

# Extrañándonos de lo 'normal'

Reflexiones feministas para la intervención  
con mujeres drogodependientes

Patricia Martínez Redondo



La presente obra ha sido editada con subvención del Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad).



Ilustración:

© 2009, Patricia Martínez Redondo

© 2009, de esta edición: horas y HORAS, San Cristóbal 17, 28012 Madrid

*A Isa  
Y a Mila, Conchi, Maribel, Feli, Pilar, Carmen, Encarni, Mayte...  
y tantas otras mujeres que he conocido  
Y sobre todo: a Charito ("Yo"); Meri, Patri, Bego y Marta,  
gracias por dejarme aprender con vosotras.*

Permitido el plagio parcial de esta obra siempre que se haga con gracia, placer y astucia femenina, es decir, citando la procedencia.

Producción y realización: J.C. Producción.

ISBN: 978-84-xxxxxx

Depósito legal:

Impreso en España

## ÍNDICE

<b>El libro. Una pequeña presentación y agradecimiento</b> .....	13
<b>Introducción</b> .....	17
<b>Un acercamiento a las drogodependencias.</b>	
<b>Modelos de análisis e intervención</b> .....	23
Etapas y modelos de intervención .....	23
Modelo multidimensional o multisistémico .....	29
Red profesionalizada de atención a personas con problemas de drogodependencias .....	32
<b>Mujer y Drogodependencias. Historia de una invisibilización</b> .....	39
Lo que no se ha nombrado no se conoce .....	42
Sobre la maternidad y la presencia de hijos/as en el proceso ....	45
Sobre el proceso de la doble penalización social .....	49
Sobre la denominada ‘doble dependencia’ .....	50
Sobre la sexualidad y la drogodependencia en mujeres .....	56
Algunas conclusiones .....	60
Bibliografía .....	69
Nota .....	73
<b>El proyecto... Una apuesta por los grupos de mujeres</b> .....	75
El proyecto inicial .....	77
<b>El taller</b> .....	89
Los criterios de selección .....	89
Tiempo de duración .....	92
La metodología .....	93
Y un aporte final .....	94
<b>Primer ejercicio:</b>	
<b>qué queremos decir cuando hablamos de género</b> .....	99
Para empezar: preguntarse por ‘lo evidente’ .....	100

Para continuar .....	101
Y para terminar: preguntarse una vez más por lo evidente: ¿qué es para tí el tratamiento? .....	107
“De puertas para adentro” .....	108
Otras cuestiones metodológicas .....	109
<b>Segundo ejercicio: autoidentidad y autoestima ¿como estoy? ...</b>	113
Claves metodológicas .....	116
Algunas cuestiones que trabajamos .....	118
Para concluir: no he preguntado por la drogodependencia .....	124
Más cuestiones metodológicas .....	126
<b>Tercer ejercicio: autoidentidad y autoestima ¿como estoy? (parte II) .....</b>	131
Cuestiones metodológicas y de contenido .....	131
Me sube la autoestima / Me baja la autoestima .....	135
Del tener pareja como eje vital, y metodología para ir abordando estas cuestiones .....	137
Los itinerarios de atención: pisos y formas de hacer que desempoderan .....	139
¿Soy todo aquello que proyecto? .....	141
Del ser madre y las trampas de la autoestima patriarcal .....	142
Del ser fuerte y sobrevivir, y enunciar que se sufre maltrato ....	145
La convivencia con la ‘enfermedad mental’ y la ‘drogodependencia’. Cómo ir de unos temas ‘sin importancia’ a ver cómo te sitúas en el mundo con varios estigmas a tus espaldas .....	146
Y ‘retazos’ que iremos retomando a lo largo del taller .....	150
También se escriben las expectativas de los demás hacia ellas y de ellas hacia sí mismas .....	156
Modelos androcéntricos de independencia... Buscando nuestro propio ¿modelo? de interdependencia e interrelación .....	161
Y a vueltas, entonces, con la maternidad y/o la pareja... el ser-para-otros .....	166
Muchas mujeres sufren porque idealizan la vida .....	168
Y para terminar esta parte, una expectativa: ‘que vuelvas a ser la que era’ .....	169

<b>Cuarto ejercicio: Autorretrato, claves de autoidentidad ¿quién soy? .....</b>	173
El nombre y los apodosos .....	173
¿Cómo te llamaba tu marido? .....	176
Un ejemplo .....	180
Y es que Juana no ha hecho el ejercicio .....	181
<b>Quinto ejercicio: Autorretrato, claves de autoidentidad ¿quién soy? .....</b>	183
Anhelos de dedicación que terminan en: ‘cuando se tiene VIH... ¿qué pareja vas a tener?’ .....	184
A vueltas con el VIH .....	185
Cuando el rincón favorito de todas resulta que es la soledad ...	191
¿De quién hablamos? Los adjetivos ya no nos bastan .....	192
‘No me gusta mi cuerpo, por eso no lo utilizo para describirme’ .....	193
Ocio y tiempo libre como anhelo de dedicación .....	198
Mi autorretrato: ¿es sólo mío? .....	200
Para finalizar .....	202
<b>Sexto ejercicio: ejes de género en la autoestima, somos semejantes .....</b>	207
Hallazgo .....	208
<b>Séptimo ejercicio: genealogía, somos herederas .....</b>	209
Cuestiones metodológicas y de contenido .....	210
Porque son tontas y son unas brujas .....	213
‘Mi suegra es una bruja y sus hijas más putas que las gallinas...’ .....	214
Cuando la víctima ‘es culpable’, responsabilizada .....	216
Superando barreras .....	220
Un antes... ..	222
Y un después .....	224
‘Miedo a desviarme’ .....	227
Vinculos que no se trabajan .....	228
<b>Octavo ejercicio: Una mirada biográfica a la autoestima, soy quien he sido .....</b>	231
Cuestiones metodológicas y de contenido .....	231

1778, Filadelfia: Si él hubiera nacido mujer .....	232
El hilo vital en drogodependencias .....	234
“Sentir que a quien me escucha, le importo” .....	235
<b>Para ir acabando, una propuesta</b> .....	237
Fin del extrañamiento y alguna idea que creí importante .....	238
¿Qué ha sido el taller para vosotras? .....	240
Trabajando el vínculo (feminista) entre mujeres .....	241
Y a partir de aquí: un reto .....	243
Y una posdata .....	244
Para todas nosotras .....	247
<b>Bibliografía recomendada</b> .....	251
<b>ANEXO 1. Propuesta de mejora en la intervención en drogodependencias desde perspectiva de género</b> ....	257
<b>ANEXO 2. Guía para la evaluación de acciones de empleo introduciendo la perspectiva de género</b> .....	269
<b>ANEXO 3. Modelos de intervención en salud</b> .....	273

*“Aprendiendo juntas.*

*Caminando con una, conmigo, con ellas, juntas. Porque la apuesta en esta experiencia era tratar de llevar a cabo un grupo (basado en los trabajos de Marcela Lagarde) en el que fuésemos creciéndonos, escuchando las experiencias de las otras, y lograr la comprensión y autoestima como mujeres, más allá de la drogodependencia... pero con ella, claro, (también) con ella. Y salió bien, ¡vaya si salió!. Y eso es lo que venimos a compartir hoy, de la importancia de mirar con nuevos ojos, los feministas, nuestras vidas de mujeres...”*

De la charla en el Entredós, un noviembre de 2006...

