

GÉNERO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: MUJERES DROGODEPENDIENTES DE UN CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL EN EL NORTE DE MÉXICO

GUILLERMO NÚÑEZ NORIEGA*
ALEJANDRO RENDÓN BAZÁN**

Recibido: 27 de septiembre de 2012
Aprobado: 13 de diciembre de 2012

RESUMEN

Se presentan los resultados de una investigación realizada en dos fases. En la primera, de tipo descriptiva, se caracterizó a los(as) usuarias(os) que acudieron a un centro de tratamiento contra las adicciones entre 2006 y 2008. Se encontró que existen bajos y muy similares porcentajes de adherencia al tratamiento en ambos sexos. En la segunda fase, se entrevistaron a profundidad a dos mujeres drogodependientes (una adherente y la otra no), encontrando que la violencia de género vivida por estas mujeres por parte de su familia y sus parejas, es un factor determinante tanto en el fracaso al intentar dejar la drogodependencia, como en la no adherencia al tratamiento. Por otro lado, los condicionamientos legales para no perder la custodia de sus hijos(as), y la participación activa, la confianza y el acompañamiento de los familiares a los procesos de rehabilitación de las mujeres drogodependientes, coadyuvan en su adherencia al tratamiento.

Palabras Clave: género, drogodependencia, mujeres drogodependientes, adherencia al tratamiento.

* Doctor en Antropología. Investigador Titular, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., Hermosillo, Sonora, México. Correo electrónico: gnunez@ciad.mx

** Maestro en Desarrollo Regional.

GENDER AND ADHERENCE IN TREATMENT: DRUG ADDICT WOMEN IN A YOUTH INTEGRATION CENTER IN THE NORTH OF MEXICO

ABSTRACT

The results of a research conducted in two phases are presented. In the first phase from descriptive type, the users who attended a rehabilitation center between 2006 and 2008 were characterized. It was found that there are low and very similar rates of adherence to treatment in both sexes. In the second phase two female drug addicts (one with adherence to treatment and the other a quitter) were interviewed in depth. and it was found that gender violence experienced by these women from relatives and partners is a key factor in the failure when trying to quit using drugs and in the non-adherence to treatment. On the other side, legal conditions avoid losing custody of their children, and the active participation, trust and support from family members during the process of rehabilitation, facilitate adherence to treatment.

Key words: gender, drug addiction, drug dependent women, adherence to treatment.

INTRODUCCIÓN

Se ha visto que en México el consumo de drogas es un problema de salud cada vez más grave, que afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Los hombres abusan más de las droga que las mujeres, pero el número de mujeres consumidoras aumenta más rápidamente (SSA, 1994, 1999, 2003; CIJ. 2001, 2003a). Tal vez por esa razón, la mayoría de los programas de tratamiento en México se han concebido pensando en los hombres (Medina-Mora, Natera & Borges, 2002: 15-25), y no tienen en cuenta las diferencias de género en relación con la igualdad de oportunidad en el acceso a los tratamientos contra el consumo de drogas y las diferencias de género en la adherencia a los mismos.

En la literatura revisada en México no se han encontrado estudios relacionados con el tema de la adherencia de las mujeres a los tratamientos contra la drogodependencia,

desde una perspectiva de género. No obstante, se trata de un tema que hay que estudiar, pues la relación de los índices de consumo de drogas entre hombres y mujeres se ha ido modificando rápidamente. En 1998 había en México ocho hombres por cada mujer drogodependiente, y para el 2002 cuatro hombres por cada mujer (CIJ, 2004). Lo alarmante de estas cifras nos motiva a abordar el tema de adherencia al tratamiento contra la drogodependencia. Por esta razón, se propuso esta investigación cuyo objetivo general fue: “Describir las condiciones de género por las que las mujeres drogodependientes se adhieren en menor medida que los hombres drogodependientes al tratamiento en Centro de Integración Juvenil de Hermosillo, Sonora”. En realidad, al inicio de la investigación partíamos de la siguiente pregunta: “¿Por qué las mujeres drogodependientes se adhieren en menor medida que los hombres drogodependientes al tratamiento que reciben en Centro de Integración Juvenil de Hermosillo (CIJH)”. La hipótesis fue la siguiente: “Las mujeres drogodependientes que acuden a CIJH, en busca de ayuda para su problema de consumo de drogas, se adhieren en menor medida que los hombres al tratamiento, debido al escaso o nulo acompañamiento de su familia y/o pareja, y a las exigencias de estos para el cumplimiento de sus roles de género dentro de la familia”. Vale mencionar que tanto la pregunta como la hipótesis estaban basadas en la impresión de uno de los investigadores, quien trabajó como terapeuta en el Centro durante un año.

No obstante, en el proceso de investigación se encontró que tanto en hombres como mujeres drogodependientes había bajos y casi idénticos porcentajes de adherencia al tratamiento (menos del 8%). No era cierta la impresión general de que las mujeres se adhieren menos al tratamiento que los hombres, al menos no en este Centro. Ante esta evidencia, se formularon nuevas preguntas de investigación relacionadas con las mujeres y su adherencia al tratamiento y desde una perspectiva de género: “¿Cuáles son las condiciones de género de las mujeres drogodependientes que influyen para que no se adhieran al tratamiento contra la drogodependencia?”, “¿Cómo influye la identidad y las relaciones de género de las mujeres drogodependientes con su pareja y/o con su familia en la adherencia al tratamiento?” y “¿Cómo influye la condición ocupacional condicionada por los roles de género en la adherencia al tratamiento de las mujeres drogodependientes?”. De igual manera, se propuso una nueva hipótesis: “La relación de la pareja y/o de la familia con las mujeres drogodependientes influye de manera positiva en la adherencia al tratamiento, a través de la participación activa, el acompañamiento y la confianza, que sus miembros muestran hacia estas.

La adherencia al tratamiento se ve afectada a su vez, de manera negativa, por las exigencias de la familia para que las mujeres drogodependientes cumplan con su rol de género en su familia y/o en la relación de pareja”.

El nuevo objetivo pasó a ser el siguiente: “Analizar las condiciones de género en que las mujeres drogodependientes viven la relación de familia/pareja y su papel en la adherencia terapéutica o no”. De esta manera, nos interesó comprender mejor las relaciones de género en el ámbito de las relaciones de pareja y/o familia.

MÉTODOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS

La metodología utilizada para esta investigación en su primera fase consistió en el acopio de datos y el análisis descriptivo, estadístico, con el fin de conocer las características y las diferencias por sexo de la población atendida en Centro de Integración Juvenil, A.C., (CIJ) de Hermosillo, Sonora. La obtención de datos se realizó a través de registro y conteo de datos generales en relación al consumo de drogas de los hombres y las mujeres que tenían el propósito de rehabilitarse y que acudieron al CIJ de Hermosillo durante tres años (enero de 2006 a diciembre de 2008). Los datos fueron tomados de sus expedientes, de un formato específico de entrevista inicial. Para la captura de datos y el análisis de las categorías que se desprendieron del formato de entrevista inicial, se utilizó el paquete estadístico SPSS de Windows versión 15.0.

En un segundo momento, la investigación fue de tipo cualitativo. Nos interesaba llevar a cabo un análisis de las condiciones de género que permiten a las mujeres adherirse o no al tratamiento ofrecido en dicha institución, a través de entrevistas en profundidad sobre diversos aspectos (su historia de consumo de drogas, sus relaciones familiares y de pareja, su relación con la institución) y su posterior análisis. Las dos mujeres drogodependientes se seleccionaron de la misma base de datos y tomando en cuenta las siguientes características: que ambas fueran mayores de 18 años, que una fuera casada y otra soltera [con o sin hijos(as)], que una haya logrado adherirse a su tratamiento hasta mostrar mejoría y ser dada de alta por el profesional a su cargo y que otra haya abandonado el tratamiento sin lograr el alta terapéutica y, finalmente, que ambas pertenezcan al nivel socioeconómico que resultó más común en la base de datos: bajo.

Las entrevistas se realizaron en sus hogares. Indicándoles que la información proporcionada sería manejada con absoluta confidencialidad y bajo el protocolo del consentimiento informado. Se elaboró una guía de entrevistas con una serie de temas tentativos que cubrían diferentes momentos de la vida personal, familia, social, su historia de adicción, sus relaciones familiares y de pareja y su relación con la institución. Cada entrevista duró aproximadamente dos horas. Para su análisis se elaboró un código a partir de las preguntas, objetivos y el guión de entrevista que se fue modificando en el proceso.

