tot un seguit de problemes associats: La ruïna econòmica, la desestructuració familiar, la iniciació al treball sexual. La causa d'aquests problemes no està en el consum de la substància sinó en la falta d'ella (Meneses, 2001).

És en aquest context que es comença a forjar un clar rebuig social vers el consum d'aquestes substàncies que recau de manera específica en les dones. Això és així encara que l'ús terapèutic d'aquesta substància es donava per igual entre ambdós sexes, i l'ús lúdic era majoritàriament masculí. Les dones eren considerades més vicioses i desviades, associant el seu consum a trastorns de personalitat que les portaven a tenir comportament antinatural. Com veurem, amb més o menys matisos, aquest és l'inici de

l'estigma social que encara ara han de suportar les dones consumidores de drogues.

2.2 L'ús lúdic i recreatiu de les drogues

A partir dels anys 50 es comença a produir entre les dones una certa substitució de la morfina pels barbitúrics, les amfetamines i els tranquil·litzants. Canvia la substància, però no la població consumidora: mestresses de casa, personal sanitari, estudiants, artistes són les principals consumidores. Són substàncies àmpliament receptades fins entrats els anys 80, de fàcil accés i barates. Els barbitúrics i tranquil·litzants eren sobretot prescrits a les dones, mentre que als homes se'ls hi prescrivia principalment estimulants.

La lògica d'aquesta diferència està en els estereotips de gènere: *“Al igual que la cocaína y los opiáceos habían sido publicitados en el siglo XIX, será a partir de 1950 cuando la industria farmacéutica tome las riendas del “tratamiento de las mujeres” a través del uso de tranquilizantes. Estas compañías vieron la forma de explotar bien las necesidades de las mujeres, utilizando la necesidad de ayudar a la irritable e inestable ama de casa a mantenerse estable, pero también a las jóvenes o a las más mayores a enfrentarse a sus necesidades diarias”* (Romo, 2003, p. 72). De fet, segons un estudi realitzat als anys 70, citat per Meneses (2001) s'assenyala que un 1% de la població abusava dels psicofàrmacs. Mentre que les dones en la majoria dels casos pertanyien a la classe treballadora i eren mestresses de casa, els homes pertanyien a sectors d'èxit. En aquest sentit, les primeres les utilitzaven per aprimar i per combatre l'avorriment, la depressió i fer més portables les tasques diàries; els homes, en canvi, les utilitzaven com a suport per aconseguir l'èxit social i professional.

A finals dels anys 60 es fa un gran gir, l'ús terapèutic perd protagonisme i comença a estendre's l'ús lúdic i recreatiu. Aquesta etapa estarà marcada per l'entrada de l'heroïna i d'una certa massificació del consum d'altres substàncies, ara ja considerades il·legals com el cànnabis, la cocaïna i altres drogues de síntesi. Aquest canvi es veu reflectit en el tipus de població consumidora, que passa a ser fonamentalment jove.

És un moment àlgid pels moviments socials, en especial pel moviment feminista, engegada la lluita per l'emancipació i el reconeixement de les dones en condicions d'igualtat en la societat. En uns moments en que la institució familiar és percebuda per aquest jovent com una forma més d'opressió, el grup d'iguals va guanyant cada cop més importància fins a ser el principal transmissor de valors i expectatives. El consum de drogues esdevé un element identitari que crea cohesió en el grup i que aporta noves experiències que es comparteixen col·lectivament (Romaní, 1999). Les joves que poden accedir a aquests grups són sobretot universitàries, i les substàncies que més consumeixen són l'alcohol, el tabac i el cànnabis. Tot i ser minoritari, a finals dels 60 es comença a detectar un augment en el consum d'altres substàncies il·legals com LSD, cocaïna i derivats d'opiacis. Les dones des d'una doble ruptura: amb les institucions polítiques i amb el seu rol tradicional, viuen el consum de drogues com una forma més de transgressió i d'incorporació a la vida pública.

Consumir drogues té per elles una doble vessant: per una banda facilita la integració entre el grup d'iguals; per altra les allunya del control dels seus entorns familiars. Cal tenir present, que l'entorn familiar i social les reprova més a elles: *“Las actitudes de las familias eran menos tolerantes con las mujeres que en los varones,*

dada la concepció de sumisión y doméstica de la mujer. Estas actitudes y comportamientos de sus hijas no podían ser concebibles para la familia. Así entre las mujeres podrían darse mayores fugas del hogar o resultar más inadmisibles y, por tanto, se producía la reclamación vía policial de la vuelta al hogar” (Meneses, 2001, p. 53). Podran ser enviades a centres psiquiàtrics, úniques possibilitats de tractament en aquells moments. En altres casos eren repudiades per la família.

Durant aquesta època, les dones de més de 40 anys eren el sector poblacional més consumidor de fàrmacs legals, tendència que persisteix actualment. El fet de tractar-se d'un tipus de consum socialment acceptat ha fet que la dependència que moltes dones han desenvolupat vers aquestes drogues no hagi esdevingut central d'una problemàtica social, tot i que es tracta d'una de les addiccions a substàncies psicotròpiques més esteses en les societats occidentals: *“Si el consumo se realizaba en un contexto terapéutico y legal, aunque fuera compulsivo y le generase muchos problemas personales, no tendría condena social. Por el contrario, si este mismo tipo de consumo es de origen lúdico el estigma social es mayor”* (Meneses, 2001, p. 58). En aquests sentit es pot afirmar que l'estigma no recau en el consum de drogues ni tampoc en l'addicció sinó en l'ús de substàncies fora del control mèdic i jurídic.

A partir dels anys 70 es massifica el consum de drogues en general, que va acompanyat d'un gran augment de l'atenció mediàtica i la preocupació social vers les drogues il·legals, en un principi el Cànnabis i l'LSD, fins a la irrupció de l'heroïna, que passarà a ser la droga emblemàtica per excel·lència fins a finals del segle. Tot i que les dones no deixaran de ser una minoria, des d'aleshores la seva presència va en un continu augment, equiparant-se fins i tot amb els homes en el consum de substàncies com el cànnabis i els seus derivats.

2.3 L'extensió de l'heroïna

Durant la dècada dels 70 es consoliden les pautes de consum que predominaran en les dècades posteriors. El tabac, l'alcohol i els psicofàrmacs, és a dir les drogues legals, són les drogues més consumides. A mesura que les dones van guanyant espai en l'àmbit públic l'estigma que requeia sobre elles pel consum d'aquestes substàncies va desapareixent, tot i que reviscola quan estan embarassades i quan són mares.

Per altra banda, és va estenent l'alarma social al voltant del consum de drogues il·legals entre el jovent, que arribarà al seu punt àlgid amb l'extensió del consum d'heroïna i la manifestació pública de problemàtiques associades als seu consum. Meneses (2001) aporta algunes dades relatives a aquells anys, que poden ajudar a fer-nos amb una imatge general. Segons aquesta autora, en una enquesta realitzada a Espanya l'any 79 per la Dirección General de Juventut en una mostra de 1600 joves d'entre 14 i 24 anys enquestats, una noia per cada dos nois havia provat alguna droga. Començaven a consumir més tard que els nois, i ho feien de forma més ocasional; coneixien menys substàncies i la causa del consum la situaven en un plànol més personal: obtenien la substància a través de les amistats i no tant en locals públics que els nois. Si bé la substància més consumida era el cànnabis, és en aquest context que es comença a estendre el consum d'heroïna per via endovenosa.

A més a més, de 121 persones consumidores d'opiacis -la majoria d'heroïna-, que sol·liciten tractament a una clínica a Barcelona entre 1972 i 1979, el 23'9% són

dones. Elles tenen menys experiència laboral i menys estudis que els homes. S'observa també que presenten menys problemes judicials i policials, i que la venda de drogues és el delictes que més cometen. L'inici del consum era motivat per relacions afectives amb una major experimentació amb altres substàncies. (Meneses, 2001)

No se sap massa bé com es va estenent l'heroïna, però durant un breu període de temps el seu consum era esporàdic, es realitzava en privat i sempre entre el grup d'amics. No existia encara un mercat i eren les pròpies persones consumidores les que viatjaven i introduïen l'heroïna, que seria pel propi consum. Aquesta situació durarà poc. Als anys 80 l'heroïna s'estén i se'n comencen a manifestar les conseqüències. Es consolida un mercat que s'ubicarà als barris més pobres, estenent el consum entre el seu jovent (Romaní, 1999).

En aquesta situació, l'heroïna es tornarà una substància més adulterada i per tant menys controlable per les persones consumidores. Això té com a conseqüència directa un estrepitós augment de les morts relacionades amb el seu consum. Davant això l'estat continua prioritant polítiques punitives que no fan més que empitjorar la situació: *“El conjunto de despropósitos realizados durante la década de los 80, ocasionó que en algunas zonas de España la mortalidad juvenil se disparara. En Barcelona, entre 1983 y 1990, la mortalidad por todas las causas en el grupo de edad de 15 a 34 años, pasó de 65,7 por 100.000 habitantes a 114,1 por 100.000 habitantes, siendo las principales causas el Sida y la sobredosis de heroína. En Madrid, en el mismo periodo y analizando el mismo grupo de edad, la mortalidad relacionada con el consumo de heroína aumentó un 60% en hombres y un 170% en mujeres”* (Brugal, 2005, p. 21-22). Aquesta desproporció entre homes i dones respon, com aprofundirem més endavant en la major vulnerabilitat de les dones en les conductes de risc vers la injecció i les pràctiques sexuals no segures.