*“El libro podría leerlo con ayuda de la memoria y del olvido. Empezar de nuevo. Desde otra perspectiva, desde otra más, incluso desde otra. Leyendo he descubierto que el hecho de escribir es interminable. Perpetuo. Eterno.”*

Hélène Cixous, La Venue à l'écriture

*“Y una vida será aquella que sepa discurrir por su tiempo, ser antes que nada una manera feliz de andar por el tiempo, [...] a la manera despierta y libre...”*

María Zambrano, *Hacia un saber sobre el alma*

## EL LIBRO

### Una pequeña presentación y agradecimiento

Todo comienza con una charla en el Entredós\*. Que ese fuese el comienzo no quiere decir que fuese lo primero, pero sí fue el principio de la propuesta que terminaría siendo este libro. En esa charla conté un proyecto que había llevado a cabo para explorar una metodología de intervención en drogodependencias específicamente con mujeres desde perspectiva de género, desde una perspectiva feminista. Elena, de la Librería de Mujeres, me dijo que le gustaba lo que contaba, que tenía que compartirlo... que lo editaba en un libro si yo quería... ¡Y vaya si yo quería! ¡Cómo no! Me asustaba la propuesta (una cosa es escribir artículos, y otra muy distinta un libro entero), y además sabía que, por esas fechas, no había sido capaz de ponerme todavía con el documento que recogiese el trabajo llevado a cabo, el proceso, las reflexiones resultantes... porque: ¿cómo recoger la vida de unas mujeres, su trayectoria y vivencias, en unas páginas... en unas palabras ordenadas y dispuestas en la lógica de un libro? Porque de eso se trata mi trabajo: de introducirse de lleno en la vida de unas personas, de analizar con ellas y poner sobre la mesa una trayectoria en la que las drogas y su adicción, no son más

---

\* El Entredós es un espacio feminista nacido de la Librería de Mujeres de Madrid en el año 2002. Para más información, visitar su página web: <http://www.unapalabraotra.org/entredos>.

que una parte de todo un entramado que es la vida cotidiana... esa que habitamos y en la que nos relacionamos, existimos... somos. El reto de reflejar todo lo desarrollado en ese taller, su fundamentación y objetivos, es este libro. Espero haber logrado exponerlo de forma que resulte lo más cercano y accesible posible, porque, si de algo se trata, es de comunicarse, de comunicarnos, la experiencia y reflexión feminista en torno al trabajo con un grupo de mujeres drogodependientes en tratamiento... Y desde aquí, mi más sincero agradecimiento por posibilitarlo a Elena, a todas las mujeres maravillosas que atienden y cuidan la Librería de Mujeres de Madrid: Alba, Ana, Lola (¡mi querida Lola!), Loli y Sonia, gracias.

Y hay otros agradecimientos que una debe (alguno) y quiere (otros) redactar. Debo agradecer a la Agencia Antidroga y María Ruiz Tovar –Servicio de Comunicaciones y Documentación– que me permitieran llevar a cabo la experiencia en uno de sus dispositivos (el CAID\* de Usera).

Y por supuesto, agradecer su acompañamiento a: Jose Luis Cernuda (amigo desde 1996; sin tu mediación el taller no habría sido posible), a Mónica Castaños Izquierdo (compañera y amiga desde el instante en que vio el proyecto), a Jose Manuel Peña (director del CAID, por apoyar la iniciativa y darle posibilidad de ser) y a Luis Cordero mientras estuvo de subdirector del centro y me atendió. Y gracias a **todo** el equipo del CAID, que me tuvo por allí haciéndome sentir a gusto y tranquila en mi labor. También a *Atica*, como empresa gestora del recurso, y a Alicia Acero por su interés y buen hacer en estos temas.

De mis profesores y profesoras en Antropología quiero agradecer a Álvaro Pazos y Pilar Monreal su apoyo constante. Gracias Pilar por posibilitarme con tus asignaturas empezar a centrar mi atención en la visibilización de la drogodependencia femenina... Y Álvaro: sé que sin ti y tus asignaturas (“las excu-

---

\* Centro de Atención Integral al Drogodependiente.

sas” para poder hablar de lo importante) muchas de las nociones y teorías que he usado en este taller no existirían... Has sido una inspiración constante.

Y bueno, a todas mis amigas que me han aguantado estos largos meses, compartiendo conmigo mis nervios y neuras varias... Ellas saben quiénes son, estén en el trabajo, la universidad, el barrio, el desaforo, Alemania, o perdidas y encontradas por las montañas... Pero sobre todo, a San. Por habitar juntas el cotidiano (aunque yo aún no sepa cultivar tomates y ¡(no) haya ido a la huerta (ni) una sola vez!).

A Tapi...

A Karry...

A ambos... por todo lo que compartimos :-)

A Julia, en plena (¿pre?)adolescencia, que, junto con la existencia de mi hermano César, me ha hecho aprender tanto del proceso de socialización de una persona. A mi familia de origen, que he dejado todos estos meses tan desatendida por priorizar escribir (mami, Criti, papá...).

También: muchas gracias a las personas que se leyeron el primer borrador y tantas buenas aportaciones me hicieron (y en especial: “al de” los dos puntos, y “a la de” los laísmos...¡je! ¡je! que él y ella saben quiénes son...)

Y a Gnoxys y Andaira por dejarme un espacio (casi) propio para escribir. ¡Ay! Virginia Woolf, ¡qué razón tenía!!

## INTRODUCCIÓN

Este libro recoge la experiencia de un taller grupal con mujeres drogodependientes.

El diseño de la intervención surge en el contexto de mi trabajo como Educadora Social en Drogodependencias (empecé en 1994), a la par que estudio la Licenciatura de Antropología en la Universidad Autónoma de Madrid en 2004. En ese curso académico coincide, por un lado, que estoy trabajando en un Piso de Apoyo al Tratamiento para Mujeres Drogodependientes, gestionado por una empresa privada para la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, y, por otro, que tenemos una asignatura denominada ‘Análisis Antropológico de Problemas Sociales Contemporáneos’. En esta asignatura realicé un trabajo en el que analizaba la problemática de la drogodependencia en mujeres, para terminar alcanzando una serie de conclusiones entre las que estaba la necesidad de incorporar una perspectiva de género en la intervención y análisis de la cuestión. Además, justo en junio de 2005 pasé a formar parte del proyecto EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’<sup>1</sup> como Investigadora y Asesora Técnica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en programas de Incorporación Sociolaboral de personas drogodependientes. Este programa me permitió acceder a la experiencia de intervención en cuatro provincias aparte de la de Madrid. Leí mucho, y contrasté con mi trabajo en el piso, con otros recur-



esos que conocía, con la red de atención en general... Y decidí diseñar una herramienta operativa de intervención socioeducativa, incorporando las nociones y elementos de análisis proporcionados por la Antropología Feminista<sup>4</sup> como forma de aproximación a la realidad. Como metodología, inspiración y también fuente de conocimiento, utilicé las propuestas de Marcela Lagarde y de Los Ríos en su libro: *'Claves Feministas para la Autoestima de las Mujeres'* (2000. horas y HORAS la editorial, Madrid). Este libro no es nada sin el de Marcela. Podría utilizar párrafos enteros del suyo para dotar de sentido lo que hice en estos talleres. De hecho, como recogeré más adelante, tanto las **sesiones** como la **metodología fundamental** siguen las propuestas de sus 'Claves Feministas' y lo único que hice fue adaptarlo a la realidad de mujeres inmersas en una problemática de drogodependencias y en tratamiento por esta cuestión... Llevaba años interviniendo en drogodependencias, y en su libro encontré mucho más que una fuente de saber e inspiración. Gracias, Marcela. Y por supuesto: perdón por "copietear" como lo he hecho...