LA DROGODEPENDENCIA EN MÉXICO Y SONORA

En México, la Secretaría de Salud ha encabezado la realización de cuatro Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA-I, 1988; ENA-II, 1993; ENA-III, 1998; ENA-IV, 2002 y la ENA-V, 2008). La ENA-V, 2008 reveló que en solo seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% la cifra de quienes alguna vez las han consumido. Por otra parte, de acuerdo al Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2004), en Sonora, estado del noroeste de México y fronterizo con el estado de Arizona en Estados Unidos de América, se registraron 1.202 personas atendidas por la Red Estatal de Centros de Tratamiento Gubernamentales y los Organismos no Gubernamentales, durante 2004. Según el SISVEA (2004), en Hermosillo, que es el lugar donde se realiza esta investigación, el 79,8% eran hombres y 20,2% eran mujeres. La edad de inicio es de los 10 a los 14 años, y las drogas de inicio son el tabaco con el 44,1% y el alcohol con el 30,5%. También el cristal con el 2,8%.

CENTRO DE INTEGRACIÓN JUVENIL DE HERMOSILLO (CIJH)

El Centro de Integración Juvenil de Hermosillo es una de las ONG dedicada a la atención de drogodependencias; su misión es contribuir a eliminar o reducir la prevalencia del consumo de drogas en población, principalmente en aquella expuesta a factores psicosociales de alto riesgo y, en su caso, tratar y rehabilitar a las personas y familiares que ya presentan problemas de adicción. Su visión es estar presentes en todos aquellos lugares en donde existen situaciones de riesgo que incrementan la posibilidad de que una persona se involucre o continúe en el consumo de drogas, con

el fin de promover la prevención, el tratamiento integral y la reintegración social. Ser generadora de opinión en el ámbito científico nacional e internacional en materia de adicciones, incluyendo tabaco y alcohol.

El tratamiento que brinda el CIJH es para personas que consumen alcohol, tabaco y otras drogas. Se da individualmente e incluye a los familiares de los(as) usuarios(as) y es totalmente confidencial. Para iniciar el tratamiento se deben cumplir algunos pasos:

1. Que el servicio de atención lo solicite el usuario y/o su familia.
2. Se inicia una fase diagnóstica en la que el personal médico entrevista al(la) usuario(a) y/o a su familia; esta fase consiste en: a) Entrevista inicial; b) Estudio social; c) Examen físico; y d) Historia clínica.
3. Tratamiento y rehabilitación: En esta fase se trata a los familiares y a los(as) usuarios(as) con diferentes modalidades terapéuticas. Entre ellas: a) terapia individual; b) terapia familiar; c) terapia grupal (prevención de recaídas); d) terapia familiar múltiple (grupo de padres); y e) acupuntura.

FEMINISMO, MALESTARES Y SALUD MENTAL

El feminismo ha buscado fundamentar la demanda de equidad entre hombres y mujeres y con esta búsqueda ha permitido también, comprender muchos fenómenos relacionados con los malestares de las mujeres, los cuales están asociados a las condiciones de marginalidad, desigualdad, vulnerabilidad, violencia y exclusión, a las que se han visto sometidas en un sistema de dominación masculina que cubre tanto ámbitos privados como públicos (Burin, 1991).

Desde 1792 Wollstonecraft, pionera del feminismo, denominó “malestar” a las situaciones que perjudican la salud de las mujeres y que han sido impuestas por su condición de género. Esta autora consideró que la salud emocional de las mujeres y sus rasgos de personalidad debían ser entendidos como productos sociales, productos de su situación de subordinación y encierro doméstico, del acceso limitado a la educación, así como de los valores y costumbres de la época (Tong, 1989). Desde

entonces, los estudios feministas han venido planteando que los modelos culturales y las relaciones sociales a las que son sometidas las mujeres, les provocan graves consecuencias en su salud mental y en su salud integral. Asimismo, la propia OMS ha recomendado incorporar la perspectiva de género en nuestra comprensión y atención de la salud en general y de la salud mental¹ en particular.

Género y drogodependencia

A partir del planteamiento feminista sobre los malestares de las mujeres derivados en problemas de salud mental, se observa que la teoría feminista es extensa y cada vez más fructífera. Así mismo, el feminismo ha llegado a construir un planteo teórico novedoso con profundo impacto en las ciencias sociales y en la sociedad toda: la teoría de género. La estudiosa Martha Lamas define género como: “sistema prevaleciente de papeles sociales, expectativas y estatus del hombre y la mujer en determinada sociedad o cultura” (2003: 327). El enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres –y una parte importante de la vida de los hombres–.

Por otra parte, el concepto de drogodependencia propuesto por la OMS la define como un “estado psicofísico caracterizado por el consumo reiterado y continuo de una sustancia, a fin de experimentar los efectos que produce, o bien, para evitar los síntomas desagradables que se presentan si no se consume” (OMS, 1992). Queda claro entonces que en esta definición está implícito que la droga se vuelve necesaria para la persona que la consume, para no dejar de percibir los efectos (dependencia psicológica), o, porque si no la consume se siente muy mal (dependencia física o fisiológica).

Romero dice en su artículo “Sobre la necesidad de conceptualizar el género y su relación con las drogas” que:

¹ El concepto de la salud mental, por ser tan controversial, amerita un intento de definición. La Organización Mundial de la Salud la entiende como: “Aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social” (OMS, 2001: 1).

Las razones iniciales del abuso de sustancias son debidas al malestar femenino o masculino respecto de su afectividad. Es decir, se busca ser aceptado o encajar, ser atractivo, desinhibido, aliviar sentimientos de displacer. En los hombres el abuso de sustancias comúnmente se relaciona con rituales sociales que permiten la cercanía como una medida de su masculinidad. Cuando un hombre reconoce su adicción, admite estar fuera de control, lo que es reconocido como una ‘debilidad’ no masculina. (1995: 135)

A pesar de que existen factores en el inicio y en el mantenimiento del consumo de drogas que son comunes en ambos sexos, los cuales pueden ser de carácter individual, social y familiar (Becoña, 2007), se hace evidente la existencia de factores de riesgo específicos en la mujer y cuya presencia las hace más vulnerables a presentar un problema de consumo de drogas. Según la guía española “Mujer y Drogodependencias” (2007), algunos de los factores comunes que pueden poner a las mujeres en riesgo de consumir drogas son los siguientes: a) el matrimonio tradicional; b) el trabajo doméstico, en contraposición, al trabajo remunerado; c) la doble jornada de trabajo; d) el que la mujer tenga tres o más hijos(as) en casa a su cuidado; e) el síndrome del nido vacío, es decir, el alejamiento de los(as) hijos(as) del hogar; f) el carecer de redes de apoyo familiar y social; g) el no mantener una buena comunicación íntima y confidencial con su pareja (discusiones, violencia doméstica, presión de la pareja para que no trabaje en el espacio público, etc.); y h) el acoso o abuso sexual.

Las sociedades conciben a las mujeres drogodependientes como malas mujeres, malas madres, malas hijas, malas esposas. Desde lo público, la mujer drogodependiente es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, por tanto, alguien en quien no se puede confiar en otros ámbitos, como el laboral. En este contexto, se orilla a las mujeres a ocultar su problema y a no pedir ayuda o a postergarla (CONACE, 2004). Habitualmente, cuando el consumidor es hombre, su pareja (mujer) a menudo permanece a su lado, haciéndose cargo de los(as) hijos(as) e, incluso, participando en su proceso de rehabilitación. Una mujer que consume drogas, en cambio, frecuentemente es abandonada por su pareja y los(as) hijos(as) quedan al cuidado de terceros (CONACE, 2004: 11).

Cuando la mujer madre sale o “escapa”, de estos roles aceptados socialmente, y entran en el juego de lo “prohibido” para su género (drogodependencia), la familia sufre

más que si se tratara de otro miembro varón, ya que por su rol de género se espera que ella sea la principal responsable del cuidado del hogar. La mujer drogodependiente enfrenta diversos obstáculos para solicitar y recibir tratamiento y, muchas veces, encuentra la oposición de la pareja o de los padres, quienes generalmente minimizan la importancia y la gravedad del consumo o lo niegan del todo. El concepto de drogodependencia pues, se aplica con mayor facilidad a los hombres. Una mujer drogodependiente es percibida más fácilmente como una “mala” mujer y no como una mujer enferma que requiere ayuda (Castro, 2003). Lo anterior puede sugerir cómo, en cierta forma, nuestra cultura tolera más las conductas de drogarse en los hombres, mientras que a las mujeres se les censura este tipo de conductas por el rol social que deben desempeñar.

Por otra parte, para la mayoría de las madres drogodependientes hablar de internamiento resulta particularmente crítico, porque además de que deben separarse de sus hijos(as), temen perder la patria potestad, aunado a que a menudo no cuentan con redes de apoyo o sostén económico (o las han perdido) para el cuidado de los(as) hijos(as) (CIJ, 2004). También con respecto al abordaje de las conductas adictivas, Calvo (2007: 45-56) dice que la experiencia de la gestación y la maternidad son aspectos que suelen asociarse con mayor motivación para la búsqueda y retención en el tratamiento.