En aquest marc es comencen a consolidar els estigmes que des d'aleshores acompanyaran a les persones drogodependents i que recauen, de forma especial, en les dones: dolentes, vicioses, promíscues. Aquest estereotip s'agreuja a finals dels 80 degut a l'alarma social creada al voltant del “dany fetal” que el consum de drogues per part de les mares pot causar en els nadons; i a principis dels 90 amb l'aparició de l'VIH i la seva transmissió de mares a fills/es. Als EUA això acabarà justificant la criminalització de les dones consumidores, que són perseguides policialment i judicialment en alguns estats americans (Romo, 2001). No és el cas de l'estat espanyol, on si bé les dones no són penalitzades jurídicament, en la majoria dels casos els hi és retirada automàticament la custòdia de les seves filles i fills. D'una manera o altre, les dones consumidores són *demonitzades*. El seu comportament es percep com antinatural, ja que qüestiona el que -segons la construcció tradicional del gènere- les defineix com a dones, la maternitat.

Des de finals dels 90 fins als nostres dies el consum d'heroïna baixa i s'estabilitza. Deixa de ser la substància central en el discurs antidroga. El jovent, educat en les drogues per campanyes satanitzadores del seu consum injectat opten per altres substàncies i/o per altres vies d'ingestió. Tot i així, l'heroïna continua existint. Ara més invisible donat la manca d'atenció dels mitjans de comunicació i la creació de centres de reducció de danys dirigits a atendre a les persones en consum actiu.

Els últims anys hi ha hagut una major atenció de les recerques per incorporar la perspectiva de gènere a l'estudi de les drogues i la seva gestió. Però d'una banda manquen dades estadístiques i bibliografia relatives a la incidència del consum de

drogues entre les dones. Per altra, s'evidencia que les dones viuen aquest consum de manera diferent als homes i que a més a més es troben amb situacions específiques que sovint no són contemplades.

En relació a les dades quantitatives, fins fa poc les dones no figuraven en les dades estadístiques, i encara que en els últims anys s'han fet esforços per garantir que s'introdueixi la variables de sexe, per tal que les estadístiques apareguin segregades, encara que s'està lluny d'assolir aquest objectiu. A més a més, cal tenir present que, incorporar la perspectiva de gènere a la recollida de dades, va més enllà d'afegir les dones. És necessari introduir nous indicadors que possibilitin reflectir la seva especificitat.

En relació a les recerques que tenen per subjectes d'estudi les dones, ignoren aquelles amb un consum regulat i/o no problemàtic de les drogues, tot i que com afirmen Carnwath i Smith: *“Resulta factible consumir heroína ocasionalmente o consumirla durante un breve período de tiempo y luego dejar de hacerlo. Es posible ser un drogodependiente, un consumidor habitual, y aun así llevar una vida de lo más normal, siempre y cuando se tengan aseguradas las dosis necesarias. También es posible abandonar la droga completamente tras años de consumo problemático”* (Carnwath i Smith, 2006, p. 126).

Un exemple d'aquest tipus de consum és el de la Rosa:

Por que tampoco abandoné mi vida social, no era como una cosa que estuviera ahí pendiente. Tenía mi rutina de vida, pero si que por las noches y los fines de semana me metía mis chinos, y claro estaba enganchedilla. No consumía cada día, igual tres veces a la semana más los fines.

Pel que fa a les dades aportades pel Plan Nacional sobre Drogas de l'estat espanyol, Nuria Romo observa: *“Desde que se creó el Plan Nacional sobre Drogas en 1985, en nuestro país disponemos de indicadores epidemiológicos sobre los usos de drogas que muestran prevalencias y tendencias a largo plazo asociadas a consumos de drogas. Esta información constituye la base para diseñar políticas sobre drogas y es utilizada con frecuencia por los expertos para explicar nuevas tendencias. La información proporcionada por estas encuestas pone de manifiesto la incorporación de las mujeres a unos usos u otros a lo largo del tiempo. Sin embargo, este es un modelo de conocimiento que expresa poco acerca de los motivos y razones 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 creo que es invisibilizador, ya que hace que las mujeres que usas sustancias psicoactivas desaparezcan”* (Romo, 2006, p. 73). Efectivament, l'experiència de les dones no consta en aquestes enquestes, sorgides per a captar una realitat pensada tradicionalment en masculí.

L'Institut de la Mujer, l'any 2007, va realitzar un estudi sobre el consum d'alcohol i drogues entre les dones. Para poca atenció a l'heroïna, donat que és una substància minoritària, tot i així aporta algunes dades: 19500 dones havien consumit heroïna, amb una mitjana d'edat d'inici del consum de 21 anys. 1030 de les quals estaven en edat escolar (14 a 19 anys) i la mitja d'edat d'inici del consum era de 17 anys. Pel que fa a la cocaïna, 467.840 dones havien consumit aquesta substància, 97.500 de les quals ho fan habitualment. Un 1'1% ho ha fet via injectada i un 3% via inhalada (Institut de la Mujer, 2007). La situació d'aquestes últimes s'ha de contemplar

juntament amb les dones consumidores d'heroïna. Els rituals de consum, així com l'estigma que les acompanya són més comuns entre aquestes dones, que amb altres dones consumidores de cocaïna via esnifada. Cal tenir present que són moltes les persones consumidores d'heroïna que també utilitzen cocaïna per contrarestar la somnolència que provoca aquella substància. Alguns/es consumidors/es de cocaïna, poc representatius en relació al total de persones consumidores d'aquesta substància, també utilitzen l'heroïna com a forma de contrarestar els efectes de la cocaïna. (Díaz, Barruti, Doncel, 1992)

El Pla d'Atenció a les Drogues de Barcelona del 2006-2008 aporta algunes dades relatives al consum d'heroïna i cocaïna via injectada i/o inhalada entre les dones que viuen en aquesta ciutat. Entre les consumidores via intravenosa la majoria s'han iniciat en el consum amb les seves parelles (48%). Mentre que al voltant d'un 6% ho ha fet amb un familiar directa, en la majoria dels casos el pare o el germà. A més, un 25% de les dones que realitzen el treball sexual al carrer són consumidores d'heroïna per aquesta via.

Segons aquesta font, les dones són més vulnerables a les malalties associades al consum injectat. De la població entre 18 i 30 anys que han consumir per aquesta via, el 27% de les dones són portadores de l'VIH, mentre que entre els homes aquest percentatge es situa en el 18%. En relació al virus de l' hepatitis C, el 68% per cent de les dones en són portadores, mentre que entre els homes el percentatge baixa a un 60%. (Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006)

La informació relativa a les vies de consum, la freqüència amb la que aquest es realitza, les circumstàncies que envolten aquest consum, i els patrons de consum segons factors com l'edat, la situació econòmica i l'entorn social i cultural és gairebé inexistent.

Les recerques de caire qualitatiu que han incorporat la perspectiva de gènere aporten algunes informacions en aquesta direcció, però cal reiterar que s'enfronten amb algunes limitacions. En primer lloc advertir que sovint les dones apareixen reflectides en contraposició al fenomen general -que és masculí-, i des de categories creades en base a un model de consum masculí. Així tenir en compte les dones no implica necessàriament escapar d'aquest model.

Cal tenir present que les dades aportades per aquests estudis es refereixen a dones vinculades a serveis d'atenció social i sanitària o centres de tractament. Exclouen, per tant, aquelles dones que o bé porten un consum regulat i que no volen abandonar el consum; així com aquelles que ho abandonen sense necessitat d'atenció especialitzada. Com es veurà més endavant, aquest és el cas de la Rosa. Zinberg (1984) i Harding (1988) ja advertien de la necessitat d'ampliar els estudis als consums no immoderats. Meneses (2001) fa la mateixa advertència.

Les recerques generalment es centren en l'experiència de dones que estan en tractament, i en menor mesura, en dones amb un ús compulsiu de drogues, usuàries de recursos de reducció de danys. En aquest sentit parteixen d'un perfil d'usuàries que en molts casos provenen de realitats prèvies d'exclusió social, on predominen les dones amb altres problemàtiques que no sempre tenen tant a veure amb el consum, sinó que sovint són prèvies. El consum de drogues no seria la causa, sinó una conseqüència més de marginalitat, tals com: entorns socials i familiars desestructurats, precarietat econòmica, haver sobreviscut a situacions de violència intrafamiliar i/o de parella. I com s'exposa a les recerques consultades, en molts casos el haver patit abusos sexuals abans i

durant l'etapa de consum són qüestions que han de ser contemplades, no de manera causal sinó en interrelació amb el consum de drogues.

Tot apunta que les dones que no responen a aquest perfil de consumidores són molt reàctives a recórrer a recursos específics d'atenció a les drogodependències per la por a ser descobertes i etiquetades: *“A todas las personas con un problema de abuso de drogas les resulta costoso reconocerse como “drogodependiente”, y más si no responde al perfil estereotipado de “heroinómano que delinque para financiarse el consumo”.* (Martínez, 2009, p. 46). Aquesta situació també es dona entre els homes, però en les dones presenta alguns agreujants derivats de la doble estigmatització de la que són subjectes. Això s'intensifica en el cas de les mares amb filles i fills al seu càrrec per la por de perdre'n la custòdia. Això explica que a l'hora de buscar atenció les dones recorrin en molts casos als centres d'atenció social i de salut generals, i no tant als centres d'atenció especialitzada, evitant així l'etiquetatge i estigmatització que la simple entrada a aquests espais suposa. (Oficina contra la Droga y el Delito, 2008).

Però també, exposa Meneses (2006), s'ha de contemplar la possibilitat que la manca de demanda de tractament per part de les dones pot ser deguda a que són capaces de desplegar més mecanismes de protecció que eviten els consums compulsius. Les dones tendeixen més a abandonar el consum per elles soles i sense necessitat de tractament. Aquesta és una variable que caldrà tenir present a l'hora d'analitzar la poca visibilitat de les dones consumidores d'heroïna i la seva manca de presència en els programes d'atenció i de tractament: *“Al desconocer el universo total de los usuarios de heroína, así como los consumidores compulsivos, puede ocurrir que las mujeres no estén representadas en el sistema de tratamiento o asistencia, de los usuarios que solicitan ayuda. Podría suceder que el consumo de las mujeres sea más oculto o discreto (Byqvist, 1999), o bien que al estar diseñados los programas preferentemente para varones, no acudan a ellos [...] También es posible que en las mujeres se pueda producir una recuperación natural de la dependencia que no requiere solicitud de tratamiento.”* (Meneses, 2001, p. 71)

Meneses, en la seva investigació, identificà l'existència de consums controlats i regulats d'opiacis per algunes dones i durant llargs períodes de temps. És difícil posar-se en contacte amb aquestes dones perquè es tracta d'un consum que realitzen en privat i sovint envoltat de secretisme. El cas de la Rosa n'és un clar exemple:

No formaba parte de mi círculo grande, era parte de un círculo pequeño. A mí no me gustaba mucho que la gente supiera que yo estaba consumiendo heroína, para nada. Sólo lo sabían amigos muy cercanos.