Realizar el taller que me propuse no fue tarea fácil administrativamente hablando (la innovación siempre ha sido una tarea difícil en redes de atención consolidadas), pero finalmente lo llevé a cabo en un Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID)<sup>2</sup> como *'estudiante en prácticas'* de Antropología Social, avalada para la intervención directa con las mujeres por mis más de 12 años, entonces, "de profesión".

Este libro es el resultado de la interacción constante entre teoría y práctica, de la puesta en marcha de esa herramienta y las reflexiones teóricas y análisis desarrollados antes, durante y después. Su estructura busca facilitar al máximo la complejidad expuesta en la presentación: en definitiva, estamos hablando de y sobre la vida y vivencias de unas personas. Además, se junta con que las reflexiones desde la teoría y la Academia siempre son complejas, pero, como muy acertadamente me señaló Elena Laheras, mi editora: la intención de

este libro, y su estilo, no son académicos. Espero haberlo conseguido, ya que a mi parecer, la teoría debe servir para mejorar la práctica, integrarse con ella, y si no, no sirve. Echo en falta más procesos que puedan integrar la teoría en la práctica, que la una se nutra de la otra, y viceversa<sup>3</sup>.

Por tanto, con este trabajo trato de imbricar y relacionar diversas teorías y reflexiones feministas con la intervención con mujeres drogodependientes en la práctica.

El libro se estructura de la siguiente forma:

1. Introducción a las redes de atención en drogodependencias (principalmente en Madrid), y la concepción-intervención en la problemática de las drogodependencias. Habría mucho que analizar en este sentido: cómo se construye algo como problema, cómo se interviene y esa intervención pasa a ser parte de la construcción de ese mismo problema, etc. Son temas muy interesantes a nivel teórico-práctico, pero en este espacio presento una breve introducción, que en todo caso ayuda a situar la intervención que realicé, sin detenerme a reflexionar teóricamente sobre la concepción y construcción de la drogodependencia en nuestra sociedad.
2. Exposición de una serie de reflexiones que me guiaron para querer mejorar lo que observaba, incidir sobre la realidad y tratar de construir otra. Desde esas reflexiones feministas surgió la intención de diseñar un taller con mujeres y llevarlo a cabo.
3. Propuesta metodológica y de actuación. El taller: el proyecto y su diseño inicial, metodología y una serie de consideraciones en cuanto a las formas de selección de participantes, las entrevistas con las mujeres, etc.
4. Desarrollo del taller siguiendo la metodología empleada (recomiendo leer el libro de Marcela Lagarde en cualquier caso para comprender bien el por qué de esta metodología) con los elementos que surgieron durante el taller, anotaciones sobre temas tratados y problemáticas abordadas.

Esta última parte ha sido para mí la más difícil de recoger en formato escrito, ya que muchas de las cuestiones surgen a través del diálogo y fluir del grupo formado. He tenido la oportunidad de poder publicar previamente otros documentos que versan sobre lo mismo: género y drogo-dependencias, pero ninguno recoge la experiencia de estos talleres. Además, esos otros documentos van dirigidos directamente a profesionales. Este libro no, o no exclusivamente. Y eso marca una diferencia a la hora de escribir.

5. Finalmente, añadido como 'Anexos' partes de algunos de esos documentos publicados en otros espacios y que van dirigidos a técnicos/as (para el diseño, evaluación, etc. de proyectos), y que son fruto del trabajo con equipos de profesionales maravillosos que están transformando lo que les rodea.

Para acabar esta introducción:

**un comentario sobre el título.**

Su forma: "extrañándonos", en gerundio porque indica acción, proceso, camino...; y en primera persona del plural: nosotras, juntas. Eso hicimos.

Y su contenido: remite a un descubrimiento; mientras escribía el borrador definitivo del libro me di cuenta de que continuamente (y eso es algo que se verá a lo largo del mismo) estábamos realizando el ejercicio de interrogar a la realidad, de extrañarnos de "lo normal" (lo que nos rodea y constituye nuestro 'cotidiano') para poder descubrir qué hay "detrás" y cómo está construida... Porque esa será la clave para desmontarla y cambiarla si queremos.

*Y es que hay que extrañarse del 'género', hay que extrañarse ante su 'normalidad'...*

*Droga:*

**toda** sustancia que introducida en el organismo modifica una o más funciones de éste

pueden generar *dependencia*

afectan a las funciones *psíquicas* y *físicas*, alteran el *sistema nervioso central*

pueden producir *síndrome de abstinencia*

generan *tolerancia*

son *sustancias psicoactivas*

*Uso*

*Abuso*

*Adulteración*

*Dosis*

*Vía de administración*

*Intoxicación aguda*

*Sobredosis*

*Adicción*

*Efectos*

*Alcohol*

*Medicamentos*

*Cocaína*

*Heroína*

*Metadona*

*LSD*

*Ketamina*

*Speed*

*Psicofármacos*

*Tabaco*

*Cannabis*

*Anfetas*

*Pirulas*

*(...)*

*Colocón*

*Diversión*

*Placer*

*Prohibido...*

## UN ACERCAMIENTO A LAS DROGODEPENDENCIAS MODELOS DE ANÁLISIS E INTERVENCIÓN

*De la piel para dentro empieza mi exclusiva jurisdicción.  
Elijo yo aquello que puede o no cruzar esa frontera.  
Soy un estado soberano, y las lindes de mi piel me resultan  
mucho más sagradas que los confines políticos de cualquier  
país.*

Citado por A. Escotado en *Aprendiendo de las drogas*

<sup>1</sup> Proyecto desarrollado en colaboración por la Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) y la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid. 2005-2007.

<sup>2</sup> Desde aquí agradecer a Virginia Maquieira su gran asignatura ‘Antropología del Género’ en la Licenciatura de Antropología Social y Cultural de la UAM (curso 2004/05).

<sup>3</sup> Estos centros son especializados y de acceso directo, pertenecientes a la red de atención de la Comunidad de Madrid, en este caso: Agencia Antidroga.

<sup>4</sup> Y no se trata de ‘aplicar’ la teoría a la práctica... No comparto el término ‘aplicación’, porque la teoría no se aplica, se construye. ¿Y dónde vas a construirla si no es *en* la práctica? La teoría interroga la práctica y viceversa, de forma que llega un momento en que la dicotomía entre ambas carece de sentido...

### **Etapas y modelos de intervención**

Antes de entrar en la parte central del libro, considero necesario realizar una introducción a la drogodependencia como problemática social y las formas en que se ha ido abordando/construyendo como tal. Las problemáticas se construyen también en base a dónde pongamos nuestra atención. Así, en la configuración de una realidad como problemática social intervienen diversos elementos y agentes relacionados con su génesis y desarrollo como tal pero, como ya apuntaba en la introducción, reflexionar teóricamente sobre este aspecto llevaría posiblemente a un libro en sí mismo. En este caso no pretendo más que hacer una introducción que simplemente apunte estos aspectos. De esta forma, podremos entender muchas de las reflexiones posteriores y ubicarlas dentro del panorama de atención –intervención en las ‘drogodependencias’.

Para empezar, debemos señalar que en el análisis de “el problema de las drogas” (y de cualquier otro “problema social”) son muy importantes las representaciones sociales. Éstas surgen de las percepciones que se tenga sobre una cuestión, las cuales no son sino selecciones de información. De las representaciones

sociales existentes en cada momento surgen los estereotipos vinculados a esa cuestión-problema, en este caso: droga = heroína; droga = delincuencia, inseguridad ciudadana, marginación, pobreza, paro, joven... Sustancias como el alcohol o el tabaco se enmarcan en una serie de representaciones sociales y “cultura” de consumo diferente a las existentes en torno a la heroína, por ejemplo, o a la cocaína.