Desde el énfasis de la perspectiva de género en las adicciones, se debe entender que si para la mujer la existencia de hijos(as) a los(as) que debe cuidar puede ser un factor que dificulta el acceso a los recursos de búsqueda de empleo y al mercado laboral, en la mujer drogodependiente la existencia de hijos(as) también puede llegar a dificultar el acceso a los recursos relacionados con el tratamiento y la adherencia al mismo.

Mujeres y adherencia al tratamiento contra drogodependencia

En la literatura se han encontrado múltiples estudios sobre adherencia al tratamiento en las mujeres, pero casi todos desde enfoques médicos. En cambio, son poco comunes los estudios sobre mujeres y adherencia al tratamiento contra la drogodependencia desde una perspectiva sociocultural. No obstante, autores como Di Matteo & Di Nicola (1982) han expresado que la adherencia terapéutica requiere de “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en el curso de

un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”. Agrest (1997: 111-113) señala que la adherencia al tratamiento dependerá no solo de las condiciones físicas y psicológicas del paciente sino también de su contexto familiar y social, racional, emocional y económico.

El propio CIJ menciona que en muchos casos el abandono del tratamiento puede estar determinado por las demandas que enfrentan las mujeres como amas de casa, madres y esposas. Asimismo, que los terapeutas que no consideran estos factores, interpretan el abandono del tratamiento como escasa motivación o falta de compromiso de la mujer para su recuperación (CIJ, 2004). Esta confusión de síntomas puede llevar incluso a una medicación equivocada. Para Goudsmith (1996), esta “confusión” del terapeuta deriva en no identificar que detrás de esa sintomatología existe una serie de malestares producto de su condición de género. El terapeuta entonces la diagnostica como débil, sugestionable, emocionalmente desequilibrada, irracional, manipulable e incapaz de hacer frente al menor síntoma de estrés y por lo tanto tendiente a abandonar el tratamiento (Goudsmith, 1996).

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y RESULTADOS

1) Discusión y análisis de los datos fase 1

De las 1017 personas que asistieron en este periodo (2006-2008) de estudio al CIJH, solo 78 se adhirieron al tratamiento (58 fueron hombres y 20 fueron mujeres). En cualquier caso se trató de menos del 10% de hombres o mujeres adheridas al tratamiento. El análisis por sexo de las personas adherentes muestra diferencias interesantes o sugerentes. En cuanto a la edad, por ejemplo, cabe destacar la mayor adherencia de los adolescentes varones al tratamiento versus las mujeres (50% del total de los hombres adheridos y 30% de las mujeres adheridas). Otro dato importante es que en el rango de edad de entre 20 a 27 años, las mujeres se adhieren mucho más que los hombres.

Los hombres y mujeres con porcentajes más altos de adherencia al tratamiento, son quienes contaban con un nivel escolar de secundaria (51,3% hombres, 40% mujeres), comparados con las mujeres sin estudios quienes se adherían menos al tratamiento que los varones o el resto de las mujeres. Asimismo, las mujeres que contaban

con primaria y con niveles de estudios superiores, estaban significativamente por encima de los hombres con los mismos niveles de escolaridad en lo que respecta a la adherencia.

En cuanto al estado civil, el 57,7% de los hombres y el 50% de las mujeres adherentes eran solteros. Los hombres casados reportan mayor porcentaje de adherencia que las mujeres casadas (16,7% y 10%, respectivamente); no obstante, los hombres que viven en unión libre se adhieren menos al tratamiento que las mujeres con el mismo estado civil (11,5% y 20%, respectivamente), de igual manera quienes viven separados(as) de sus parejas (14,1% y 20%, respectivamente). La principal ocupación de estas personas que se adhieron al tratamiento fue la de “estudiantes de tiempo completo”, con un 31% para los hombres y un 25% para las mujeres, seguida de “actividad laboral estable”, con un 28% para hombres y un 15% para mujeres, respectivamente. En cuanto a la principal ocupación, los hombres que cuentan con actividad laboral reportan mayor porcentaje de adherencia que las mujeres en la misma condición (47% y 15%, respectivamente). Esto es lo opuesto a lo que ocurre en cuanto a hombres y mujeres sin ocupación o desempleados (17% y 20%, respectivamente). Otro dato que resulta significativo, es que la ocupación “hogar” no muestra ningún porcentaje en los hombres adherentes y sí un 4% para el caso de las mujeres. Esto significa muy probablemente que los hombres no asumen el hogar como ocupación. En conclusión, podemos decir que aunque hombres y mujeres tienen porcentajes casi idénticos en adherencia al tratamiento, existen algunas diferencias entre los hombres y mujeres que se adhieren, según sea su rango de edad, su estado civil, su ocupación, o su nivel de escolaridad.

Conclusión fase 1

A través de lo encontrado en esta investigación se concluye entonces, que la pregunta y la hipótesis inicial no fueron adecuadas. Puesto que se encontró que poco más del 92% de los hombres y las mujeres que solicitaron tratamiento en CIJH entre enero del 2006 a diciembre del 2008, no concluyeron el tratamiento. Por lo tanto, no son las mujeres quienes se adhieren menos al tratamiento contra la drogodependencia, sino que existe una relación de abandono similar en ambos sexos. Las y los adherentes eran en su mayoría adolescentes, su nivel de escolaridad al momento de ingresar a CIJH era el de secundaria y su estado civil solteros(as). En realidad, si algo destaca este estudio es que el CIJH tiene muy bajos resultados de adherencia, lo que debería

de conducir a estudios relacionados con ese tema en particular y tal vez evaluar sus modelos de atención y terapéuticos.

2) Discusión y análisis de los datos fase 2

A continuación presentamos los resultados de dos entrevistadas que fueron seleccionadas por cumplir con el perfil más común de mujeres drogodependientes que buscan ayuda en el CIJH. Los resultados en ambas fueron diferentes: mientras María, quien ha sido mono-consumidora no se adhirió, Juana, quien ha sido poli-consumidora sí lo hizo. Como veremos, ambas presentan situaciones y condicionantes comunes relacionadas con su condición genérica, pero también algunos rasgos diferentes.

Historial del consumo de drogas de Juana y de María: las diferencias de género

Los inicios en el consumo de drogas de ambas mujeres fueron en etapas muy tempranas de sus vidas. En relación con esto Juana dijo: “A los trece o a los catorce años empecé”. Al preguntarles cómo obtenían la droga, María respondió: “Siempre [con] mi amiga pues ella a sus papás les robaba dinero y todo y ella venía y me decía ‘¿vamos?’ [A consumir droga] ‘Pues vamos’”. Juana comentó al respecto: “Le pedíamos a alguien que nos hiciera un paro a comprar unas cervezas, y en las fiestas sola se daba pues, ellos [los hombres] solos te ofrecían”. Las formas en que, María y Juana, obtienen drogas, son fáciles, debido a que en el contexto social en que se encuentran no solo se crea e incita al consumo, sino que también las propias relaciones sociales lo exigen. Cabe mencionar que los hombres buscan a través del ofrecimiento de drogas, un contacto sexual. Así lo dijo Juana: “Si quería verme [pretendiente], era un requisito que tenía que traerme un buen guato de coca, y traer dinero y el carro y todo, pa’ dar la vuelta, si quería...”. En lo expresado por Juana, se observa un vínculo desde el inicio entre consumo de drogas, afectividad o sexualidad (dada por amigas o amigos que brindan compañía).

Ninguna de las dos entrevistadas tenía claro cuál fue exactamente el tiempo que estuvieron utilizando drogas. María refiere que su inicio fue a los 17 años y que dejó de consumir antes de tener a su segundo hijo, cuando ella tenía 29 años, también refiere que dejaba de consumir por cortos periodos, cuando su amiga no la invitaba a drogarse. Por otro lado, Juana dijo que había iniciado su consumo a los 13 años

de edad, aunque refirió también que desde muy pequeña había realizado pequeños consumos de alcohol y tabaco, y que su último consumo había sido alrededor de los 29 años de edad. Al respecto, Juana dijo lo siguiente: “[...] Cuando yo me junte con él [esposo], yo dejé de drogarme, yo quería cambiar de vida pues, quería hacer una vida diferente, y él [esposo] empezó a llevar droga a la casa, me llevó marihuana, [...] empecé a consumir yo otra vez”.

Se puede deducir que en ambos casos, los intentos por lograr una abstinencia en el consumo eran infructuosos debido a que seguían relacionándose con el medio que las formó como drogodependientes, es decir, María seguía frecuentando a su amiga (con quien tiene una relación muy estrecha afectivamente, sin que se mencione abiertamente una relación de pareja erótico-afectiva) y Juana no podía desprenderse de su esposo que era drogodependiente. Ambas coinciden en que hacían intentos por abstenerse del consumo, pero que eran intentos fallidos, porque al poco tiempo recaían. Otro punto de coincidencia fue que ambas habían abandonado a sus familias, María por seguir consumiendo al lado de su amiga y Juana por querer cambiar su estilo de vida.