Per últim, i abans d'analitzar l'especificitat de les dones consumidores d'heroïna, és important apuntar que aquestes no conformen una categoria, ben al contrari, la diversitat entre les dones també es veu reflectida en aquesta qüestió. Com adverteix Meneses: *“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 clases social, el nivel de educación, la etnia, la edad o el momento histórico de consumo imprimen diferencias importantes entre ellas”* (Meneses, 2006, p. 266)

Malgrat totes aquestes limitacions, hi ha consens en que les dones consumidores

d'heroïna viuen el consum de manera diferent a com ho fan els homes. A més a més, es troben amb situacions específiques que només els hi afecten a elles. Donada la seva invisibilitat social, aquesta especificitat no s'ha contemplat ni en els estudis sobre drogues, ni en els serveis destinats a l'atenció de les persones consumidores.

D'aquí, la necessitat imperant d'incorporar la perspectiva de gènere a l'estudi de les drogues i les drogodependències que pugui servir al desenvolupament de polítiques d'atenció adequades a les seves necessitats: *“Cuando una mujer desarrolla problemas relacionados con las drogodependencias, desarrolla una serie de conductas y comportamientos que se salen del rol genérico normativo designado para las mujeres. Pero eso no quiere decir que se sienta y viva libre de ello. Tiene sus consecuencias a nivel personal, social y familiar. Habrá que incluir entonces en nuestro análisis de la realidad cómo se va a ver afectada en su trayectoria vital por cuestiones provenientes de sus propios deseos y la exigencia social en torno a la identidad genérica de “mujer”.* (Martínez, 2009, p. 45)

3. L'ESPECIFICITAT DE LES DONES CONSUMIDORES D'HEROÏNA

Les desigualtats i els estereotips de gènere són quelcom transversal que condiciona tots els àmbits de la vida social, les drogues no en resten excloses. Les desigualtats entre homes i dones són intrínseques al consum de drogues, a la seva percepció i a la seva gestió; i determinen les trajectòries de consum, en aquest cas de les dones.

Així ho expressa Meneses: *“En los contextos de uso 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. 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 uso de drogas o de los uso problemáticos para las mujeres”* (Meneses, 2006, p. 70).

És la construcció social de gènere i no la naturalesa la que explica les diferències entre homes i dones en relació al consum de drogues. Tenir present això és essencial a l'hora d'analitzar les trajectòries de consum, els patrons de consum i les possibles repercussions d'aquest consum. Així ho afirma Nuria Romo: *“muchas de las diferencias entre varones y mujeres que usan drogas se relacionan con el género más que con el uso de sustancias. A fin de cuentas, las diferencias en el uso de las sustancias psicoactivas reflejan diferencias sociales entre los varones y las mujeres (como la responsabilidades parentales y la desigualdad en la negociación de las relaciones personales)”* (Romo, 2006, p. 77).

Partint de les diferents etapes de la trajectòria de consum de les dones, analitzaré el pes del gènere en l'inici, el manteniment i l'abandó del consum, no sense advertir primer que cada dona tindrà la seva pròpia experiència. No es pretén per tant dibuixar un recorregut tancat pel camí de les drogues. Ben al contrari, es tracta de mostrar que la relació de les dones amb l'heroïna depèn de multitud de factors que fan de cada experiència individual una experiència única. A més a més és precís deixar clar que el

que es tracta aquí no és exclusiu de les dones, però si són qüestions que actuen de manera específica en les dones.

3.1 Inici del consum

Les persones, en la majoria dels casos, tasten les drogues per curiositat, buscant noves experiències, excitació, eufòria, integració en el grup i diversió. Els motius que porten les dones a experimentar amb l'heroïna són els mateixos. Abans de provar l'heroïna la majoria ja havien experimentat amb altres drogues -legals o il·legals- de forma més o menys ocasional. La Rosa per exemple va començar a consumir drogues als 13 anys: alcohol i tabac; als 14 o 15 comença a fumar marihuana i derivats, i als 16-17 comença a consumir drogues de síntesi: LSD, pastilles, amfetamines. Ho fa amb la colla d'amics i amigues del poble, alguns de la seva edat i d'altres un parell d'anys més grans que ella. Seguint l'exemple de les colles de joves que els havien precedit, es tracta d'un consum ocasional, associat a l'oci i al fer-se grans. Tot i que hi ha dones que l'heroïna és la primera droga que tasten, aquesta és una situació excepcional tot i que es dona més en dones que en homes (Meneses, 2001).

La bibliografia consultada assenyala que les dones solen començar a consumir més joves, degut sobretot a que el procés de maduració i assumpció de conductes adultes sovint es dona abans en elles que en ells. S'inicien en el consum en companyia d'un home, en molts casos la parella sentimental (Oficina contra la Droga y el Delito, 2008). Encara que les formes d'inici s'han anat diversificant amb els anys i cada cop són més les dones que s'inicien amb el grup d'iguals, el pas a un consum esporàdic a un consum sostingut es continua realitzat sobretot amb la parella (Meneses, 2006).

La Rosa comença a consumir heroïna amb la seva parella:

Empiezo a consumir heroína con 25, la empiezo a consumir por curiosidad, con mi novio.

La bibliografia consultada reflexa una imatge de les dones passives i fortament influenciades per la insistència de l'home consumidor. Però la realitat és la contrària, tal com explica Meneses, l'home en molts casos no sols no incita la dona a consumir, sinó que sovint mostra una clara oposició a que la seva companya consumeixi. Aquesta autora exposa algunes de les raons: “*en primer lugar, si los dos son dependientes a la heroína, ¿quien 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*” (Meneses, 2006, p. 268).

A la parella de la Rosa tampoc no li agradava que ella consumís, tot i que per altra banda compartir l'experiència de consum es quelcom que ambdós gaudeixen:

A él no le gustaba mucho que yo estuviera probando eso, por que él

tampoco estaba a gusto. El estaba muy enganchado y quería dejarlo, y bueno, no lo conseguía. Al verme a mí, que ya estaba empezando a consumir pues ya estaba aceptando algo que no quería que pasara pero por estar enganchado y consumir juntos, que es guay también, es una sensación. Ahora yo lo miro y es una mierda, pero en ese momento era guay consumir juntos es un viaje.

Aquesta autora també detecta alguns casos en els que són elles les que inicien al consum a una parella que no era consumidora. Encara que són casos molt excepcionals i més invisibles per que són viscuts per les dones amb vergonya i culpa. A més a més està molt mal vist per la societat en general. Fins i tot pels entorns de consumidors, aquestes dones són etiquetades de perverses i de pèssimes companyes (Meneses, 2006).

Moltes d'elles s'inicien en el consum per voluntat pròpia i sense necessitat de cap tipus de coerció i sovint han de fer front -en un primers moments- a l'oposició de les persones amb les que s'iniciaran. És important no sobrevictimitzar i infantilitzar les dones. Com ja s'ha dit, en la majoria dels casos el que porta a les dones a consumir és la curiositat i les ganes de ser partícips d'un context en el que és present el consum. A vegades aquest context és el de la parella. Així ens ho explica la Rosa:

No me incitó a probarlo, fui yo. A ver, el no se escondía de mí, no se cortó ni un pelo nunca. Él se inyectaba delante de mí, fumaba delante de mí, todo. Yo viví todo su proceso, ¿no? Pero nunca me incitó, bueno, me incitó directamente poniéndomelo delante de los ojos.

Un cop han provat l'heroïna algunes dones donaran per satisfeta la seva curiositat i no repetiran, d'altres continuaran consumint de forma esporàdica, i altres aniran augmentant la freqüència i la quantitat del seu consum. Aquesta és la trajectòria de consum de la Rosa:

Estuve consumiendo durante un año y medio. Yo al final me inyecté pero no fue por necesidad de querer más, sino por probarlo, por que mi novio si que se inyectaba hacía tiempo ya. Yo de verlo, verlo y verlo pues lo probé. Por curiosidad, pero me gustaba fumar a mi.

Me duró poco lo de consumir habitualmente, me duró poco la broma, inyectándome nueve meses, pero habitualmente igual estuve un mes, y no cada día para nada, por que era bastante fuerte, y eso si que ya me. Para mí ya era más buf, yo si que ahí sentía que estaba pisando terreno encharcado. Por que estaba demasiado bueno, y ya la vena es otra historia. Ya estás punzando tu cuerpo, no se, para mi, no me hacía mucha gracia, me daba mucho respeto. No me sentía muy cómoda. Lo estaba haciendo ya por vicio de, una vez por la curiosidad, ya después era por que si, por el placer este de un chute. Es increíble. Es muy guay, ¿sabes? Entonces es muy fácil engancharte. Pero si que yo me daba cuenta de que estaba en una zona peligrosa, roja roja. Por mi manera de ser, que soy muy viciosa y me gustaba mucho.