Las redes de atención surgen como respuesta a esas percepciones sociales, y su propio desarrollo forma parte de la concepción de la problemática.

Siguiendo los trabajos de Oriol Romaní Alfonso (1999) y Juan Gamella y Arturo Álvarez (1999), Pilar Monreal –profesora de Antropología Urbana en la UAM, curso 2004/05– propone en sus clases cuatro etapas en el desarrollo histórico de la drogodependencia como problema en el Estado español:

1968 – 1977

*La agonía del Régimen Franquista.*

Aparece el consumo de LSD y hachís principalmente, ligado a estilos de vida opuestos al Régimen de Franco: existe una idea de rebeldía asociada al consumo. Los Medios de Comunicación dan noticias ligadas a la desestabilidad familiar, promiscuidad, degeneración moral (movimiento hippie). Y el Estado lo enfrenta como un problema de Orden Público, con solución policial: crea la Unidad de Estupefacientes de la Guardia Civil.

1977 – 1981

*La transición política y la aparición de la heroína.*

El consumo de drogas pasa de ser algo entre redes de amigos y forma de vida a ser algo mercantilizado, negocio y lucro. Aparecen los grupos sociales que lo venden y “los bajos fondos urbanos”, asociando el consumo a jóvenes de bajas esferas sociales y de “familias desestructuradas”. Los medios de comunicación identifican al “drogadicto” con un joven de clase baja,

delincuente, y en paro. El Estado lo convierte en problema penal y jurídico. Aparecen organizaciones privadas como ‘Patriarca’ para atender el problema, mientras el Estado no inicia acciones en este sentido.

1982 – 1993

*El reinado de la heroína.*

Se extrema la criminalización del “drogadicto”. Se produce la definitiva identificación entre droga y heroína. Asimismo, se identifica al heroinómano con la marginación y se diversifica el significado social de las drogas, ligando, por ejemplo, el consumo de cocaína con el éxito de los empresarios modernos, etc. Los medios de comunicación establecen relación directa entre la drogodependencia y la delincuencia. Se produce la expansión del ‘Estado Asistencial’ y la visión de la problemática desde un punto de vista sanitario. Se conoce el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA, apareciendo “los drogodependientes” como uno de los principales “grupos de riesgo”. Comienzan a desarrollarse políticas públicas dirigidas a la prevención, teniendo mayor peso las opiniones de personal sanitario, técnico, educadores/as, etc.

1993 – 2000

*Las rutas del éxtasis.*

El éxtasis es la droga anti-heroína. Las personas consumidoras no se consideran a sí mismas como “drogadictos”. Es aceptado el consumo de pastillas ligado a “subculturas” juveniles (determinada música, macrodiscotecas...), que nada tienen que ver con la marginación. Su consumo se asocia al sexo y al amor. Los medios de comunicación de masas hacen saltar la alarma social al relacionarlo con graves perjuicios para la salud de los jóvenes (“Ruta del Bacalao”, etc.)

Actualmente, a los centros de atención a las drogodependencias están llegando también muchas personas consumido-

ras de cocaína. El Estado español presenta de las tasas más altas de consumo en la Unión Europea. Los centros de atención se han adaptado a esa nueva realidad en el panorama asistencial, partiendo de los planteamientos que existían para atender a los consumidores de heroína.

Apoyándonos en las etapas propuestas anteriormente, podemos exponer a su vez diferentes perspectivas que existen para comprender las drogodependencias y que configuran la forma de abordar el problema. Responden cada una a una etapa o momento distinto, surgiendo de forma más o menos evolutiva, y actualmente continúan vigentes. Siguiendo el esquema y análisis propuesto por el Grupo Interdisciplinar sobre Drogas<sup>1</sup> (GID) (1995): se han definido cuatro modelos y, aunque ya no se den de forma pura, cada uno de ellos ha contribuido al establecimiento de diferentes estereotipos en la percepción social e intervención sobre el problema de las drogodependencias.

#### *Modelo ético jurídico*

Se atiende prioritariamente a los efectos de la conducta sobre el orden social: ante un nuevo problema detectado, “la primera respuesta es legislar sobre cuáles de las drogas son peligrosas y cuáles inocuas para la sociedad, qué conductas atentan contra el orden social y qué medidas es preciso tomar para proteger al cuerpo social de sus efectos. Se limita al control de la oferta y el tráfico, se establecen medidas penales, y se organizan campañas informativas que discriminan entre unas y otras drogas” (ibid. p.38). Así: se centra en la sustancia. Define unas drogas como “buenas” y otras como “malas” y, además, las legaliza o ilegaliza.

La identificación de la droga con la heroína y su asociación a la delincuencia, como problema de salud pública y de seguridad ciudadana, se enmarcarían en este modelo. Es el consumo de drogas ilegalizadas el que se considera un problema.

#### *Modelo médico-sanitarista*

“Se observa que las medidas de tipo jurídico-legislativo no son suficientes, y aparece esta nueva conceptualización que considera los efectos de la sustancia sobre el organismo de la persona que la consume. Desaparece la distinción entre drogas legales o ilegales, centrando la atención en las consecuencias orgánicas de la ingestión de sustancias.” (ibid. p.38) Surgen entonces distinciones como “drogas blandas - drogas duras” y el drogodependiente pasa de ser considerado un “delincuente” a ser considerado un “enfermo”. Las campañas de prevención informan de lo dañinas que son las drogas para la salud.

Se trata de otro modelo que ha dejado resistentes secuelas en el abordaje de la problemática (muchos espacios de tratamiento adoptan una perspectiva médico-sanitarista como eje fundamental de la intervención), que se centra en la sustancia, en la ‘adicción’ en un sentido biomédico, y que des-responsabiliza a la persona drogodependiente al colocarla en la vivencia subjetiva de “enfermo”.

#### *Modelo socio-cultural*

“La relación sustancia/individuo/patología no explicaba en su totalidad el fenómeno del consumo de drogas.(...) No daba cuenta de los factores ambientales que se encuentran en la génesis y el desarrollo de la drogodependencia.” Este modelo sostiene que la organización social es generadora de desigualdad, y que el drogodependiente no es sino “víctima” de estas desigualdades sociales, por lo que las causas son de carácter estructural. “El punto de partida de toda conducta indeseable del individuo tiene su punto de referencia en aspectos indeseables de la organización social” (ibid. p.38)

Vuelve a des-responsabilizar al individuo, y se centra en un sólo aspecto: el entorno. Las repercusiones prácticas en las políticas de intervención se han centrado en las familias,

padres, y sobre todo madres, devolviéndoles una responsabilidad para la que la mayoría de ellos y ellas no estaban preparados. De este enfoque surgen campañas dirigidas a los padres/madres enfatizando su papel en la formación de sus hijos.

#### *Modelo psicologicista-individualista*

Se centra en la persona y en su falta de recursos personales para enfrentar el consumo. La intervención es individual. Se centra en habilidades sociales, control de emociones, prevención de recaídas, etc. mediante la intervención psicológica. Muchos programas adolecen de una sobredimensión de este aspecto, centrando todo el trabajo en la intervención por parte de psicólogos/as.

Organizaciones no profesionalizadas (Reto, Remar, Patriarca...) ofrecieron desde el principio una solución basada en la intervención exclusivamente sobre la persona.