En cuanto al tipo de droga de consumo, María dijo que solo ha consumido la droga de diseño conocida como “cristal”, que esa es la primera y única droga en su vida. Juana al respecto respondió: “Mariguana siempre tenía... coca... o sea, él [expareja] me llevaba de todo”. Queda claro a través del análisis de las entrevistas, que el tipo de droga que se haya consumido no es un factor que influya para la adherencia al tratamiento en el CIJH, pues la mujer que no se adhirió a este, María, es mono-consumidora, a la vez, la mujer que logró la adherencia al tratamiento, Juana, es poli-consumidora. De igual forma, en el comentario de Juana se observa que el factor que influye para el consumo de un tipo de droga u otro en estas mujeres, es la relación afectiva o de pareja, de quien se abastecen. Juana ve este abastecimiento como algo deseado y valorado, es decir, es una relación en la que se siente “contenta” por “tener de todo”.

María y Juana, coincidieron en considerar a la droga estimulante conocida como “cristal”, como la que más daño les ha ocasionado en distintos sentidos. Al referirse al “cristal” María dijo:

Me ocasionó problemas con mi papá y mi familia, mucha separación... si sentí en mi cuerpo muchas cosas raras de que... sí sentía la ansiedad de más droga, sí sentía que me dolía la cabeza, me dolían mis huesos, ay me ponía de mal humor... de repente se te olvidan las cosas así... estaba bien delgadita, llegué a usar talla cero de pantalón [...]. Yo no iba a querer un bebé que me saliera mal para estar batalle y batalle yo sola [...] es muy fuerte esa droga.

Por otra parte, María informó que su consumo de drogas era únicamente en compañía de una amiga, la misma que la inició en el consumo. Así lo dijo María: “[...] Me dolía decirle que no, porque yo y ella siempre juntas, y cómo negarle algo...”.

Juana al respecto, comentó:

Empecé a fumar [marihuana] con una amiga... [tiempo después] me iba a aquel cerro [...] y estando allá se me antojaba un gallo [cigarrillo de marihuana]... una vez ya que estaba yo casada seguí consumiendo, pero en la casa pues, escondida en el baño, y con el permiso de mi marido... fumaba para trapear, para barrer, para lavar los trastes, fumaba para vivir, porque no podía vivir sin estar fumando.

En lo expresado, por Juana con respecto al poder drogarse con el permiso del marido, pero a escondidas de los demás, y para realizar las actividades domésticas, queda claro que el consumo de drogas se instala en su vida en coherencia con un rol de género tradicional, de obediencia al marido, de “deber ser para y de” los otros, anulando así, su propia autonomía para la toma de decisiones. La droga se incorpora a la relación de pareja, donde existe una dominación masculina, roles tradicionales, de subordinación y obediencia al poder del esposo.

Por otra parte tanto María como Juana, consideran que hombres y mujeres drogodependientes tienen una relación diferente con la droga, en cuanto al uso y al consumo de las mismas. Además, consideran que la sociedad no consumidora percibe el consumo de drogas como una conducta más condenable en el caso de las mujeres, por considerarse más lejos de su papel de género socialmente esperado. Esto puede verse en lo expresado por María:

A los hombres les ayudan más, a una mujer eso se le critica mucho y a ellos hasta parece que les dan permiso... hay más hombres

drogadictos... muchas personas piensan que si te drogas con un hombre ya tienes algo que ver con él, y mi amiga no era así ni yo tampoco, mis vecinas siempre me decían, cuando salí embarazada me decían que tenía que hacerme estudios porque como usaba drogas a lo mejor estaba yo enferma de algo [de enfermedades de transmisión sexual].

María considera que las mujeres consumidoras de drogas son vistas como “malas mujeres”, es decir, son vistas como mujeres “fáciles” o sexualmente “promiscuas” y como “malas madres” [en caso de tener hijos(as)]. Sin embargo, también señala que es la misma sociedad quien permite el consumo de drogas en los hombres en mayor medida que en las mujeres.

Con respecto a la diferencia de género en el uso y consumo de drogas, Juana opinó:

Hasta ahorita es algo normal que los domingos los hombres no pueden dejar de tomar [alcohol], es raro el hombre que está sin tomar el domingo, las familias... si hay boda, si hay lo que sea, primero está la cerveza, y este... y si se acaba pues vamos por más, entonces este... era algo normal [...]. Ahora se ve que con el cristal hasta las madres de familia fuman y todo para adelgazar, dicen que se está dando mucho ya, y antes no, era raro ver a una mujer que anduviera de vaga en la calle... y yo creo que una mujer también ahora puede ser que pierda la vergüenza o lo que sea, para empezar, porque te regalan mucha droga, por ser mujer... es más fácil [para una mujer conseguir drogas], porque no se ve tan feo que una mujer ande de gorrón, pidiendo droga regalada pues.

Este comentario de Juana nos remite a la percepción de que el consumo de drogas (especialmente el alcohol) en algunos espacios sociales se ha normalizado, se ha convertido en una tradición, una costumbre, algo normal y aceptable en nuestra sociedad. Esta ‘normalización’ no se refiere en el discurso de Juana a un aumento de la oferta, de la disponibilidad y ni siquiera del aumento del consumo, sino que es, sobre todo, un cambio en las normas que regulan esas conductas y, por tanto, en los valores y significados que predominan culturalmente en esos espacios. Se trata de cambios normativos en la cultura que también pasan por cambios en las identidades de género con respecto al consumo mismo de las drogas. Juana precisa que las mujeres en su entorno están cambiando, son más “vagas”, “andan más en la calle”, “pierden más la vergüenza”. Además, comenta una diferencia de género en el

mundo de los(as) consumidores(as): las mujeres pueden ser más “gorronas” (pueden pedir droga), mientras que los hombres son los “proveedores”. Finalmente, llama la atención que Juana mencione que hay mujeres que están utilizando drogas con el fin de adelgazar. Esto pudiera indicar que los consumos de drogas por las mujeres están mediados por las exigencias sociales hacia las mujeres y la presión de una estética corporal dominante sobre ellas.

Se observa que María y Juana hacen notables diferencias entre hombres y mujeres en relación con el consumo de drogas, apreciadas en las formas en que consumen las sustancias, en la evolución de las adicciones, en las dosis y cantidades consumidas, en los patrones de uso, etc. Según ellas, los hombres consumen más drogas que las mujeres, aunque sí hay acuerdo en considerar que las motivaciones de hombres y mujeres frente al consumo de drogas son diferentes. Esto es, ambas entrevistadas nos permiten asomarnos a la importancia de las identidades y relaciones de géneros como diferenciadores al nivel del consumo y de las formas de obtener la droga, así como de las motivaciones y consecuencias sociales de la drogodependencia. Asimismo, ambas consideran que conocer a otros consumidores de drogas contribuye a facilitar la obtención de las mismas. Por último, ambas coinciden en señalar una serie de elementos comunes presentes al inicio del consumo de las drogas: el tener pareja o un vínculo afectivo con alguien que es consumidor, la facilidad de ser invitadas por ser mujeres, la facilidad de adquisición de las sustancias a través de estas relaciones afectivas, así como la existencia de problemas familiares y/o sociales diversos al momento de iniciar el consumo.

Relaciones de pareja

En este apartado se comenta sobre la relación entre la violencia ejercida particularmente por la pareja y la adherencia al tratamiento contra las drogas en las entrevistadas.

Al respecto, María refiere que su vida en pareja ha sido solo con dos hombres con los que ha tenido a sus hijos. En relación con su primera pareja comentó: “Vivimos con su mamá y ella decía que no le ayudaba en nada y hacía que él se molestara conmigo [...] y le hacía mucho caso a su mamá... y nunca conmigo contaba y ni me apoyaba en nada”. La segunda relación de pareja fue con un hombre que conoció en CIJH, ambos recibían tratamiento para su dependencia a las drogas. María quedó embarazada de esta persona y al poco tiempo decidieron vivir juntos en casa de

una amiga de ella. Poco después de haber tenido a su segundo hijo volvió a quedar embarazada y decidió separarse de su pareja, pues él volvió a consumir drogas y por esa situación estuvo a punto de perder la custodia de sus dos hijos más pequeños. María señala:

[...] Nomás le dije que ya no quería estar con él, ni que tampoco me ayudara porque eso me perjudicaba, porque me querían quitar a los dos niños el DIF [Institución del Estado para la protección de la infancia y la familia], si yo vivía con él o si me drogaba.

En cuanto a sus relaciones de pareja, se observa que los malos tratos y la violencia recibidos de su primera pareja fueron deteriorando esta relación hasta conformarse como posible causa del mantenimiento del consumo de drogas. María trató de cambiar su estilo de vida relacionándose con un hombre que, al igual que ella, recibía tratamiento contra el consumo de drogas. Este intento fracasó, pues su pareja no mantenía las mismas expectativas en cuanto a la relación y a la recuperación de su dependencia a las drogas.