És útil aquí fer un parèntesi per exposar les diferents formes de consum d'heroïna que s'han detectat en les recerques especialitzades sobre el consum d'aquesta substància.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) distingeix el consum recreatiu o social de drogues -aquell que es dona en situacions social o relaxants, que no implica l'existència de dependència ni altres problemes associats al consum- del consum problemàtic o disfuncional -aquell que provoca un deteriorament de la funció psicològica o social de l'individu- (OMS, 1994, p. 64). En relació a l'heroïna cal tenir present que si bé és una substància addictiva, no ho és tant com sovint s'ha volgut fer creure. Alguns/es autors/es afirmen que menys d'un 10% del total de persones que proven l'heroïna generen dependència a la substància. La dependència, a més a més, no té per que ser massa problemàtica, és possible desenvolupar mecanismes per evitar la compulsivitat en el consum; de fet moltes persones creen pautes que regulen aquesta dependència, evitant l'aparició de problemàtiques afegides (Carnwath, i Smith, 2006; Escotado, 2005; Meneses, 2001).

En aquest sentit, són molts els autors/es que s'assenyalen la necessitat de diferenciar patrons de consum (Zinberg, 1984; Harding, 1988; Faupel, 1991). Faupel diferenciava diversos estadis en la trajectòria o itinerari de consum. Cada individu consumidor té la seva pròpia trajectòria i anirà passant per diferents estadis en el consum -no en forma d'escalada, sinó indistintament, segons cada situació personal-. A grans trets distingeixen tres formes de consum:

- Consum ocasional: es tracta d'un tipus de consum controlat i circumstancial. Pot ser per fer-ne un ús recreatiu o un ús experimental.
- Consum estable o intensiu: és aquell tipus de consum en el que si bé hi ha dependència a la substància, aquesta no deriva en problemes associats.
- Consum compulsiu: El consum passa a ser la part central i estructurant de la vida de l'individu.

Carnwath i Smith (2006) associen aquests estadis a diferents estils de vida segons la situació econòmica, la situació familiar, l'entorn social i l'accessibilitat de la substància. Aquesta és la classificació que plantegen aquests autors:

- Consumidor/a ocasional: sosté una vida estructurada entorn a treballs i activitats convencionals i amb baixa activitat criminal. Els seus ingressos no donen per un consum regular i intens, entre d'altres coses per que no té accés a droga barata donada la manca de relació amb la cultura de les drogues. Aquest patró es pot donar sobretot al principi i al final d'una trajectòria, encara que per moltes persones es tracta d'un patró durador.
- Consumidor/a estable: és addicte però s'ho pot permetre perquè té prou ingressos per finançar no només la seva dependència, sinó també les despeses derivades d'una vida quotidiana "normalitzada". Aquest tipus de consum es compatible amb un treball remunerat però sovint també es combina amb alguna activitat il·legal, com pot ser la participació en algun esglaó de la cadena de distribució de la droga.
- Consumidor/a incontinent: la vida es desestructura per alguna causa, la persona addicta inicia un consum compulsiu abandonant les rutines, però es té accés a grans quantitats d'heroïna. Si bé alguns poden retornar a un consum estable,

d'altres no poder recuperar uns patrons regulars de consum.

- *Yonqui*, que per una banda no disposa d'una font estable d'ingressos i per l'altra té un accés restringit a l'heroïna a la que accedeixen des dels esglaons més baixos de la distribució. Es tracta d'heroïna cara i de baixa qualitat. En aquest tipus de consum s'oblida la pròpia cura, i la de l'entorn i tota l'atenció es centra en aconseguir la propera dosis. (Faupel, 1991; Carnwath, i Smith, 2006)

Com es pot valorar amb el que fins ara s'ha exposat sobre la història de la Rosa, ella representa un exemple de consumidora ocasional i en una etapa posterior del seu consum de consumidora estable:

Todo el tiempo que consumo continuo haciendo mi vida normal, bueno, hombre depende, también había días que no podía moverme. Que yo decía, así a la calle no salgo, no puedo, básicamente, por que hay veces que te colocas demasiado y no, para que te vas a ir por ahí, a qué? Es que no es compatible, ¿sabes? Si no necesitas. No te apetece tampoco. No es una droga para sociabilizarte la heroína, es para disfrutar el colocón. Comer, si puedes y ya. Por lo menos como a mi me afectaba. No se, si llevas más tiempo consumiendo supongo que cambia, pero yo no, yo en verdad cuando consumía no me sociabilizaba, ¿sabes? Siempre estaba con poca gente, en casa, y ya. Nada de la calle ni nada.

Les etapes de consum poden anar intercalades de períodes més o menys breus d'abstinència, aconseguits amb ajut extern o sense. Uns dels aspectes que s'han presentat més rellevants a l'hora d'entendre per què per algunes persones l'heroïna acaba esdevenint un problema i per altres no, són els factors de risc i els factors de protecció dels que cada persona disposa. S'entén aquí per factors de risc aquells atributs individuals i del context social i cultural, que augmenten les possibilitats que una persona s'iniciï o mantingui i augmenti un consum de drogues. Els factors de protecció, per tant, són aquells atributs que contribueixen a minvar les possibilitats d'iniciar-se i mantenir i augmentar aquest consum. Els factors de risc i protecció interactuen entre si de manera específica en cada individu; no s'han d'entendre per tant de forma determinista, sinó probabilista (Becoña, 2002).

A l'estudi d'Alonso (2004) s'apunten alguns d'aquests factors, entenent que uns i altres no són la cara oposada sinó que uns amortiguarien el pes dels altres. Així entre els factors de protecció assenyala: *“La existencia de fuertes vínculos familiares, una buena educación parental con reglas de conducta claras e implicación de los padres en la vida de sus hijos, éxito escolar, fuertes vínculos con instituciones prosociales como la escuela u organizaciones religiosas y la asunción de normas convencionales sobre el consumo de drogas”* (Alonso, et. al., 2004, p. 85-86). Entre els factors de risc distingeix entre aquells factors relacionats amb les característiques individuals -entre els quals cal tenir present aquells relacionats amb la personalitat, els relacionats amb la conducta i els relacionats amb els valors-, d'aquells derivats del context social: família, entorn d'iguals, ambient escolar i /o laboral i de la societat en general. (Alonso, et.al, 2004).

En el relat de la Rosa es detecten alguns elements presents durant tota la trajectòria d'experimentació amb l'heroïna que actuen com a factors de protecció vers el consum compulsiu: comptar amb un entorn estructurat, mantenir-se allunyada de la cultura de l'heroïna, no carregar amb l'estigma de consumidora, consumir en entorns de

confiança i en un espai propi en unes condicions adequades, i sobretot, no prioritzar el consum davant les seves responsabilitats quotidianes. Es detecten també factors de risc, com són la normalització de les drogues per part de l'entorn, l'accessibilitat a la substància i formar part d'entorns consumidors d'heroïna. D'altres elements constituïran un factor de protecció o de risc, segons l'àmbit o l'etapa de consum a la que es faci referència. M'estic referint a qüestions com la parella o el manteniment d'un consum ocult i íntim.

Ser dona, pels rols socials que han estat assignats tradicionalment, havia estat un factor de protecció, i ho continua sent per determinades substàncies com l'heroïna (Arostegi i Urbano, 2004). No és així per altres com els psicofàrmacs, on ser dona ha esdevingut un factor de risc.

Les dones han estat socialitzades des de lògiques de seguretat, cura i prevenció. Això augmenta la percepció de risc que elles tenen vers les substàncies il·legals. Així ho expressa la Rosa:

“Yo me daba cuenta de que estaba en una zona peligrosa, roja roja.”

Són menys les dones que les proven i, quan ho fan, solen articular més conductes de reducció de danys que poden actuar com a factors de protecció vers el consum compulsiu i problemàtic. La Rosa per exemple dosifica les seves dosis i en principi comença a consumir de la manera que suposa menys riscos per ella:

Empecé fumando, haciendo chinos, en pocas dosis, siempre consumí poco por que me afectan mucho las drogas. Como que enseguida me pegan, no necesito mucha cantidad.

Es detecta que les dones tendeixen a fer un ús menys públic. Hi ha dones consumint al carrer però menys, i en moments vitals més deteriorats. Les dones tendeixen a iniciar-se en el consum d'una forma més moderada: els seus consums solen ser més discrets i ocults; les dosis són menors i es produeixen en un major espai temporal; i solen consumir per vies menys perilloses. L'ús de la via intravenosa sol produir-se en un segon moment en el que es dóna un increment del consum. Es detecta també menor policonsum per part de les dones.

Algunes recerques assenyalen la maternitat com un dels factors de protecció més importants en les dones, tant en l'inici del consum com en el manteniment i l'abstinència del consum. Són moltes les dones que tenen present que l'heroïna pot dificultar el seu maratge i inhabilitar-les per a la cura de les filles i fills. Per moltes el fet de ser mares, o la possibilitat de ser-ho, és una de les principals motivacions per cessar en el consum o matenir-lo d'un forma regulada (Meneses, 2006).

A l'altre costat tenim que el fet de ser dona també pot constituir un factor de risc en determinats aspectes relacionats amb el consum d'heroïna i les conseqüències que se'n poden derivar. Les dones són més vulnerables en situacions d'exclusió, degut a que elles solen disposar de menys recursos econòmics, solen provenir d'entorns familiars més desestructurats i en molts casos han patit situacions de violència i abús abans d'iniciar-se en el consum (Oficina Contra la Droga i el Delicte de la ONU, 2004; Castaños, 2007; Arostegi i Urbano, 2004)

Els factors de risc i de protecció tenen un fort pes a l'hora de determinar el manteniment i l'augment del consum. De fet, ajuden a explicar per que les dones representen un percentatge molt menor que els homes entre la població consumidora d'heroïna. En aquest sentit Meneses apunta que és possible que la infrarepresentació de les dones pot estar relacionada no només amb el fet que són menys les que proven l'heroïna sinó també amb el fet que tendeixen a desenvolupar més mecanismes de protecció vers el consum problemàtic, fet que ajuda a que aquest es mantingui més regulat i ocult, evitant així que recaigui sobre elles el fort estigma que acompanya el consum d'aquesta substància (Meneses, 2001).