Hay modelos psicológicos que incorporan una dimensión social en la concepción e intervención de la problemática: consideran la importancia de sistemas familiares, grupos de iguales, etc. en el mantenimiento de la drogodependencia, que “no puede ser abordada sólo desde el binomio individuo / droga, sino que la inscribe en un ámbito de mayores dimensiones. Es el modelo psico-social.”

Ya reflejé que ninguno de estos modelos se han dado puros. Pero en la actualidad siguen vigentes y han generado múltiples formas de intervención y análisis de la problemática, poniendo más énfasis en unos aspectos que en otros. También podemos encontrar una intervención desde el *modelo 'bio-psico-social'*, que establecería un abordaje teniendo esos tres elementos en cuenta. Sin embargo, no deja de ser un enunciado algo vacío de contenido en muchos casos (mayor peso de unas intervenciones sobre otras, enfoque del problema, etc.), y que, aunque en relación, sigue establecien-

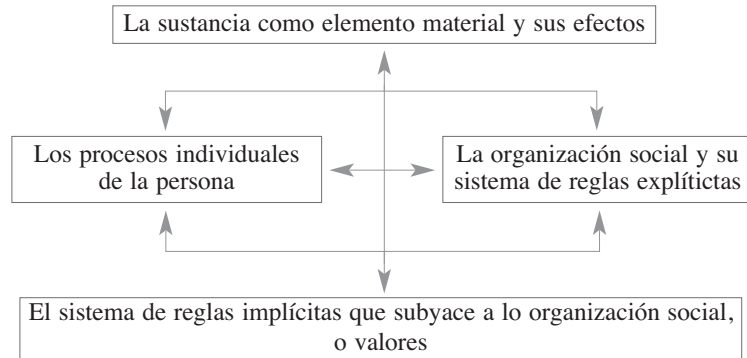
do tres dimensiones separadas (y autónomas) entre sí: lo biológico, lo psicológico y lo social

#### **Modelo multidimensional o multisistémico**

Siguiendo con los análisis propuestos por el GID (ibid.), desde algunos ámbitos técnicos y de formación se propone el llamado *modelo multidimensional o multisistémico* (Carrón y Sánchez; 1995) para el análisis e intervención en las drogodependencias, acompañado de un concepto holístico de salud y la definición de los llamados factores de riesgo, protección y permanencia frente al consumo.

Este modelo tiene en cuenta los aspectos que recogían los anteriores: son importantes las leyes que afecten, son importantes los aspectos físicos que acompañan el consumo, los aspectos individuales, y los aspectos sociales. Pero, a la hora de analizar la ‘drogodependencia’, no realiza enunciados “explicativos” estáticos, sino que establece una serie de preguntas en relación unas con otras: ¿da igual la sustancia que se consume? ¿da igual la persona que sea? ¿la estructura social? ¿interfieren en algo los valores contextuales-culturales de la época?... El modelo multidimensional o sistémico entiende que sustancia, procesos individuales, estructura social y valores se conjugan de forma distinta en el tiempo-espacio, produciendo una **problemática distinta y específica** en cada caso (de hecho, habrá interrelaciones entre esos elementos que no produzcan una “problemática”; el consumo no es penalizable en sí mismo). Desde este modelo de análisis, preguntarse por ejemplo si es peor la heroína que el alcohol supone un error de perspectiva y produce un debate estéril, pues se centra exclusivamente en la sustancia, sin contextualizar o tener en cuenta aspectos como quién lo está consumiendo, en qué circunstancias, qué valores sociales acompañan ese consumo, etc. Propone entonces establecer un sistema cuyas partes están interconectadas e interrelacio-

nadas, ofreciendo un mapa desde el que realizar el análisis de la situación:



Estos elementos están en continua transformación según el momento histórico social y personal, ofreciendo un mapa *global específico en cada escenario*. Sin embargo, aunque este modelo suele ser aceptado como teoría explicativa válida, su aplicación práctica no ha sido, ni es, sencilla. Las concepciones y análisis de las tendencias anteriores continúan como fuerzas en conflicto permanente, cada grupo profesional tiende a dar más peso específico a los aspectos que son objeto de su intervención y estudio, y las percepciones sociales y estereotipos producidos a lo largo de estos años siguen fuertemente arraigados en la sociedad.

Pero sigamos con la exposición de modelo de análisis: además de un *concepto holístico de salud*<sup>2</sup>, el cual la define como un continuo dinámico y procesual en el que no se puede separar “lo” social de “lo” individual y “lo” biológico, es necesario exponer los llamados *factores de protección, de riesgo y de permanencia en el consumo*. En los cuatro sistemas expuestos en el modelo multidimensional aparecen estos tres elementos. No son factores deterministas, sino que explican las probabilidades de consumo en la conjugación de unos

con otros. Los modelos jurídico, médico, sociocultural y psicólogo tienden a dar más peso a unos factores que a otros, sin tener en cuenta que lo que puede ser un factor de riesgo en un ámbito, puede verse compensado por un factor de protección en otro. Es más: un factor considerado de riesgo puede convertirse en factor de protección, y viceversa.

La detención por parte de la policía de un alijo de heroína, por ejemplo, se considera un hecho de alta eficacia policial y control de la oferta (la oferta en sí misma es considerada un factor de riesgo para el consumo en el modelo jurídico), pero ¿dónde están las medidas de eficacia social que prevean las consecuencias –menos heroína disponible en los puntos de venta, mayor adulteración de la sustancia, alzamiento de los precios...– para las personas heroinómanas? Como contraste, el alcohol y el tabaco forman parte de la estructura social y económica del Estado español: son sustancias legalizadas; ¿se nos ocurren posibles consecuencias de su ilegalización y dificultad, por tanto, en el acceso a las mismas, tal como las tiene la heroína?

Muchas campañas de sensibilización-prevención de las administraciones públicas y ONG’s van dirigidas a la abstinencia; diversos estudios de impacto sobre la población objeto han demostrado crecientemente que pueden resultar contraproducentes y sus resultados incluso contrarios al objetivo perseguido... ¿sirve de algo penalizar el consumo como tal o podemos situarlo dentro del sistema propuesto por el modelo multisistémico? Es decir: no todo el mundo que consume tiene desarrollada una adicción, ni hay sustancias peores que otras *en sí mismas*. ¿Influye el hecho de que las sustancias estén legalizadas o no? ¿Y los valores que subyacen a su consumo?...

Este tipo de reflexiones podrían ampliarse, realizando además una comparativa con otros modelos de concepción e intervención (como el holandés, por ejemplo), pero si me centro en exponer el modelo multisistémico en contraste con los

cuatro modelos anteriores, es porque éste se nutre de la contemplación de diversas disciplinas y favorece un acercamiento que intenta despojarse de todos los estereotipos y discursos sociales generados todos estos años acerca de las drogas, de los cuales, opino, los denominados “profesionales” de las drogodependencias tampoco estamos “libres”.

### **Red profesionalizada de atención a personas con problemas de drogodependencias**

Por último, quisiera presentar un esquema de la *Red de Atención a las personas drogodependientes de la ciudad de Madrid*, que en definitiva no es sino un reflejo de la puesta en práctica de las políticas públicas desde las distintas administraciones, las cuales, como hemos visto, se hicieron eco de un problema socialmente detectado. Los diversos recursos surgieron al calor de los diferentes momentos y etapas que expone el trabajo de Romaní (1999) y las diferentes perspectivas en el análisis de la problemática expuestas anteriormente. Desde un principio se centraron en el principal problema definido y visibilizado socialmente: los heroínómanos y el problema de la delincuencia e inseguridad ciudadana. Para entrar en un centro de atención especializada debías pasar por los programas “libres de drogas”, esto es: abandonar el consumo totalmente. Después aparecieron los programas en los que se administraba metadona (sustancia sintética que se utiliza como sustitutivo opiáceo, y que se consume principalmente por vía oral). Poco a poco se fueron ampliando hasta la relativamente reciente aparición de las salas de venopunción (DAVE) o los programas de reducción del daño-reducción de riegos, en los que se trabaja con personas con consumo activo, a la par que los y las profesionales, también centrados en principio en el perfil del “heroínómano tipo”, detectaban la aparición de perfiles muy diversos (cocainómanos, policonsumidores, metadona + alcohol-pastillas, éxtasis y demás sus-

tancias asociadas al ocio juvenil...). Existen también unidades de atención al alcoholismo (hay centros que la atienden como sustancia principal), pero se encuentran ubicadas principalmente en hospitales.