En el caso de Juana, el historial de pareja es más largo, y cuando se le pregunta por esa historia nos ofrece un discurso de “precocidad” sexual: “Cuando tenía esa edad [9 años], fue que empecé a ver revistas pornográficas [...] y me llamaba mucho la atención el sexo y todas esas cosas...”. Juana dijo haber tenido múltiples parejas, pero solo con tres ha mantenido una relación de tiempo considerable (mayor a un año). Estas parejas han sido hombres con problemas de consumo de drogas y dos de ellos traficantes de drogas. Vivió en unión libre con Rigo durante nueve años, quien es padre de sus tres hijos. Otro de ellos es un negociante de una tienda de abarrotes cercana al domicilio que compartía con Rigo, quien se dedicaba también a la venta de drogas. Con este comerciante tuvo una relación paralela a escondidas de su pareja. Su última pareja es Homero, empresario de una tienda de mariscos y narcotraficante, con él vivió en unión libre por un periodo de tres años. Juana comentó sobre esta historia de infidelidad como producto de una insatisfacción en varias esferas de su vida: violencia, carencia afectiva, sexual, económica:

Me tocó salir, y andar con un muchacho que vendía coca [vecino], estando yo casada, porque... tenía mucho maltrato en mi casa... y él [Rigo] este... y él no dormía conmigo [...] Rigo se portaba muy mal conmigo, llegaba muy tarde a la casa, no había comida, y lo dejé, no

trabajaba, no le compraba pañales a la niña, y lo dejé yo, ah pues esa vez me corrió y lo dejé, y me fui.

Juana refirió también que intentó dejar el consumo de drogas cuando volvió a iniciar su relación con Rigo, pero que esto le fue difícil porque él no compartía las expectativas de cambio que ella tenía. Juana dijo:

[...] Yo quería que él cambiara, o sea, él, no me gustaba su forma de ser, pero yo quería avanzar, incluso me metí a aprender a cortar el cabello, yo escarbé los cimientos de la casa, no me resignaba a vivir toda amontonada, cuando salí de la peni [penitenciaria], mi papá me dio una casa que tenía en una invasión,... y allá me dejó, sola, y salí embarazada [de Rigo] con el dispositivo cuando estaba en la cárcel, no me quedó de otra más que volver con él, estaba yo sola en esa casa y de repente llegó él [Rigo], llegaba y con dinero y allí, y me empezó a pintar la casa y todo, pues volví con él, no me quedaba de otra pues... [...] pero él tomaba cerveza todos los días, él era con la cerveza y yo con la marihuana... [...]. No me bajaba de “pendeja”, de que yo “no valía nada”, de que “no servía para nada”, que “tenía las manos de trapo”, que “hablaba puras pendejadas”, que “decía puras babosadas”, que “tenía el cerebro lleno de mierda”, todos los días me estaba diciendo cosas...

En lo expresado por Juana es posible visualizar la compleja red de vínculos entre las dificultades para superar una drogodependencia y los vínculos afectivos, la pobreza, la búsqueda de apoyo, la presencia de una pareja drogodependiente que abastece de droga y la violencia física, intelectual, emocional, social que genera una dificultad para retomar el control de la propia vida.

En relación con lo anterior, se agrega que las expectativas de Juana son asimétricas e inequitativas a las de Rigo, porque mientras este prejuicia la actitud de ella, “como una pendeja que no sabe controlar” el consumo de droga, tiene que pagar las consecuencias de la adicción de aquel, pues asume la responsabilidad de su drogodependencia. La violencia ejercida hacia Juana, por parte de Rigo, forma parte de una relación a través de la cual él construye un poder sobre Juana y una imagen de sí mismo como más valioso. A través de la humillación constante, cotidiana, Rigo construye su identidad, la cual tiene un subtexto de género, pues se trata de un poder y una identidad masculina que se sanciona o espera positivamente en la sociedad y en su grupo social. Esto es, se espera que el hombre sea más fuerte y ejerza autoridad en la pareja, al punto incluso de hacerlo con violencia.

En la siguiente cita, se puede notar que Rigo mantiene una imposición de estereotipos profundamente opresivos, con respecto a los roles que (según lo apreciado a través de sus demandas) a Juana deben corresponder como mujer y que, como ella expresa, implican la renuncia de sí misma, “dejar de vivir su vida para vivir la de él”. Juana, como señala el feminismo, es definida por su relación con Rigo como “un ser para otro”, para él. Así lo sugiere Juana:

“¡Juana!”, me gritaba, me acuerdo que yo andaba en el patio regando las matas, barriendo, y llegaba yo corriendo: “¿Qué?” [decía Juana], “¡Cámbiale a la tele!” [decía Rigo], y pues mejor le cambiaba porque si no se me arrancaba pues, y me volvía a gritar, y: “¿Qué?”, “¡Bájale a la tele!”, bien loco... pero él se encargó de hundirme hasta lo más hondo... [...]. Entonces deje de vivir mi vida para vivir la de él, dejaba de pensar lo que yo pensaba, por estar pensando que él se iba a enojar, que él se iba... pensaba por él, todo por él, y ya...

De lo dicho por Juana, se puede notar que la violencia que Rigo ejercía en ella a través de los golpes, del hostigamiento verbal constante, del control de las actividades, de los insultos, de las humillaciones, se manifiesta en sentimientos de baja autoestima y de desesperanza, expresados en una sensación de hundimiento. Esta situación, como vimos anteriormente, se expresa también en el consumo de droga durante la realización del trabajo doméstico. Se puede notar también que Juana adopta una actitud de sumisión, vivida como algo insoportable que la autolimita y que se refleja en su falta de autonomía para tomar decisiones. La violencia que Rigo impone a Juana se deriva de la creencia, fomentada por la cultura patriarcal, androcéntrica, de que los hombres y lo masculino son superiores y de que las mujeres con las que viven son una extensión de sus posesiones o están a su disposición y servicio.

Por otra parte, Juana dijo también que la relación que mantuvo a lado de Homero, su amante, era considerada como más positiva para ella:

Me dijo el Homero: ‘Tú ya no vas a asaltar, ya no vas a robar, yo te voy a mantener’... él era el que me mantenía, el que me daba dinero y el que pagaba el hotel, luego renté un departamento amueblado en la colonia Las Quintas [clase media], y nos fuimos para allá, tenía televisiones, videocaseteras, yo tenía pulsos y esclavas para llenarme toda la mano así, y tenía como diez, once cadenas de oro gruesotas...

Homero libra a Juana de las vicisitudes del robo, a cambio de que él sea el proveedor y ella se encargue del cuidado en el ámbito doméstico. Se nota una de las características de los roles tradicionales masculinos, ser buen proveedor, que es una de las piedras angulares de la masculinidad dominante. Algo que a Juana la hacía sentir bien, puesto que vivía en una situación sin carencias de tipo económico, así como de abandono afectivo, de acompañamiento.

En cuanto al consumo de droga compartido con la pareja, María refirió que ella no consumió drogas con sus parejas. Por otra parte, Juana dijo que ella sí compartió el consumo de drogas con cada una de sus parejas, puesto que siempre buscaba relacionarse con personas drogodependientes para poder tener fácil acceso a las drogas sin que le generaran un costo económico. Así dijo Juana:

El primer novio que tuve... con ese probé la coca, también con el Homero una vez se puso muy loco, y yo también, ni modo que se acabara todo él pues yo también. [...] A veces fumábamos cristal los dos [Rigo y ella], él a veces me llevaba a la casa y nos poníamos bien locos, nos amanecíamos.

Para Juana el consumo de drogas compartido es una forma de convivencia e intimidad, con el que trata de mantener los vínculos de pareja. De hecho la pareja, el novio o el marido, es en muchas ocasiones quien desempeña el papel de inductor al inicio o de abastecedor del consumo de drogas. Este fácil acceso a las drogas a través de las parejas drogodependientes, con quienes se tienen vínculos ya de afecto o dependencia económica, ya de dependencia emocional y violencia, genera un círculo vicioso que imposibilita el romper con las parejas, con la adicción y con una red de drogodependientes que a su vez impactan su autoestima.

En cuanto al apoyo o rechazo que María y Juana obtuvieron de sus parejas para la rehabilitación, María dice que su segunda pareja solo la apoyaba económicamente aunque por su recaída y por el temor a perder la custodia de sus hijos tuvo que separarse de él. Por otro lado, Juana dijo que ninguna de sus parejas la apoyó, por el contrario, la inducían al consumo. Mencionó que Homero se acercó a ella cuando estaba recluida en el centro penitenciario y que Rigo, solo se acercó para llevarle droga.