Per la Rosa, aquest va ser un aspecte molt important:

Lo llevábamos mucho a escondidas la heroína. El opio no tanto, como que al ser natural, pues como que tiene una aceptación más como la marihuana, ¿no? Es un poco esta idea de que estas consumiendo algo directamente de la planta. La heroína es diferente, me pasaba a veces estar hablando del tema y no atreverte a decir que eres consumidora, ¿no? Mentir, no se, no me gustaba que la gente lo supiera, por que es una droga que está muy mal vista. Te das cuenta cuando consumes que la gente la tiene pero fatal.

En el cas de tractar-se d'un consum visible i públic, les dones hauran de carregar amb un doble estigma: ser consumidores i qüestionar el rol social que li ha estat assignat. En paraules de Martínez: *“Cuando es una mujer la que lleva un estilo de vida asociado al deterioro y la marginación se la evalúa en una incomprensión mayor, derivada del proceso no imaginado (en cuanto a construcción mental) de la trasgresión. Una consecuencia directa de esta mayor presión social es la ocultación del consumo por parte de las mujeres. Y, una vez visibilizado, se traduce en una mayor incomprensión y en la mayor falta de apoyos dentro del entorno social inmediato”* (Martínez, 2009, p. 50).

Aquest doble estigma estarà present durant tota la trajectòria de consum, especialment en l'etapa de manteniment d'un consum intensiu i durant el tractament, si és que aquest es dona; i continuarà present temps després d'haver abandonat el consum. Tindrà molt pes no sols en l'entorn social sinó també en les mateixes consumidores. A diferència dels homes, que tendeixen a culpabilitzar del seu consum a factors externs; les dones veuen les causes del consum en elles mateixes, vivint aquesta experiència des de la vergonya, la culpa i la baixa autoestima (Arostegui i Urbano, 2004).

A continuació, a partir de la bibliografia consultada entraré a tractar algunes de les conseqüències de mantenir un consum intensiu i/o compulsiu des d'una perspectiva de gènere, posant èmfasi en aquelles qüestions que recauen en les dones de manera específica.

3.2 Continuïtat i manteniment del consum intensiu i/o compulsiu.

El pas d'un consum ocasional a un consum compulsiu d'heroïna suposa un canvi estructural de la vida de les persones consumidores. És el moment en que es pot començar a fer servir el terme de drogodependència, definit així per Romaní: *“La drogodependencia consiste en un conjunto de procesos a través de los cuales se expresan ciertos malestares más o menos graves, que pueden tener causas diversas (así como otras manifestaciones), pero cuyo síntoma principal sería la organización del*

conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas drogas” (Romaní, 1999, p. 55). És el moment en el que el consum d'aquesta droga passa a ser l'eix vertebrador del dia a dia: *“Para muchos adictos el ritual implica todos y cada uno de estos pasos: Pillar sin que te “astille” un camello o te detenga la policía; volver a la “base de operaciones”; preparar el torniquete, la cuchara, las cerillas o el mechero; calentar la mezcla en la cuchara; disolver los polvos, con el olor característico de la heroína caliente; buscarse una vena (a veces muy ocultas); el brote del pequeño hilo de sangre y su abombamiento en forma de nube roja dentro de la jeringa; entonces, y sólo entonces, la presión del émbolo y la confirmación final de que se trata de “caballo” de calidad. Únicamente en ese preciso momento el drogadicto puede relajarse y disfrutar del fruto de su labor.”* (Carnwath, i Smith, 2006, p. 143-144). Consumir passa a ser central, deixant com a qüestions secundàries la pròpia cura, els vincles familiars i socials i l'estabilitat laboral.

Diversos estudis sostenen que les dones fan més ràpidament aquest pas, i aleshores tendeixen a consumir amb més freqüència i més intensitat (Oficina de la Droga y el Delito, 2004; Arostegi i Urbano, 2004). Meneses (2001) dissenteix a l'hora d'associar això a les característiques intrínseques de les dones. Per una banda afirma que part d'aquesta visió respon als estereotips que veuen la dona consumidora com a més viciosa. Per altra banda relaciona l'increment més ràpid del consum, al fet que les dones que s'inicien al consum amb la parella tendeixen a assumir les pautes de consum sostingudes per aquesta (Meneses, 2001).

El consum compulsiu sovint va acompanyat de situacions problemàtiques que afecten diferents aspectes de la vida de les persones consumidores. Això no vol dir que la intensificació del consum sigui la causa d'aquests problemes. En molts casos n'és una conseqüència que pot actuar d'agreujant (Romaní, 1999; Carnwath, i Smith, 2006). Dit això, és cert que el consum compulsiu de drogues sol comportar repercussions de diferent caire -sanitari, psicològic, econòmic, familiar, social, jurídic, etc.- que actuen de manera específica en les dones.

Per contra del que sovint es pensa, les dones no tenen un paper passiu en el manteniment del consum, ben al contrari, són actives i articulen estratègies molt diverses per poder aconseguir l'heroïna. Meneses aprofundeix en aquesta qüestió i mostra que en la majoria dels casos les dones mantenen el consum a través dels seus propis recursos o els de la família, si el seu status econòmic li permet.

Quan no és així, recorren a la realització d'activitats delictives, en menor mesura que els homes, i cometen aquells delictes amb menys influència negativa en les persones, és a dir, cometen menys delictes amb força i en canvi, és més freqüent el furt. En els pocs casos en els que participen d'activitats delictives de gran calada com atracaments a bancs o participació en els esglaons alts de les xarxes de venda, han hagut de demostrar molt més que els homes la seva vàlua i quan ho aconsegueixen augmenta la seva autoestima i el seu status dins l'entorn consumidor. Aquests casos són pocs, de fet les dones tenen menys problemes amb el sistema judicial que els homes, per una banda per que delinqueixen menys, però per l'altra també per que són menys visibles i estan menys perseguides

Algunes dones, les menys, recorren al treball sexual per aconseguir ingressos. No habitualment, sinó en moments puntuals en els que veuen la prostitució com a única forma d'obtenir els diners per a la dosis o directament la droga. Aquestes ,en el cas de

tenir parella, seran les que sostindran el seu consum. La prostitució està mal vista també pel propi entorn de consumidors, especialment si la dona té parella. En aquests casos es dona un fort rebuig vers l'home, per no tenir cura de la seva companya i aprofitar-se d'ella per a mantenir el seu consum.

La forma en que les dones decideixin mantenir el consum és determinant a l'hora de definir el seu rol i obtenir respecte per part de les relacions vinculades a la cultura de la droga. Les dones dedicades a activitats delictives, seran les més ben considerades; les treballadores sexuals, en canvi, es trobaran en una situació més vulnerable donat que - estiguin o no treballant- sempre es posarà en joc el seu rol sexual, fent dels espais mixtos espais més insegurs per elles (Meneses, 2001).

Segons l'estudi de l'Oficina Contra la Droga i el Delicte de la ONU (2004) no es detecten grans diferències relacionades amb el deteriorament físic i/o cognitiu entre homes i dones consumidors/es d'heroïna. Se sap poc dels efectes nocius d'aquesta substància; de fet alguns/es autors/es sostenen que en sí, és bastant innòcua. Els efectes negatius en la salut de les persones no són intrínsecs a la substància sinó que deriven de la seva adulteració, i de la inadequació de la dosi. Les malalties que se li associen són originades per unes pràctiques d'injecció poc higièniques: *“Es cierto que muchos consumidores de heroína enferman, pero suele deberse al uso de jeringuillas infectadas o a suministros impuros de la droga. A causa de ello, padecen pústulas, trombosis, hepatitis y VIH. Todo ello se evitaría si tuvieran acceso a equipamiento esterilizado y a heroína farmacéutica. El consumo de heroína durante el embarazo puede ocasionar que el bebé sea bajo de peso, pero es difícil aislar la heroína de otros factores que causan bajo peso y que son frecuentes en los heroinómanos: Mala alimentación y abuso de alcohol y nicotina. En términos generales, la heroína tiene pocos efectos adversos sobre la salud.”* (Carnwath, i Smith, 2006, p. 179)

Les relacions de gènere juguen aquí un paper fonamental, agreujant la vulnerabilitat de les dones vers el risc de contagi. Les dones tenen menys poder de negociació a l'hora d'establir pràctiques segures: tendeixen a compartir més els utensilis d'injecció i solen ser les últimes del grup en injectar-se donada la dificultat de trobar-se les venes. A més a més tenen menys poder de negociació a l'hora d'exigir l'ús del preservatiu en les relacions sexuals, especialment si es tracta de la parella estable. Això explica que les dones siguin portadores de l'VIH i de l'Hepatitis C en major mesura que els homes (Meneses, 2001; Castaños, 2007; Oficina de la Droga y el Delito, 2004) Les situacions d'exclusió i precarietat econòmica que sovint acompanyen el consum compulsiu - i a la que les dones són més vulnerables- no fan més que agreujar els problemes de salut derivats d'aquestes malalties.

Existeixen molts casos en que les dones consumidores provenen de famílies amb antecedents de consum -principalment de membres masculins -sobretot pares i germans. En aquests casos la família pot ser una font de suport, però en general, l'entorn familiar sol ser més estricte i menys comprensiu amb elles. Mentre que vers ells, l'actitud és de resignació, vers elles, l'actitud és d'atac. Això es veu reflectit també en les relacions de parella. Quan és la dona la que consumeix es tendeix més a trencar la relació; no passa tant en el cas contrari, quan són ells els consumidors (Meneses, 2001).

En cas de tenir filles i fills al seu càrrec, en la majoria dels casos són les avies maternes les que assumeixen la custòdia: *“Es la familia la que acoge y cuida, pero en esta sociedad “familia” es equivalente a decir: Las mujeres de la familia, que asumen*

acoger al menor sin presentar una decisión meditada sino más bien una cuestión naturalizada” (Martínez, 2009, p. 48). Com veurem aquesta situació pot arribar a esdevenir especialment problemàtica en els processos de recuperació de les dones consumidores a l'hora d'exercir el seu rol de mares.