Aquí me limito a exponer **esquemáticamente** la relación de programas profesionalizados, excluyendo así organizaciones que tienen sus propios recursos, formas de funcionamiento y filosofía de intervención (Reto, Patriarca, etc).

Si tú (o un familiar, amigo/a, etc.) tienes un problema de drogodependencia y quieres dejar el consumo, debes dirigirte a los centros de día de acceso directo (CAD o CAID)<sup>3</sup>. Allí, un equipo valora tu caso y te asesora acerca de los pasos a dar. Deciden si sigues en tratamiento ambulatorio (esto es: en tu domicilio habitual, pero yendo al centro de día a seguimiento, citas terapéuticas, etc.), o necesitas derivación a otros recursos que ofrecen un entorno más controlado y aislado (Comunidades Terapéuticas, Recursos Residenciales de Apoyo al tratamiento, etc.). Pero no son los únicos recursos ni itinerarios existentes: puedes no querer dejar el consumo en activo, etc.

La mayoría de los recursos de las redes públicas (sobre todo en la Agencia Antidroga) están gestionados por entidades privadas (asociaciones, ONG's e incluso empresas). Esta gestión no está asignada “para siempre”, es decir: pueden dejar de destinarse recursos públicos para su existencia, o salir a concurso de nuevo, etc. A veces los recursos cambian de entidad gestora, lo cual trae problemas añadidos de cara a la atención a las personas al no hacerse subrogación de contratos, condiciones, etc. (cambian a todo el equipo de atención que estuviera interviniendo, etc.) Igualmente, si un recurso se queda sin subvención, desaparece.

También hay entidades privadas profesionalizadas de acceso directo, con su propia red de atención (como ‘Proyecto Hombre’), que tienen plazas concertadas con las redes públicas.



### **Esquema:**

1. Existen dos redes en el municipio de Madrid: municipal y autonómica.
2. No se coordinan entre sí, funcionan de forma paralela; actualmente contemplan algunas colaboraciones, pero de forma puntual.
3. Asociaciones y entidades privadas gestionan programas, proyectos y recursos, enmarcados en una de estas dos redes.
4. Ambas redes tienen programas dirigidos a menores (con más o menos recursos) que no incluyo en este esquema.

### **Instituto de Adicciones (Ayuntamiento de Madrid)**

Centros de día, de acceso directo: **C.A.D.** Centro de Atención a Drogodependientes. Hay siete centros sectorizados que atienden los 21 distritos.

Programas Libres de Drogas (PLD),  
Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) y  
Programas de Reducción de Daños y Riesgos (PRDR).

#### **P.L.D. Objetivos:**

Desintoxicación: Ambulatoria u hospitalaria (enfermedad grave, embarazo). 15 días máximo.

Deshabitación: Tratamiento ambulatorio y/o comunidad terapéutica (previa derivación desde el CAD). De 3 a 6 meses.

Reinserción: Tratamiento ambulatorio y/o Piso: recurso residencial en medio urbano (previa derivación del CAD). 6-9 meses mínimo.

Apoyo a la autonomía: Piso autogestión (previa derivación), sin educadores/as.

#### **P.M.M. Objetivos:**

Alta exigencia: Itinerario P.L.D.

Media exigencia: Atención Psicosocial. Citas Trabajador/a Social (TS) y Psicólogo/a.

Baja exigencia: Dispensación de metadona (en centros, unidades móviles, etc.)

#### **P.R.D.R.: Sólo contempla colaboraciones.**

Objetivos: Reducir riesgos y daños asociados al consumo de drogas. Atención sociosanitaria: intercambio de jeringuillas, reparto de preservativos, comida, “inyección higiénica”. Puede hacer de puente hacia la red de tratamiento.

Centro de contacto y atención sociosanitaria.

Este esquema está actualmente en cambio ya que hay algunos medios en los que no se distingue entre ‘deshabitación’ y ‘reinserción’, o ya no emplean dichos términos. Sin embargo, los dispositivos siguen respondiendo en general a esta organización.

### **Agencia Antidroga (Comunidad de Madrid)**

Centros de día, de acceso directo: **C.A.I.D.** Centro de Atención Integral a las Drogodependencias. Hay CAID distribuidos por toda la Comunidad de Madrid, pero en la ciudad hay 3 centros sectorizados que atienden los 21 distritos.

Programas Libres de Drogas (PLD),  
Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) y  
Programas de Reducción de Daños y Riesgos (PRDR).

#### **P.L.D. Objetivos:**

Desintoxicación: En pisos (con seguimiento diario en el CAID), ambulatoria u hospitalaria. 15 días máximo.

Deshabitación y reinserción: Tratamiento ambulatorio y/o comunidad terapéutica; también existe la posibilidad de Piso de Estabilización (3-6 meses) y Piso de Apoyo al Tratamiento (6 meses con posibilidad de 2 prórrogas de 3 meses cada una), que separaron en dos tipos de recursos lo que antes se aglutinaba en uno. Destacar la existencia de recursos residenciales urbanos (pisos) para PATOLOGÍA DUAL

Apoyo a la autonomía: Pisos de autogestión, sin educadores/as.

*P.M.M. Objetivos:*

Alta exigencia: Itinerario P.L.D.

Media exigencia: Atención Psicosocial. Citas TS y Psicólogo/a.

Baja exigencia: Dispensación de metadona (en centros, unidades móviles, etc.)

*P.R.D.R. Objetivos: Reducir riesgos y daños asociados al consumo de drogas.*

Atención sociosanitaria: intercambio de jeringuillas, reparto de preservativos, comida, ducha, ropero, inyección higiénica. También ejercen de puente hacia la red de tratamiento.

Centros de emergencia, albergue, dispositivo de atención para la venopunción (DAVE.), unidades móviles, Mapi, etc. Hay una amplia red de recursos desarrollada en este sentido.

**Otros recursos:**

CAIC (Centro de Atención Integral a Cocainómanos) de la Agencia Antidroga, y el Centro de Atención Integral a Patología Dual del Instituto de Adicciones, ambos en la Clínica Nuestra Señora de la Paz (Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios). Cuenta también con plazas para desintoxicación de alcohol (Instituto de Adicciones)

C.O.S. Centro de Orientación Sociolaboral. Programa al que pueden acceder las personas en tratamiento en la Red Autonómica.

S.O.L. Servicio de Orientación Laboral del Ayuntamiento.

S.I.A.D.: Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias. Juzgados de Plaza Castilla. Asesoramiento jurídico y mediación. Convenio con distintas administraciones.

*ISTMO:* Programa municipal para la atención a población inmigrante con problemas de drogodependencias. Realizan un acompañamiento continuado en el proceso, sirviendo de puente entre las redes de atención a población inmigrante y la red de drogodependencias. Servicio de traducción, etc.