En las historias de ambas entrevistadas es posible observar que el apoyo emocional, afectivo y de acompañamiento por parte de sus parejas no era adecuado como para que ambas mujeres desearan participar en un tratamiento para su rehabilitación. Lo anterior pudiera deberse al hecho de que todas las parejas de María (con excepción de su primera pareja) y de Juana, eran adictos también o estaban en rehabilitación (como en el caso de la segunda pareja de María) simultáneamente. Lo que estas entrevistadas nos revelan en sus historias es que la pareja masculina adicta es determinante como motivación al consumo, como mantenimiento del consumo y también como factor de recaída y no como factor de apoyo.

En el análisis de las entrevistas pudo observarse, en reiteradas ocasiones, que la violencia tanto física como psicológica ejercida hacia ellas por parte de sus familias y sus parejas, ha jugado un papel importante en el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas. Asimismo, que su condición de sujetos violentados se convierte en uno de los varios obstáculos para el inicio de un tratamiento de rehabilitación. La violencia ejercida hacia ellas deriva en daños o sufrimientos físicos, emocionales, o psicológicos, incluyendo la privación de sus libertades, tanto en sus vidas públicas como en sus vidas privadas. Además, continúan siendo vulnerables a un abuso sostenido en sus relaciones afectivas y continúan estando expuestas a entornos violentos.

Familia

Las relaciones con la familia y las dinámicas de género fue otra dimensión estudiada. Para tal fin se plantearon, como en los temas anteriores, preguntas generales que luego se fueron precisando a partir del propio discurso de las entrevistadas. Varios temas llaman la atención en estos relatos: la violencia de género en las familias de origen, la situación familiar como generadora de problemas emocionales, la asignación de tareas de género tradicionales, entre otros. Pero también una ausencia y presencia afectiva llena de contradicciones.

La vida familiar de María desde la infancia gira en torno al divorcio de sus padres y a los problemas ocasionados por su adicción a las drogas. Al mismo tiempo describe la actitud de la familia, en especial de la madre hacia el consumo de drogas, como permisiva. María dijo que aunque ningún otro miembro de la familia consumía drogas ilegales, existe un consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) por parte

de su hermano menor (un púber) y que eso a la familia no le representa ningún problema.

Al cuestionarle si su comentario sobre el divorcio lo hacía porque pensaba que tenía que ver con el inicio del consumo de drogas, el padre que a menudo trataba de hacerse presente, interrumpió y dijo: “Fíjese que yo creo que sí oiga, porque mi esposa nunca los apoyaba y nomás se la llevaba gritándoles y regañándolos y conmigo era lo mismo... puros gritos”. En cada pregunta dirigida a María, el padre que no se ausentaba del todo, interrumpía para responder por ella y María solo asentía con la cabeza a lo dicho por su padre. Se le cuestionó si resultaba cómodo para ella responder estando el padre presente y nuevamente interrumpió este para decir: “Le puede decir lo que quiera delante de mí, no tenemos secretos”. En esta relación y actitud del padre se observa que las opiniones de María están en un segundo término, pues es el padre quien opina y decide por ella. En otro momento, de nuevo se acercó el padre de María para interrumpir y expresarse sobre su exesposa de la siguiente manera:

Me puso el cuerno, y me dejó con los chamacos, después venía nomás a regañarlos y se los llevó con ella, pero poco a poco fueron recalando pa'ca conmigo, aquí siempre tienen comida caliente... yo sí los trato bien...

El padre se define a sí mismo como el dador permanente, el proveedor material y afectivo, así como el protector de la familia. María considera que una forma de compensar ese esfuerzo hecho por el padre, es trabajar para apoyar la economía familiar. También comentó que sin su trabajo la casa sería un desastre, pues no habría quién realizara las labores domésticas. María tiene pues una doble jornada que difícilmente le permite hacerse cargo de otros aspectos de su vida, “sin que todo se derrumbe”, como dice ella.

Según María, la relación con su hermano y hermanas es buena. Mencionó que con su hermana menor es con quien mejor relación tiene, pues es la encargada de la custodia de su niño más pequeño, y que el hermano es neutro en la relación, “no se mete con ella ni para bien ni para mal”. No obstante, señaló que su hermano cuidaba a su hijo y que le compraba ropa y leche cuando este lo consideraba necesario. María apuntó que en general ha llevado una buena relación con su familia paterna, aunque no con la materna. María comentó sobre el suceso:

[...] Me pelié con un hermano de mi apá, él se disgustó conmigo cuando falleció mi abuelo, porque cuando él falleció yo lo cuidaba... me vine un viernes para acá y me fui con mi amiga, y me fui y allá me quedé en su casa y resulta que mi abuelo falleció el sábado y yo no sabía sino que yo regresé hasta el lunes aquí y pues a mi abuelo lo habían cremado... y mi tío al siguiente día me gritó muy feo, me dijo que por andar de drogadicta mi abuelo se había muerto, me había desatendido de mi tata [abuelo], ellos ya no me querían allí...

En este comentario puede observarse que María ha sido vista como una “niña-nana” cuyas funciones han sido estar al cuidado de los abuelos, como papel natural de las mujeres, y de las labores domésticas. María recibió un fuerte castigo por su “falta”, por lo que fue juzgada y criticada por su condición de drogodependiente, y además expulsada de la familia y de su vivienda.

Por otra parte, María agregó que la relación con su madre no había sido buena después del divorcio de sus padres y que no le importaban los sentimientos de ella después de haberlos abandonado para irse con otro hombre:

Siempre quiere entrometerse conmigo, siempre quiere que mí papá esté mal conmigo, le dice a mi papá “Ya no le cuides al niño”... cree que sigo en las drogas, aunque tengo meses sin verla, ella siempre está en contra de mí.

De acuerdo a su narración, María percibe a su madre como una “mala madre”, una “mala esposa” y una “mala mujer”.

Este entorno familiar de rechazos, doble jornada, obligaciones de asistencia y cuidado a otros, asignación de culpas, agresiones entre los padres, sometimiento al padre, resentimiento hacia la madre, constituyen un entorno socio-emocional que en diferentes momentos se hace presente para evidenciar tanto un estado general de falta de autonomía, como su influencia en las dificultades para cumplir con los regímenes pautados en el tratamiento y por lo tanto, su adherencia al mismo, como veremos más adelante.

La dinámica familiar de Juana, por su parte, también ha estado caracterizada por problemas económicos y violencia del padre hacia los hijos y la esposa, asociados a

su alcoholismo. El padre es un hombre pensionado por la seguridad social y se dedica al cuidado de un rancho pequeño de su propiedad. Actualmente él se considera como un adicto en recuperación puesto que tiene más de 20 años acudiendo a grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos). La madre, por su parte, es una mujer dedicada al hogar y al marido. Juana tiene alrededor de un año viviendo en la casa de sus padres por conflictos con su pareja derivados de la adicción de ambos a las drogas. La relación que Juana lleva con sus hermanos es distante, de poca comunicación entre los miembros de la familia. Juana refirió que su hermana mayor la ha maltratado desde niña, que siempre han existido conflictos entre ambas por lo que ella siente como un claro favoritismo del padre hacia la hermana. Este es el origen de un fuerte resentimiento hacia ella.

En la historia de Juana, a diferencia de María, es el padre el que es identificado como el mayor generador de frustraciones, inseguridad, pobreza, escasez y violencia en la familia. Al mismo tiempo, se percibe cierto rencor hacia el padre por no haber compartido su atención de manera equitativa hacia ambas hijas. Estos recuerdos y resentimientos son, a decir de ella misma, una fuente de malestares en su salud mental. En cuanto a la madre, según Juana, era totalmente dependiente del esposo, se dedicaba a él y descuidaba a los hijos.

De la etapa de adolescencia, época en la que inició el consumo de drogas, Juana recuerda una exacerbación de la violencia del padre hacia las hijas y la esposa, así como una subordinación de género que se impone con tremendo realismo. Juana comentó que en su familia ha existido el problema de alcoholismo por parte del padre y de su discurso es posible detectar una cierta permisividad al consumo de drogas, la falta de límites y de autoridad. Sí en cambio, mucha violencia machista. Ella recuerda con intensidad emocional que cuando su padre dejó de tomar se volvió más agresivo. Un ejemplo de esta dinámica familiar de drogodependencia y violencia lo relata Juana:

Mi amá tenía la culpa de toodo lo que se le atravesara a mi papi, entonces, siguieron alegando, mí amá decía que no podía con la Blanca [hermana mayor] y mi apá le tiro un puñetazo en la boca, y le tumbó los dientes.