La major severitat de la família i la societat vers les dones consumidores deriva en que es trobin en una situació de major aïllament. Viuen soles en major mesura que els homes i reben menys suport per part de la família i de la comunitat en general. En el cas de ser mares, la condemna social encara és major: *“Existe un mandato de maternidad o, más específicamente, de la perfecta maternidad, que ni por asomo se acerca a la imagen de mujer con problemas de abuso de alcohol o heroína, etcétera, y que en los varones no recae de esa forma. En los procesos de los hombres, tengan hijos o no, estos no aparecen. Pueden desvincularse fácilmente, tanto social como personalmente”* (Martínez, 2009, p. 46-47).

Són moltes les persones amb un consum compulsiu que acoten les seves relacions a cercles vinculats a la cultura de la droga. L'absència o la invisibilitat d'altres dones consumidores dins aquests cercles que els hi puguin servir de referent fa que visquin els seu consum de forma més individual i solitària, agreujant la situació d'aïllament. Així ho explica Martínez: *“La mujer que desarrolla conductas en torno al abuso de drogas suele vivirlo de forma individualizada, atomizada, sin referentes en el imaginario social colectivo. Permanece invisibilizada, a la sombra de la visibilización de la drogodependencia masculina”* (Martínez, 2009, p. 43).

Per les dones consumidores els vincles i relacions personals són molt importants. Viuen tot això amb culpa i vergonya, especialment si són mares. Ser consumidor d'heroïna en els homes pot crear identitat (Romaní, 1999); es veuen reflectits en un imaginari social que, si bé els desprecia, també els tem i per tant els respecta. No és el mateix en el cas de les dones. El doble estigma i les dificultats de sentir-se identificades amb altres dones els hi resta possibilitats d'empoderament i de construcció d'identitat al voltant del consum. En aquest sentit, la manca d'autoestima esdevé quelcom diferencial entre homes i dones.

Si es comença a formar part dels cercles estructurats al voltant de la cultura de la droga, un cop ja s'ha entrat en una etapa de consum compulsiu, són poques les possibilitats de trobar en ells una xarxa de recolzament: *“Para la mayoría de mujeres la relación entre consumidoras gira única y exclusivamente en torno a la propia sustancia. El consumo incapacita el mantenimiento de vínculos ya que la relación por sí igual no constituye, en ningún caso, una prioridad”* (Arostegi i Urbano, 2004, p. 170). Es tracta d'un entorn fortament masculinitzat al que les dones s'afegeixen amb clares desavantatges i amb unes condicions de seguretat més precàries. Son moltes les dones consumidores que han viscut situacions de violència i/o agressions sexuals durant les etapes en que han estat consumint de manera compulsiva (Arostegi i Urbano, 2004)

El fet de tenir una parella consumidora que forma part d'aquests cercles pot actuar de protecció, tot i que en molts casos sol ser també un factor de risc en la intensificació del consum i un impediment a l'hora de reduir-lo o abandonar-lo. En el cas de la Rosa el seu consum va anar molt lligat a la seva relació de parella:

El era como mi padrino en esto. Él me compraba, me administraba las dosis, él me aconsejaba. Mi consumo siempre iba muy asociado a él.

Creo que si no hubiera estado con él, igual ni siquiera lo hubiera probado. Era algo muy de él y mío.

Yo nunca iba a pillar sola, siempre con él, fui con él varias veces al pueblo pero siempre con él, nunca sola, nunca consumí sola. Chinos si, pero por que me traía él el material, lo compraba él, pero nunca fui sola a comprar.

Són molt els casos de parelles consumidores en les que predominen les relacions de dependència i en les que es donen situacions de violència masculista, no gaire diferents a les que es donen en la resta de la societat (Martínez, 2009). Aquesta qüestió ha estat especialment abordada en la bibliografia que ha incorporat la perspectiva de gènere, donat que és una situació habitual a la que fins aleshores no s'havia parat gaire atenció i a la que no s'han destinat recursos específics² (Fundación Atenea, 2009).

Amb tot el que s'ha esmentat fins ara es pot concloure que un manteniment prolongat d'un consum compulsiu d'heroïna pot comportar dures conseqüències en la vida de les persones consumidores i en el seu entorn familiar i social, però també és necessari recordar que en els casos d'extrema exclusió el consum compulsiu d'heroïna pot dotar d'estructura el dia a dia: Un motiu per aixecar-se als matins, una forma d'obtenir diners, vincles afectius, i una forma de fer més suportable el sofriment, el fred i la gana: “*La heroína sigue siendo una droga con un fuerte poder adictivo y es preciso que sea tratada con precaución. Puede resultar muy destructiva, sobre todo cuando la consumen jóvenes procedentes de entornos problemáticos, sin estudios, sin apoyo emocional y con unas perspectivas de futuro mínimas. Para los realmente pobres del tercer mundo, la heroína proporciona cierto alivio y quizás ayuda a mantener la salud mental*” (Carnwath i Smith, 2006, p. 126). En aquests casos, aquests autors sostenen que l'heroïna continua sent un dels millors fàrmacs, i així ho explica la pròpia població usuària de les sales de venopunció³. El consum d'aquesta droga esdevé així una forma d'automedicació.

Són moltes les raons que poden portar les persones a voler mantenir-se abstinentes o simplement reduir de forma significativa el consum. Algunes ho fan sols/es o amb el suport de l'entorn proper; d'altres recorren a serveis especialitzats: “*Cuando los heroinómanos dejan el hábito, lo hacen normalmente porque han sopesado que es la mejor decisión para sus vidas, no a consecuencia de un tratamiento intensivo en clínicas de rehabilitación ni a causa de la conmoción que les supone una sentencia penal.*” (Carnwath, i Smith, 2006, p. 120).

La Rosa va deixar de consumir arrel de l'experiència traumàtica d'una sobredosis. En les seves paraules:

Dejé de consumir por que tuve una sobredosis y me asusté, no quise

2 Aquesta qüestió ha estat abordada de manera monogràfica a l'estudi *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres* realitzat per la Fundación Atenea l'any 2009 (citada a la bibliografia)

3 Aquesta afirmació és fruit del meu contacte diari amb la població usuària d'una d'aquestes sales.

más y ya lo dejé. No volví a consumir más después de la sobredosis, nunca más. Que casi me muero, fue muy duro para mi ver a la gente que me quería llorando y diciéndome “tía, que estabas morada ya, que casi me muero del susto yo al lado de ti” Es muy duro ver eso, escuchar esas palabras, aunque tu no te acuerdes de nada, por que yo no me acuerdo. Yo me acuerdo de meterme el chute, tumbarme hacia atrás en la cama, y despertarme mojada, gritando a todo el mundo, insultando a todo Dios. Un enfermero, una ambulancia, una amiga y mi novio y yo gritando a todos que se fueran de aquí, que qué estaban haciendo, por que me habían mojado. Y mis amigos intentando explicarme lo que había pasado, pero yo no les creía. Yo les decía: Que mentirosos. Hasta que me calmé y empecé a asimilar lo que había pasado, que fue casi al otro día después de dormir. Por que me tuvieron que meter 2 naloxonas. 2 más el de la ambulancia, por que no reaccionaba. No, hasta que no llegó la ambulancia no reaccioné. Las dos que me metió mi novio igual me mantuvieron, pero no volvía, hasta que no llegó la ambulancia y me metió el chutazo, supongo, y ahí si fue. Tuve mucha suerte.

Para mi fue un trauma, de echo lo sigue siendo, yo me arrepiento mucho de haber llegado a ese punto. La verdad que creo que la vida me puso eso en plan. No se, a veces pienso que la vida es muy inteligente, por que igual sino hubiera tenido esa sobredosis yo hubiera seguido consumiendo y a saber, por que estaba tonteando de verdad ya. Y no se lo que hubiera pasado si no hubiese pasado eso, pero a mi lo de la sobredosis fue lo que me hizo hacer un cambio radical.

Patir la sobredosis va ser una experiència tan dura per ella que deixar el consum li va resultar senzill, de fet, el seu propi cos reacciona de manera adversa cada cop que ho té a prop.

Yo te juro que fue tan heavy este choque que yo tuve, que creo que mi rechazo fue, fue una decisión muy fuerte, ¿sabes? Entonces sentía tal rechazo que no tuve casi mono, si tuve, tuve muy leve. Para nada, ya te digo yo que incluso sentí mucho más cuando consumía opio que ahí si que notaba que tenía mono, no mucho pero si de mala ostia y bueno. Pero con la heroína yo, para mi la decisión fue tan fuerte, el rechazo tan fuerte dentro de mi que sentí de repente que no me costó nada, al revés, me daban ganas de vomitar cada vez que.

Aquest relat també posa de manifest que el Síndrome d'Abstinència no sempre és tan central com sovint apareix en relació a l'heroïna. La seva intensitat varia no només segons la quantitat a la que la persona està acostumada, sinó també segons les circumstàncies que l'envolten.

Una de les raons més destacades per les dones a l'hora d'abandonar el consum és la maternitat. Sobretot si estan en els primers anys de consum compulsiu poden deixar

de consumir de manera radical davant un embaràs. Altres no deixen de consumir, però articulen estratègies de reducció de danys: canvi de via de consum, reducció de les dosis, substitució per altres substàncies com metadona o psicofàrmacs, que eviten que la dependència a la substància esdevingui problemàtica. (Meneses, 2006).

En aquests sentit, es pot afirmar que un dels motius per abandonar el consum és el trobar una motivació, en el cas de moltes dones és la maternitat. D'altres, com és el cas de la Rosa és la seva feina i l'entorn d'amistats no consumidores. Aquestes són les raons que segons ella dificulten abandonar el consum:

“lo peor que te puede pasar cuando estás enganchado a algo, no tener una motivación extra. Ahí sí que es difícil. Yo lo que he visto por mi experiencia por la gente que se queda más, la gente que se suele quedar más es gente, bueno no toda, pero sí que hay una cierta parte de la gente que se engancha que no tiene otra alternativa como una motivación. Y no por que no tenga medios, a veces sí por falta de medios, pero a veces no, es gente que sencillamente no encuentra su lugar en este mundo.”