*ENERGY CONTROL:* Proyecto dirigido a los consumidores/as jóvenes. Su origen está en Barcelona donde funciona con bastante éxito. En Madrid comenzó a implementarse en el 2000. Aborda el consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas (efectos de cada sustancia, riesgos, consejos...), centrado en el ocio y tiempo libre, y sin juzgar el consumo (es decir: no es abstencionista).

Y, para terminar este punto, quería plantear lo siguiente: al exponer los elementos anteriores de la concepción e intervención sobre la drogodependencia (las etapas propuestas por Romaní, los análisis de los diferentes modelos...), ¿se nos ha pasado por la mente la imagen de una mujer? ¿o hemos buceado en nuestras propias percepciones sociales, en forma de hombre heroinómano, de unos 35 años de edad, deteriorado físicamente, o un ejecutivo de éxito adicto a la cocaína, o quizá un joven con problemas de abuso de éxtasis y otras pastillas? ¿Qué sucede cuando es una mujer la que tiene “conductas disruptivas” y problemáticas en este sentido? ¿Tienen los mismos recursos –expuestos en el esquema– a su disposición? ¿Es su principal ‘problemática’ la ‘drogodependencia’ tal como está concebida, o hay que empezar a introducir otros elementos en interacción?...

## NOTAS

## MUJER Y DROGODEPENDENCIAS. HISTORIA DE UNA INVISIBILIZACIÓN

*Es sabido que quien tiene el poder es quien da nombres a las cosas (y las personas).*

Celia Amorós

<sup>1</sup> Actualmente Fundación Atenea.

<sup>2</sup> Para exponer más ampliamente esta idea he introducido como anexo un cuadro que analiza dos formas de concebir la salud.

<sup>3</sup> Puedes llamar a la FAD, que –a fecha de publicación de este libro– tiene información sobre los centros que corresponden según domicilio e información de otro tipo: 900 161515, en atención telefónica de lunes a viernes de 9 a 21 horas.

En este apartado del libro expongo las reflexiones iniciales que me llevaron a querer intervenir de otra forma con las mujeres drogodependientes (y de ahí a diseñar el taller). Las escribí previamente al diseño del taller, y, como señalaba en la introducción, surgieron en el contexto de mi trabajo directo a la par que cursaba Antropología Social y Cultural. Estar trabajando en un piso exclusivamente con mujeres –el único de apoyo al tratamiento que existía en la red de la Agencia Anti-droga, con 7 plazas– me hizo darme cuenta de muchas cosas que yo misma tenía integradas en mi quehacer como educadora social, y que no se adecuaban a los procesos que las mujeres necesitaban: muchas no llegaban a las redes de atención y, las que lo hacían, o abandonaban el recurso residencial y/o el tratamiento, o presentaban una serie de problemáticas/condiciones a las que no se le daba respuesta desde la red de atención.

Pero no era sólo *problema* de Madrid. En otras provincias detectaba exactamente las mismas cuestiones: pocas plazas para mujeres, pocas mujeres en tratamiento, percepciones profesionales determinadas (estereotipos, prejuicios...), etc. ¿Qué estaba pasando?... Mi enfoque se centró en analizar por

qué no llegaban las mujeres a las redes y, una vez que llegaban, qué tipo de respuestas e itinerarios encontraban. En casi todas las provincias hay centros de día especializados de acceso directo, que luego diseñan el itinerario por los recursos que más se adecuan a las necesidades de cada persona. Pero los recursos son los que son y los criterios de entrada, formas de funcionamiento, etc. están diseñados de determinada manera y configuran un determinado tipo de acceso.

Estos aspectos, y otros acerca de las problemáticas en interacción con la drogodependencia, son los que examino en las líneas que siguen...

Desde los medios profesionalizados de intervención en drogodependencias, al hablar de género y su posible incorporación (como perspectiva de análisis e intervención) a los tratamientos, es habitual que se pregunte si hay elementos que afectan a las mujeres de forma diferencial a los varones, en tanto que la drogodependencia es entendida como un problema de adicción, y se afirma que la adicción “no tiene género”. Primero habría que preguntarse qué se entiende por género (y ya puestas a ello: por ‘adicción’) para realizar semejante afirmación, pero vayamos poco a poco. Actualmente, numerosos estudios y publicaciones<sup>1</sup> avalan la pertinencia de un enfoque que incorpore lo cualitativo de las diferencias construidas por una cuestión de género, sin que ello signifique establecer tratamientos excluyentes o totalmente diferenciados. Pero para evitar caer en esencialismos<sup>2</sup>, debemos señalar que, hasta hace poco, la mayoría de los estudios sobre las características de los consumos de drogas y de las drogodependencias han centrado su atención en la incidencia en varones y mujeres, basándose en una diferencia sexual-biológica para explicar las diferencias percibidas, y muchos/as profesionales creerían con esto estar practicando un análisis “de género”. Pero la perspectiva de género, y un análisis feminista, implica algo más. Se trataría de ser capaces de incorporar todo un cuerpo teórico

acerca de un sistema de organización social que genera identidad y subjetividad, y que se sustenta en la minusvaloración de un género: el femenino. Como define Marcela Lagarde en muchos de sus libros: esta perspectiva intenta “analizar y comprender las características que definen a hombres y mujeres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, los conflictos cotidianos que deben enfrentar y la manera como lo hacen”. Aplicado a un estudio de las drogodependencias, supondría identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den 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<sup>3</sup>.

Es mi intención centrarme en definir obstáculos de acceso y permanencia en el tratamiento vinculados a una cuestión de género, lo cual significa que identificaré problemáticas que pueden presentarse (y que de hecho se presentan) para así poder incorporarlas en nuestro análisis de la realidad y que sea posible actuar conscientemente sobre ellas.

Considero que si no se elaboran intervenciones centradas en la problemática específica por cuestiones de género, en parte es porque desde los medios profesionalizados y especializados en la intervención en las drogodependencias no se manejan las claves necesarias para su análisis. Así, con este trabajo pretendo contribuir a detectar cuestiones que interfieran en el acceso y permanencia en el tratamiento, exponiendo una visión que,

además de describirlas, pueda ofrecer un referente analítico para las mismas.

El ‘género’ viene a incorporarse al análisis de las problemáticas desde el Enfoque Multidimensional (o Multisistémico) propuesto por Carrón y Sánchez (1995) para las drogodependencias, intentando por tanto relacionar los diversos aspectos (procesos individuales de la persona, reglas explícitas y valores sociales implícitos en la organización social, tipo de sustancia como elemento material en sí mismo, etc.) que se puedan presentar en las diversas problemáticas para lograr su comprensión global, y en el que la perspectiva de género nos introduce elementos “innovadores”<sup>24</sup> o, que hasta hace relativamente poco tiempo, no se habían tenido en cuenta en el diseño de programas y tratamientos.