La violencia ejercida por el padre hacia la esposa es el reflejo de un ordenamiento social jerarquizado, en el que la madre de Juana pierde el derecho a controlar y

determinar las condiciones de su propia vida, para ser impuestas por el padre. Se puede deducir que tanto Juana como su madre están sujetas al cautiverio de su condición genérica, expresado en la falta de libertad y el sometimiento hacia el padre/esposo drogodependiente, iracundo y con la sanción social del ejercicio del poder hacia las mujeres de la familia, esto es, con un entorno cultural de ideologías e identidades de género machistas.

Esta desigual distribución de poder, muestra claramente la violencia de género que se ejerce hacia Juana y hacia María dentro de sus propias familias. Se trata de una violencia que parece invisible parcialmente para ellas y para las personas externas a la familia. Aunque puedan reconocer episodios de violencia y nombrar una serie de malestares, no articulan un discurso claro que identifique y caracterice las múltiples violencias y malestares como generadas por un contexto patriarcal y menos aún que puedan vincular con sus malestares emocionales, con su drogodependencia o sus dificultades para apegarse a un tratamiento.

El inicio de la búsqueda de tratamientos y las dificultades de la adherencia

Los relatos de las entrevistadas dejan entrever las dificultades familiares para brindar un apoyo efectivo que les permita iniciar un proceso de prevención o de tratamiento de su drogodependencia. Por ejemplo, Juana comenta que a medida que su consumo de drogas se fue agravando, su padre le decía “no andes diciendo que eres mi hija, me da vergüenza”, pero de ninguna manera le procuraba apoyo. El análisis del entorno de Juana nos conduce a pensar que su familia considera que las personas drogodependientes deben ser merecedoras de castigos y no merecedoras de tratamientos, por lo tanto, el apoyo para la rehabilitación del consumo de drogas se percibe como nulo o escaso. El apoyo se dificultó aún más cuando la familia la rechazó por haber regresado a vivir al lado de un hombre celoso, golpeador y drogodependiente. Este rechazo familiar, a su vez, jugó su parte en la indefensión en la que quedó Juana frente a la violencia de su pareja.

María a su vez, en un momento de la vida recibió un apoyo más decidido de su padre, sin embargo al inicio, por su propia adicción, tampoco atinaba a brindar el apoyo que requería. Cuenta el padre de María: “Yo tuve que ir a Alcohólicos Anónimos para poder entenderla... porque yo no entendía y le pegaba y la maltrataba, me desesperaba por no poder ayudarla... ya después yo la acompañe al centro a la rehabilitación...”.

En cuanto a los consejos, al apoyo moral y afectivo que ambas entrevistadas han recibido por parte de personas externas a sus familias, es decir, amigos(as), vecinos(as) e instituciones, se puede decir que han resultado más provechosos para que estas hayan acudido a tratamiento para su drogodependencia. María comenta la importancia de una vecina de la que recibió apoyo:

[...] ella me decía que ya no me fuera, platicaba conmigo porque ya estaba embarazada, que iba a salir mal el niño si me drogaba o algo y ya no me fui... me decía que ya no trabajara en ningún lado, que ella me iba a ayudar mientras estuviera embarazada y ahí me quedé, me ayudaba y yo le cuidaba a sus hijos porque ella trabajaba y de ahí, ya desde ahí ya no usé drogas.

Se puede decir que la solidaridad de la vecina y la maternidad (así como el alejamiento de los contextos de violencia), fueron eficaces para la abstinencia del consumo de drogas. Aspectos que, en citas analizadas anteriormente, se asocian con una mayor motivación para la búsqueda de tratamiento y la adherencia al mismo.

Otra forma de aliento exterior a la familia con mayor eficacia, es la que comenta Juana:

Un día me puse a hablar con una señora y nunca se imaginó que me cambió la vida yo creo, me dijo, “Lee los salmos”, entonces me hincé llorando en la peni y le dije a Dios que me perdonara... esa persona fue... allí vi yo que no... que es mucho lo que pierdo en comparación de lo que gano... empecé a ir yo con unos hermanos de la religión...

El acercarse a la religión, fue un hecho que cambió la vida de Juana para decidirse a dejar el consumo de drogas. Este evento fue impulsado por una mujer dedicada a predicar una doctrina religiosa a las reclusas de la prisión. De lo expresado por ambas entrevistadas, se puede decir que la solidaridad y la comprensión social son importantes para ellas. Se trata de gestos efectivos que van a contracorriente de una marginación social y de una percepción y valoración negativa del entorno, incluso de su círculo social más cercano: la familia y la pareja. Como vimos anteriormente, incluso la pareja y la familia son ocasión de un cautiverio de género y de violencias machistas múltiples.

Las razones que llevaron a ambas mujeres a buscar tratamiento contra el consumo de drogas son diferentes. María acudió al tratamiento por un corto periodo, dos meses, y dejó de asistir por reincidir en el consumo de drogas. A partir de esto perdió la custodia legal de su primer hijo ante el padre de este. Al respecto María dijo: “Empecé a ir al centro de rehabilitación [...] por la custodia de él [su segundo hijo] pa’ que no me lo quite el DIF es que tengo que ir a tratamiento [...]. Tengo que ir un año”. Con el condicionamiento de instancias legales y el apoyo de los familiares paternos, con la intención de que María siguiera viendo a su hijo, María acudió al tratamiento. El temor de perder a sus hijos, ser un “mala madre” (como su mamá fue con sus hijos, según su padre), fue lo que la motivó a abandonar en ese momento el consumo de drogas y acudir a tratamiento. Este elemento de la identidad de género, con una gran resonancia emocional en su historia personal, es uno de los grandes motores para la búsqueda de tratamiento en su caso. Pero no siempre es suficiente para garantizar adherencia, puesto que ella consideró que no era necesario seguir asistiendo y lo abandonó sin que el profesional de la salud a su cargo le hubiera dado de alta. Por esa razón perdió la custodia que le fue otorgada a la hermana. No obstante, más adelante en su narración refiere lo siguiente:

Después [por segunda vez] estando embarazada... fui como 5 meses [a tratamiento en CIJH] y ya como al sexto mes me empecé a sentir mala y fue cuando se me vino el bebé, dejé de ir porque lo tenía bien grave, estaba en terapia intensiva, duré tres meses yendo al DIF, porque duró tres meses en la incubadora y cuando me lo dieron pues ya no tenía que salir, tenía que estar al pendiente todo el día de él y ya cuando tuvo cuatro meses empecé a ir.

En esta ocasión fueron los deberes hacia el cuidado del hijo que nació prematuramente, tal vez por consecuencia misma del consumo de drogas, los que condicionaron su adherencia al tratamiento. Pero no solamente su trabajo como madre se convirtió en un obstáculo para la adherencia. Al cuestionar a María sobre los papeles que ella realiza en su familia, dijo: “Los de una mujer, ama de casa, ellos dicen que si yo me fuera a trabajar [...], quién iba a barrer, quién iba a limpiar la casa... todo se iba a derrumbar”. María asume como natural de las mujeres los roles tradicionales de las mujeres. Se trata de un papel en el que encuentra cierta contención familiar y que al mismo tiempo es fundamental para el funcionamiento familiar. Se trata de un papel de género que también parece obstaculizar la adherencia al tratamiento y su abandono. En esa situación se encontraba al momento de la entrevista. En el

presente, por lo pronto, intenta construir un nuevo discurso para ella misma, una manera de entender su pasado y su futuro. María comentó: “¿Te imaginas?, con tres hijos y luego en las drogas, nada les iba a enseñar, yo se que ellos van a saber que fui drogadicta y todo, pero no nomás que vean eso, sino también que me superé”.

En el discurso de María sobre el presente resignifica su papel de madre, el cual no ha sabido llevar a cabo de manera esperada, para asumirlo ahora como una madre drogodependiente que se esfuerza por asumir algo del papel de madre: “el de enseñar cosas buenas a los hijos”. Esto es, compensar una historia de “mala madre”, a través de lo que llama un ejemplo de “superación”. Esto permite entender que dejar el consumo de drogas es parte de un discurso de superación y no de sanación. En este discurso el cumplimiento de los roles de género sigue teniendo un valor motivacional importante.

En el caso de Juana, los roles que ella desempeñaba en su familia no distaban mucho de los que María realizaba en la suya. Es decir, Juana era una mujer dedicada también al cuidado de los otros. Ambas mujeres han sido educadas bajo el modelo patriarcal, en el que se les enseña que deben ser “buenas” madres/hijas cumpliendo con los roles tradicionales de las mujeres que se traducen en un “ser para otros”; sin embargo, la drogodependencia parece ir a contracorriente de esa expectativa social. Al mismo tiempo, los roles que las mujeres deben ejercer en la familia y en la relación de pareja, son factores que impiden que las mujeres puedan acudir a un tratamiento y continuarlo hasta su conclusión, puesto que como hemos visto a lo largo del análisis de las categorías revisadas, estos roles dificultan el apego al tratamiento por la carga de trabajo que implican.