Hi ha una sèrie d'obstacles que dificulten que les dones demandin tractament. Tot i així hi ha dones que ho fan, trobant-se en programes poc adequats a les seves demandes i interessos. Això minva l'efectivitat dels tractaments i minimitza les garanties de manteniment de l'abstinència un cop finalitzats aquests. A continuació és faran algunes pinzellades sobre aquesta qüestió.

3.3. Les dones en els centres d'atenció i tractament específics sobre drogues i drogodependències.

Les dones que sol·liciten tractament per desenganxar-se de les drogues són molt heterogènies i provenen de contextos socials, econòmics i culturals diversos. No totes han passat per etapes de consum compulsiu i són diverses les substàncies sobre les que han generat addicció. Segons la bibliografia consultada, només un 20% del total de persones que sol·liciten tractament són dones (Martínez, 2009). Segons dades aportades per Elisabet Arostegui i Aurora Urbano menys d'una dona, per cada tres homes usuaris de drogues, sol·licita tractament (Arostegui, i Urbano, 2004, p. 58). La presència de les dones, per tant, és minoritària.

L'estudi realitzat per l'Oficina de la Droga i el Delicte de Nacions Unides distingeixen tres tipus d'obstacles en relació a l'atenció i el tractament de les dones consumidores de drogues. En primer lloc, aquells que impedeixen l'establiment de serveis adequats a les seves necessitats: la falta de poder de decisió de les dones; la poca sensibilització a les diferències de gènere respecte als factors determinants de l'estat de salut i el seus resultats; la falta de dades sobre les dones toxicòmanes i les seves necessitats de tractament; i la falta de models de tractament apropiats sensibles a qüestions de gènere, fonamentats en proves empíriques. En segon lloc es refereix als obstacles de caire estructural, entre els quals esmenta: la manca de serveis que disposin d'ajuts per atendre els fills i filles durant el tractament; la manca de serveis dirigits a dones embarassades; el fet de que els programes de tractament estiguin situats lluny de

la llar familiar; les altes despeses associades al tractament; l'extrema rigidesa dels programes; la manca de capacitat de resposta immediata; les dificultats per garantir la seva seguretat física; i la manca d'informació sobre les opcions de tractament. Finalment fa referència a aquells obstacles de caire social, cultural i personal: el fort sentiment l'estigmatització, vergonya i culpa; la por a perdre la custòdia dels fills/es; la falta de suport per part de les seves parelles i la resta de familiars, i la falta de confiança en el propi tractament (Oficina contra la droga i el delictes de la ONU, 2004)

Un primer obstacle es troba en el simple fet d'acudir a serveis d'atenció o posar-se en tractament, suposa reconèixer-se com a dones drogodependents vers elles mateixes i les seves famílies, i per tant fer-se visibles. La por al rebuig i a l'estigma fa que moltes dones prefereixin no fer-ho. Com ja s'ha esmentat, les dones contenen amb menys suport familiar i es troben més aïllades que els homes. La por de la família que es faci públic que la dona és consumidora, la manca de confiança en l'efectivitat del tractament, i l'obligatorietat vers les dones d'absentar-se durant un període de temps, són factors que poden arribar a provocar l'oposició de la parella i l'entorn familiar a l'entrada a un tractament per part de les dones. Això pot ajudar a explicar perquè gran part de les que demanen atenció i/o tractament són politoxicòmanes que tenen com a substància principal l'heroïna, que han mantingut un consum compulsiu durant llargs períodes de temps, i els seus vincles familiars i socials estan molt malmesos (Martínez, 2009, p. 44).

Una altra dificultat recau en les mares. Moltes dones no es posen en contacte amb els serveis específics per por a perdre la custòdia de les filles i fills o haver de mantenir-se'n allunyades. Cal tenir present que la xarxa pública espanyola i catalana d'atenció a les drogodependències no disposa de recursos dirigits a les dones i a les seves filles i fills. Segons Meneses, la maternitat és una de les principals motivacions que porta les dones a demanar tractament. Aquesta autora destaca l'embaràs com una de les principals motivacions entre les dones per abandonar el consum: "*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*" (Meneses, 2006, p. 270). En aquest sentit assenyala que poder estar amb els seus fills i filles i gaudir-ne podria contribuir a la recuperació de les dones que entren a programes de tractament.

Un tercer obstacle el trobem en l'androcentrisme des del qual és conformen els programes de tractament, i que provoca una manca d'adequació d'aquests programes a les situacions específiques de les dones fan difícil la seva continuïtat. En aquest sentit es remarquen grans mancances derivades del fort androcentrisme des dels quals està plantejat el problema de les drogues. Les dones continuen sent percebudes i tractades com l'excepció. Això deriva en que disposin de menys recursos que el homes. Són nombrosos els centres de tractament que veten l'entrada a les dones per considerar-les un element distorsionador a la recuperació dels homes. Són excepcionals, en canvi, aquelles comunitats terapèutiques que situen en el centre les necessitats de les dones. Pitjor encara està el panorama quan les dones tenen necessitats afegides com pot ser haver viscut situacions de violència o tenir alguna malaltia mental. En aquests casos les dones no disposen de gairebé cap recurs.

Aquest androcentrisme també es reflexa en el tipus de programes que -pensats en base a un subjecte masculí- no només no s'adapten a les necessitats de les dones, sinó

que sovint poden resultar contraproductius. Un exemple el trobem en la teràpia de confrontació⁴ utilitzada en molts centres de tractament. Aquesta teràpia s'ha pogut mostrar efectiva en el cas dels homes però no ho és tant en les dones.

Cal tenir present que les dones troben les causes del consum en elles mateixes; en contraposició, els homes solen culpar de la seva situació a factors externs: *“Las mujeres interpretan la recaída como un fracaso personal y “generalizan el problema del consumo a otros aspectos del proceso personal”. Son recaídas rápidas, intensas, con un abandono total en lo personal. Tienen una gran sensación de culpa. Por el contrario, en los hombres, según señalan los profesionales, pesan más otros como las situaciones eufóricas agradables, la presión social, la muerte de algún familiar cercano, las discusiones con la familia (mujer e hijos principalmente), el placer de consumir, etc. Tras la recaída se dan más justificaciones externas a la hora de explicar la vuelta al consumo. Se percibe menos culpa”* (Aristegi i Urbano, 2004, p. 58) En aquest sentit, la teràpia de confrontació que potencia el sentiment de culpa i responsabilització per part de les persones consumidores de la seva situació, pot malbaratar una autoestima que ja de per si és baixa en les dones. Per contra, és necessari crear per elles un clima de confiança i seguretat que potenciï la seva autoestima i la seva autonomia, de cara a empoderar-les en la seva capacitat d'abandonar el consum.

Una altra dificultat es detecta en que els estereotips de gènere estan molt presents en la pròpia definició dels programes específics dirigits a les dones. Aquests programes es centren en els rols tradicionals de les dones: la cura d'elles mateixes i del nucli familiar, les tasques domèstiques i la maternitat; i s'incideix poc en la preparació i inserció laboral per tal de garantir la seva independència i autonomia.

El fort estigma vers les dones consumidores envaeix també l'actuació dels i les professionals implicats en el tractament. Així ho expliquen aquestes autores: *“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.”* (Meneses, 2006, p. 272). Martínez reitera: *“Ellas aparecen definidas como “más patológicas que los varones, asociadas al ejercicio de la prostitución y al abandono de sus responsabilidades como madres”. Igualmente, existe una percepción generalizada de que es más complicado el trabajo con ellas.”* (Martínez, 2009, p. 44).

Aquests estereotips prenen força sobretot quan les dones són mares i deriven en una forta pressió i insistència perquè assumeixin la cura de les filles i fills. Meneses adverteix: *“Muchas de estas mujeres no han desempeñado el rol materno durante el periodo de consumo activo y su identidad no se constituye sólo con la maternidad, sino que se reelabora desde la independencia y la autonomía, tanto económica como*

4 A mode d'exemple, l'Institut de Rehabilitación y Reintegración Desafío Joven de Santa Cruz, defineix així la teràpia de confrontació: *La confrontación es una técnica para el moldeamiento del comportamiento que caracteriza la forma de intervención, con ella se hace una llamada de atención enérgica al interno señalando y rechazando sus actitudes y comportamientos irresponsables que atentan contra la estabilidad del grupo o contra el interno mismo; pues en la dinámica, los comportamientos repercuten socialmente en los otros quienes se convierten en "espejos" que le posibilitan, entre otros aspectos, reconocer cuando los actos son inadecuados o irresponsables.* (<http://www.desafiojovensantacruz.org/frontpage.html.html>)

personal, y des del reconocimiento social que ella logra" (Meneses, 2006, p. 272). Evidentment aquesta pressió no es igual vers els homes, encara que ells també són pares.

Es detecten dues tendències entre les dones en tractament: o abandonen el programa o són molt complidores, acatant totes les exigències. Aquest últim cas no està motivat tant pel disseny dels programes de tractament com per condicionants personals com la voluntat fèrria de voler abandonar el consum, les pressions familiars i de l'entorn, o l'amenaça ja sigui amb la pèrdua de custòdia de les filles o fills o amb l'entrada a la presó (Meneses, 2006). Per això alguns estudis proposen la creació de serveis integrals dirigits exclusivament a les dones, que contin amb els mecanismes necessaris per assumir també la presència de filles i fills, no com a càrregues sinó com a suport (Oficina contra la droga i el delictes de la ONU, 2004).

Es finalitzi o no el tractament algunes dones s'abstindran de continuar consumint i d'altres continuaran. Les principals fonts de recaiguda es situen en les dificultats de recobrar els rols abandonats durant el consum; les traves de la família, el qüestionament continu de les seves capacitats, la desconfiança i el sentiment continu d'estar a prova davant familiars i serveis socials. En el cas dels homes tot això no passa tant, donat que sobretot la família valora enormement cada passa cap a l'abstinència. A més, mentre que als homes se'ls exigeix que es mantinguin en l'abstinència, en el cas de les dones s'és més exigent: no només hauran de demostrar durant molt més temps no només que han abandonat el consum, sinó també que son capaces d'exercir de perfectes mares, filles o companyes.