En este sentido, existe una estricta coincidencia con lo mencionado por Sánchez-López (2006: 193) en su investigación también realizada en la ciudad de Hermosillo, en cuanto a que las mujeres drogodependientes suelen abandonar los programas terapéuticos por las presiones que tienen desde afuera para ejercer o retomar su rol femenino, volver a casa, cuidar a sus hijos, atender a la familia. Sin embargo, este es solo un aspecto de cómo las identidades y relaciones de género en un contexto machista, patriarcal, en el que han vivido y viven estas mujeres, condicionan tanto el consumo como las dificultades para buscar ayuda o apegarse al tratamiento, como lo hemos señalado en párrafos anteriores. Así lo parece indicar la historia de Juana. En su caso, la búsqueda de ayuda en CIJH fue propuesta por su padre:

Mi papá me llevó al Centro de Integración Juvenil cuando yo tenía como 16 o 17 años, en el tiempo en que conocí a Rigo, me dijo que me quería llevar con un doctor porque me veía muy mal de los nervios, entonces le dije: “Bueno”...

La sugerencia del padre de acudir a un médico porque la ve “mal de los nervios”, manifiesta la importancia del acompañamiento familiar tanto en el proceso de inicio del tratamiento, como en el proceso de recuperación. No obstante, Juana menciona que duró poco tiempo acudiendo a CIJH en esa primera ocasión. Los factores para el abandono han sido mencionados líneas arriba y se vinculan con el regreso a su vida de su pareja. Con el paso del tiempo, una vez casada con Rigo, decidió acudir de nuevo:

Rigo me tenía en una depresión, hundida totalmente, yo ya no soportaba, es que yo me quería morir [...]. Yo me hubiera matado, pero sabía que mi vida no era mía, pa’ empezar me daba miedo que si me mataba me iba a ir al infierno [...]. Mi apá me dijo: “Te quiero llevar con el doctor, vamos”, “Vamos”, le dije yo, ya sabía a qué iba. [...] Yo sabía que había una salida, alguien que me podía ayudar, porque me acordé que mi apá me había llevado hacía muchos años allí.

En relación con lo anterior, Juana dijo que aceptó ir al CIJH por segunda ocasión y nuevamente por sugerencia de su padre. Juana sentía que en realidad necesitaba ayuda para su problema de depresión en que se encontraba, producto del maltrato ejercido por Rigo.

Conclusiones fase 2

Vale recordar que el objetivo de esta fase era describir las condiciones de género en que las mujeres drogodependientes viven la relación de familia/pareja, y que les permitan o dificultan la adherencia terapéutica en una institución dedicada a la prevención y a la atención de la drogodependencia en Hermosillo, Sonora, México. Con relación a estos temas podemos concluir lo siguiente:

1. El inicio del consumo de drogas está fuertemente condicionado por contextos caracterizados por la violencia familiar machista de los padres hacia ellas y las madres, lo que genera un profundo estrés personal y familiar. Al mismo

tiempo, los inicios del consumo de drogas están asociados con vínculos de cercanía afectiva o sexual. El abasto de drogas por parte de compañeros varones se produce dentro de redes de sociabilidad también fuertemente marcadas por estereotipos, ideologías e identidades de género tradicionales.

2. Desde la perspectiva de las entrevistadas, la sociedad tienen una relación diferente con la droga fuertemente marcada por estereotipos de género, pues condena más fuertemente a las mujeres drogodependientes que a los hombres drogodependientes. Al mismo tiempo, estas mujeres están conscientes de que el consumo creciente de drogas por parte de las mujeres está asociado no solo a la mayor facilidad para adquirirla o al aumento de la oferta, sino a cambios valorativos en torno a las posibilidades de comportamiento de las mujeres que si bien, por un lado, parecen apuntar a la subversión de roles tradicionales de género (tienen más libertad de movilidad, son más atrevidas sexualmente, tienen “menos vergüenza”), también apuntan a nuevas exigencias sociales relacionadas con discursos estéticos dominantes.
3. El consumo de drogas y los intentos fallidos para dejarlas están asociados a relaciones de pareja en las cuales, por un lado, se les abastece de la droga y por el otro, se sufre de violencia machista de tipo físico y psicológico que las desempodera y las subordina en un cautiverio de género. En esos contextos, los padres oscilan entre el rechazo y el discurso del castigo y mayor violencia, ambas reacciones también condicionadas por ideologías y estereotipos de género. Estas reacciones no contribuyen al empoderamiento emocional que permite construir capacidades de toma de decisiones y de autonomía, sino que, por el contrario, las merma.
4. La decisión de acudir a un tratamiento contra la drogodependencia es favorecida por mujeres vecinas o de la sociedad civil que brindan apoyo emocional, espiritual y a veces material (como dónde vivir), así como por decisiones de alguno de los padres para acompañar el proceso. En ambos casos las personas que ofrecen el apoyo brindan afecto y solidaridad, algo contrario a la violencia que disminuye su capacidad de toma de decisiones en la pareja.
5. La búsqueda y el inicio de tratamiento también es favorecida por exigencias legales y amenazas de pérdida de la custodia de los(as) hijos(as). Se trata de

una amenaza que incide sobre exigencias de cumplimiento de un rol de género como “buenas madres” fuertemente arraigadas en las mujeres y en la sociedad en general.

6. Sin embargo, los condicionamientos legales, ni el deseo de ser buenas madres, ni el acompañamiento familiar, religioso o vecinal inicial, son suficientes para mantener la adherencia al tratamiento. Las tareas domésticas y de maternidad, asignadas familiarmente y socialmente en virtud de su identidad sexo-genérica, y asumidas por ellas a menudo como naturales, así como la doble y triple jornada, se convierten en un obstáculo efectivo para adherirse al tratamiento que ofrece el CIJH.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrest, A. (1997). *Adherencia a tratamientos farmacológicos. Medicina* (Buenos Aires), 57(1): 111-113.
- Becoña, E. (2007). *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Curso taller: Prevención del consumo problemático de drogas*. Presentado en la República Oriental del Uruguay. Obtenido el 20 de septiembre de 2008 de: www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/Uruguay.5.FactoresRiesgoProteccion.27.8.07.pdf
- Burin, M. (1991). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós. p. 39-40, 56-62 y 178-181.
- Calvo, H. (2007). *Redes de apoyo para la integración social: la familia. Salud y drogas*, 7(1): 45-56. Instituto de Investigación de Drogodependencias. Alicante, España.
- Castro R. & Rique Florina. (2003). *La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos*. En Artigo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):135-146, jan-fev.
- CIJ Centro de Integración Juvenil, A.C. (2004). *Mujer y drogas*. Kena Moreno coord. México: CIJ.
- Consejo Nacional de Control de Estupefacientes –CONACE–. (2004). *Mujeres y tratamientos de drogas: orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas*. Obtenido el 13 junio de 2007 de: www.conacedrogas.cl/inicio/pdf/Libros_tratamiento/Tratamiento_mujeres_dependientes.pdf

- Di matteo, M. & Di Nicola, D. (1982). *Achieving patient compliance: the psychology of the medical practitioner's role*. NY: Pergamon Press.
- Goudsmit, E. M. (1996) “¿Todo es mental! Puntos de vista estereotípicos y la psicologización de las enfermedades de la mujer”, en Wilkinson, S. y Kitzinger, C. (coord.): *Mujer y salud. Una perspectiva feminista*, Barcelona, Paidós.
- Govern de les illes Balears. 2007. *Guia Mujer y Drogodependencias*. Consejería de Salud y Consumo.
En: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Mujer_Drogodependencias.pdf
- Lamas, M. (2003). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En: Lamas, Marta (comp.). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (p. 327-364). México: UNAM-PUEG.
- Medina-Mora, M.; Natera, G. y Borges, G. (2002). *Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas*. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. México: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. p. 15-25.
- OMS. (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid. Ponencia: *Mujer, Drogas y Familia*. Panel: familia y drogas. (1997). Bibliografía nacional 21 de noviembre. Obtenido el 15 de octubre de 2007 de: www.cicad.oas.org _____.
- (2001). Presentación del capítulo 1: “La salud pública al servicio de la salud mental”. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. p. 1.
- Romero, M. (1995). Sobre la necesidad de conceptualizar el género en el estudio de las adicciones. *Psicología y Salud*, Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana, 5: 135-146.
- Sánchez López Gabriela. 2006. *¿Recuperarse para quién? Proceso terapéuticos de mujeres con problemas de drogodependencias en Hermosillo, Sonora*. Tesis. México
- SSA. (1994). *Encuesta Nacional de Adicciones 1993*, México, DGE/SSA.
- _____. (1999). *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*, México, DGE/SSA.
- _____. (2003). *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, México, DGE/SSA.
- SSA/SISVEA Sonora. (2004). *Informe de resultados 2004*. Gobierno del Estado SSP.
- Tong, R. (1989). *Feminist thought*. USA: Westview Press.