Una de les principals dificultats amb les que es trobaran les mares, serà poder recuperar la custòdia efectiva de les seves filles i fills, especialment en el cas que hagin estat les seves mares les que han assumit la cura dels nets i netes durant l'etapa de consum: *"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"* (Meneses, 2006, p. 273)

Però el principal motiu de recaiguda, és que la societat no ha canviat i a més a més no perdona que hagin estat consumidores. Les persones que formen part de contextos "normalitzats" tindran sempre a sobre l'etiqueta "d'ex-consumidora". Les que formen part d'entorns exclosos, un cop finalitzats els programes de tractament que havien de ser la solució a tots els seus problemes, tornen al carrer i es troben amb que allò que havia de ser un camí d'inclusió i integració a la "normalitat social" ha esdevingut una fal·làcia. L'exclusió, la precarietat econòmica, la desestructuració familiar no han desaparegut. Ara, això sí, estan sobris/es per viure el sofriment que tot això genera sense l'ajut de l'heroïna.

4. LA INCORPORACIÓ DE LA PERSPECTIVA CRÍTICA I DE GÈNERE A L'ESTUDI I ATENCIÓ DE LES DROGUES I LA DROGODEPENDÈNCIA.

Com hem vist, aplicar la perspectiva de gènere a l'estudi del consum d'heroïna entre les dones, va més enllà de tractar-les de manera segregada als homes. Cal aproximar-nos a la seva realitat tenint present que aquesta està immersa en una estructura patriarcal des de la qual es defineixen les categories i les relacions socials,

així com les actuacions institucionals. Les desigualtats de gènere -transversals a tota l'estructura social- condicionen l'experiència de les dones. És important, per tant, tenir present la seva especificitat i incorporar-les no com a mers afegits, sinó des dels seus propis interessos, necessitats i desigs.

Partint de plantejaments propis de l'antropologia feminista, s'ha evidenciat que l'afirmació que les dones són una minoria en el consum de drogues no és del tot encertada; depèn de la substància psicoactiva a la que ens estiguem referint. És cert que al llarg de la història han participat molt poc del consum lúdic de drogues; no és així en relació al consum terapèutic, com hem vist en el cas de la morfina o els psicofàrmacs elles són les principals usuàries. No és que les dones no consumeixin drogues sinó que ho fan per prescripció mèdica. La seva incorporació massiva al consum lúdic de drogues va de la mà de la seva incorporació a l'àmbit públic, és per tant molt més recent. Tot i que continuen representant una minoria pel que fa al consum de drogues il·legals, la seva equiparació amb els homes sembla que està en continu augment.

Es tracti de drogues legals o il·legals, com hem vist, el seu consum és més discret i menys visible això fa molt difícil poder conèixer la vertadera dimensió d'aquest fenomen. A aquesta dificultat cal afegir que actualment, hi ha pocs instruments adequats a conèixer la realitat de les dones consumidores d'heroïna. L'androcentrisme des del qual s'ha analitzat aquesta qüestió fa que per una banda, es disposi de molt poques dades quantitatives segregades per sexe que permetin conèixer la incidència d'aquest fenomen; i encara menys que hagin incorporat indicadors de gènere amb l'objectiu de captar la seva experiència. Passa el mateix amb les recerques de caire qualitatiu que han estudiat les drogues i el consum. Les dones resten invisibilitzades sota l'universal masculí, caient en l'error de fer-les partícips d'unes categories i situacions que sovint no comparteixen o no ho fan de la mateixa manera que els homes.

La bibliografia, que ha incorporat la perspectiva de gènere a l'estudi de les drogues i la drogodependència, ha contribuït a visibilitzar que les dones perceben i gestionen el seu consum i en pateixen les conseqüències de manera diferent als homes. Elles han estat socialitzades des de lògiques de seguretat, cura i prevenció: són menys dones les que proven l'heroïna i quan ho fan articulen mecanismes dirigits a escapar de l'estigmatització que suposa ser reconegudes com a consumidores, i evitar el consum compulsiu: ho mantenen en secret i consumeixen de manera més moderada.

Per altra banda, socialment es continua assignant a les dones la responsabilitat de la cura. Són valorades no només per elles mateixes, sinó també -i sobretot- pel seu rol de mares, filles i companyes. La societat -i elles mateixes- es jutgen sota aquest paràmetre. Això fa que quan es reconeixen i/o són reconegudes com a consumidores recaigui sobre elles un doble estigma: el que versa sobre les persones consumidores d'heroïna i el que ho fa sobre les dones que trenquen amb el rol social que els hi és assignat. Són vistes com a pitjors que els homes: antinaturals, malaltes mentals, vicioses, promíscues són alguns dels estereotips amb els que hauran de bregar. Com a conseqüència minva la seva autoestima i augmenta el sentiment de vergonya i culpa. Aquests sentiments sovint solen ser potenciats per l'entorn familiar i social, així com pels i les professionals implicats en els serveis dirigits a la seva atenció, agreujant així les problemàtiques que puguin anar apareixent durant la seva trajectòria de consum.

Recordem que les dones són més vulnerables a situacions d'exclusió -disposen de menys suport, estan en situacions econòmiques més precàries, i han de fer front a

situacions de violència masclista. Aquesta major vulnerabilitat també es detecta en els riscos sobre la salut, cal tenir present que -donat el rol de subordinació assignat a les dones- disposen de menys poder a l'hora de negociar pràctiques segures per prevenir els riscos de contreure malalties de transmissió sanguínia i sexual.

La manca de referents sobre el consum femení, així com el poc suport social i familiar fa que visquin el consum de manera molt individual i des de la vergonya. Això acaba derivant en un fort aïllament, que encara es més greu si es té present que no disposen de recursos d'atenció i tractament adequats a les seves necessitats.

Els estudis que s'han centrat en analitzar les dones usuàries dels centres d'atenció i tractament a les drogodependències han evidenciat que es troben greus obstacles per accedir i mantenir-se en aquests recursos. Aquests estan pensats per acollir a una població consumidora masculina i no tenen present l'especificitat de les dones. Entre les mancances detectades en aquest sentit destaca la falta de serveis d'atenció ginecològica, de protocols dirigits a fer front a situacions de violència masclista o centres dirigits a l'atenció de les dones embarassades o amb filles i fills al seu càrrec. A més a més els i les professionals encarregats de la gestió d'aquests centres no solen contar amb eines formatives que els hi possibilitin treballar els estereotips de gènere que sovint mantenen i reproduïxen a través de la seva intervenció.

Finalment, les dones consumidores són molt heterogènies; així com ho són les seves trajectòries de consum. Tant els estudis, com els serveis d'atenció es centren en un perfil de dones amb un consum compulsiu i/o problemàtic d'heroïna. Però tot sembla apuntar que aquestes són només una part petita del total de dones consumidores d'aquesta substància, de la resta no en tenim cap informació.

Amb aquest panorama resulta imperant posar en marxa recursos d'atenció i tractament que incorporin la perspectiva de gènere. Per això és imprescindible poder disposar de dades i estudis que ho facin. Tot i així, s'ha evidenciat la necessitat que les dones consumidores puguin disposar d'espais exclusius per elles, no només per tractar els seus interessos sinó també per facilitar un espai de relació entre dones. El fet de poder identificar-se i compartir experiències, pot esdevenir una eina privilegiada d'empoderament, contribuint a fer front al sentiment de culpa i vergonya. A més a més, disposar d'un espai d'intimitat i confiança entre dones pot facilitar la consolidació d'un entorn estable en el que poder consolidar i enfortir xarxes de suport mutu.

BIBLIOGRAFIA

Alonso, C., et. al., 2004. *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS).

Aristegi, E.& Urbano, A., 2004. *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias; Universidad de Deusto.

Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006. *Pla d'acció de drogodependències de Barcelona 2006-2008* (http://www.aspb.es/quefem/docs/PlaDrogues_2006_08.pdf)

- Becoña, E., 2002. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas
- Brugal, T., 2005. *Morbi-mortalidad asociada al consumo de heroína*. Tesis doctoral. Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia i Medicina Preventiva. Universitat de Barcelona.
- Carnwath, T. & Smith, I., 2006. *El siglo de la heroína*. Espanay: Ed. Medusina,
- Castaños, M, Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. 2007. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Díaz, A., Barruti, M., & Doncel, C., 1992. *The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- Escohotado, 2005. *Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.
- Faupel, C., 1991. *Shooting Dope, Career Patterns of Hard Core Drug Users*, Gainesville: University of Florida Press.
- Fundación Atenea, (2009) *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres:*
(http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Drogodependencia_ViolenciadeGenero.pdf)
- Harding, G., 1988. Patterns of Heroin Use: What Do We Know. *British Journal of Addiction* 83: 1247-54
- Martínez, P., 2009. *Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Ed. Horas y horas.
- Meneses, C., 2001. *Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Tesis doctoral. Universitat de Granada. Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia. Departament d'Antropologia i Treball Social.
- Oficina contra la droga i el delictes de la ONU, 2004. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudio smonográficos y experiencia adquirida*. Viena. p. V (es pot consultar a http://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Romaní O., 1999. *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- Romo, N., 2001. *Cultura del baile y riesgo: la influencia del género en los nuevos usos de drogas de síntesis*. Tesis Doctoral Universidad de Granada.
- Romo, N., 2006. Género y uso de drogas: La invisibilidad de la mujeres. A *Monografía Humanitas*. Barcelona Fundación Medicina y Humanidades Médicas, vol. 5. (Es pot consultar a: http://www.grupigia.com/descargas/IEC02_humanidadesmedicas.pdf)
- Zimberg, N., 1984. *Drug, Set and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven-Londres: Yale University Press.