### **Lo que no se ha nombrado, no se conoce...**

En una sociedad como la nuestra, los Medios de Comunicación de Masas han ejercido un fuerte papel determinante en el estado de opinión y de los estereotipos vinculados al consumo de drogas: drogadicto = heroinómano, varón, blanco, de unos 35 años de edad, marginal y delincuente; cocainómano, empresario de éxito; jóvenes de clase media consumidores de fin de semana de alcohol y/o pastillas; o más recientemente: menor marroquí no acompañado, delincuente y que esnifa pegamento y otras sustancias volátiles. ¿Dónde están las mujeres en esas noticias y estereotipos?, ¿debemos presuponer que no existen consumidoras de sustancias ilegalizadas como la heroína? Su visibilidad es nula en los Medios; aparecen si acaso ligadas al ejercicio de la prostitución o en cuestiones relacionadas con su abandono del papel de madre. Si salta a las noticias el caso de algún menor retirado de la custodia de su madre, aparecerá siempre la cuestión de su pasada o presente drogodependencia. En la era de los Medios de Comunicación de Masas: ¿existe el alcoholismo femenino como problemática social?, ¿se han

hecho eco de los consumos masivos de psicofármacos prescritos por personal facultativo o de las problemáticas que provocan el malestar de esas mujeres? Tampoco se trataría de proponer que se hagan eco de las cuestiones relacionadas con el patrón de consumo femenino tal como lo hacen con el masculino: la creación de estereotipos por el tratamiento y selección de la información se hace evidente, pero también es evidente la invisibilidad de la problemática en cuestión. No hay un consenso, ni una percepción social de que se trate de un problema colectivo. 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 invisibilizado, a la sombra de la visibilización de la drogodependencia masculina. Es la excepción. Lo más presente en el imaginario social y colectivo es el “problema de la prostitución”, que, situándonos ya más allá de los Medios de Comunicación de Masas y pasando a analizarlo en el medio profesionalizado de atención a las drogodependencias, se ha abordado prioritariamente desde una intervención sanitaria de prevención de enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA sobre todo), atención al embarazo y prevención del consumo durante el mismo, etc.

Podemos señalar como principal dificultad de acceso al tratamiento que, igual que el discurso social sobre las drogas, el diseño de tratamientos y programas de atención a la drogodependencia parte de una perspectiva androcéntrica. Muchas de las dificultades que vamos a señalar están intrínsecamente relacionadas con esta realidad. Los manuales de intervención recogen múltiples factores y conductas que reflejan el patrón de consumo de los varones. El uso de drogas por parte de mujeres se ha presentado recurrentemente como *la excepción*; como señala Carmen Meneses Falcón (2002, 1) “el consumo masculino es la pauta estadística y culturalmente”. Y esto ha definido los programas de intervención y tratamiento. Ellas aparecen definidas como “más patológicas que los varones,

asociadas al ejercicio de la prostitución, y al abandono de sus responsabilidades como madre” (2002, 1). Igualmente, existe una percepción generalizada de que es más complicado el trabajo con ellas. Todas estas percepciones constituyen una dificultad de acceso al tratamiento que se plasma en el trabajo cotidiano con las mujeres que acceden a los centros de atención específica.

Huyendo de elaborar un perfil que describa a “la mujer consumidora”, encontramos que las situaciones que se presentan son muy diversas: consumidoras de fin de semana –principalmente de drogas de síntesis y otras sustancias, con consumos agudos muy concentrados en poco tiempo–, jóvenes independientes y autónomas (a diversos niveles) con consumos abusivos de cocaína y alcohol, mujeres con consumos invisibilizados que si acaso se detectan en los centros de atención primaria (adicción a psicofármacos, principalmente), problemáticas de alcoholismo, ludopatía, etc. El panorama se diversifica. Pero un gran porcentaje de ellas no acuden a los centros de atención específica. De ello se deriva la afirmación de que “las mujeres no piden tratamiento”. Y las que lo piden son principalmente mujeres<sup>5</sup> policonsumidoras, que en muchos casos presentan la heroína como sustancia principal, y acuden con problemáticas derivadas de los circuitos de marginación en que se ven inmersas. Así, de la población atendida en los centros de atención a las drogodependencias, las estadísticas suelen situarse generalmente en torno a un 80% de varones y un 20% de mujeres<sup>6</sup>. Es, por tanto, una realidad estadística que las mujeres no solicitan tratamiento y, si lo hacen, el número de abandonos es superior al de los hombres (estandarizando y equiparando las proporciones). Pero: ¿de la afirmación de que no piden tratamiento se puede derivar la de que no hay mujeres drogodependientes?

Tanto para el acceso al tratamiento ambulatorio como en recurso residencial de apoyo, encontraremos dificultades que

iré describiendo a lo largo de este capítulo, pero podemos avanzar que la propia red de atención en general cuenta con pocos recursos específicos para mujeres (muchos recursos son exclusivamente para hombres). Además, el funcionamiento de los mismos no garantiza el trabajo desde una perspectiva de género, por lo que no se trata de proponer un mero aumento del número de plazas en recursos para mujeres, sino de plantear una revisión de las redes de atención en las que se las inserta, aventurándome a afirmar que en su escasa visibilidad dentro de estas redes tiene mucho que ver que, en todo el itinerario de atención y recursos destinado a ello, prima la visión androcéntrica de la problemática y su tratamiento, por lo que se hace difícil tanto su entrada como su permanencia.

No se trata de establecer tratamientos excluyentes, sino de integrar aquellos aspectos que necesitan atención específica por una cuestión de género.

### **Sobre la maternidad y la presencia de hijos/as en el proceso**

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 familiarmente. 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’. Solicitar tratamiento y ayuda para su drogadicción (sea la sustancia que fuere) supone someterse inmediatamente a que se les cuestione en su identidad y roles asociados a la categoría ‘mujer’, supone una vuelta de tuerca en su pérdida de prestigio en los roles de madre, esposa y compañera, puesto que pasa de ser una cuestión privada a un reconocimiento

más social y explícito, empezando por los y las profesionales. Y no se trata tanto de las actitudes de ‘sojuzgamiento’<sup>7</sup> que se puedan desarrollar –en teoría no debemos desarrollarlas en ningún caso–, como el propio mecanismo interno que lleva a una mujer a cuestionarse a sí misma si falla en los deseables términos de género “buenaesposa, buenamadre, buenahija”.

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’; pero pensemos en la cuestión específica en las mujeres por estas construcciones de género. Una plasmación real y efectiva de las mismas es el miedo a perder la custodia de los hijos. ¿Por qué cuando una madre reconoce abuso de sustancias –pedir tratamiento y ayuda es un reconocimiento bastante explícito– aparece como realidad inherente la posibilidad de retirada de custodia? Podemos examinar la cuestión de los varones en cuanto a qué ponen en juego cuando piden tratamiento, pero, desde luego, mientras la responsabilidad del cuidado y de la atención de la familia siga cayendo ideológica y simbólicamente en la figura femenina, serán ellas las que pongan en juego dicha cuestión de forma subjetiva y social. Y frente a afirmaciones como la anterior debemos resaltar que no se puede realizar un análisis basado en esencialismos genéricos y roles estereotipados: habrá hombres drogodependientes que teman por la custodia de sus hijos, y habrá mujeres que rechacen la maternidad que les ha tocado vivir, que estén huyendo de esa “responsabilidad” con el temor principal de hacerse cargo de ella, no de perderla. Es entonces cuando muchos/as profesionales entramos en juego iniciando procesos dirigidos a que la asuman. 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, etc. y que en los varones no recae de esa forma. En los proce-

sos de los hombres, tengan hijos o no, éstos no aparecen. Pueden desvincularse fácilmente, tanto social como personalmente. En los procesos de las mujeres que son madres esto no es así: forma parte central de sus preocupaciones o, si no, de las de los/as profesionales. Y en algunos casos llegamos a usarlos como elemento de juicio sobre ellas: “¿cómo puedes no dejarlo?, ¿ni siquiera por tus hijos?”. En mi experiencia he asistido a cómo una profesional le decía –sin concederle mayor importancia al hecho en sí mismo– a una mujer en un recurso residencial lo siguiente: “ Si tú no comes verdura, qué educación les habrás dado a tus hijos”. En la base de algo así está la *naturalización* de la maternidad, proceso que nos lleva a juzgar más duramente a una madre que no cumple con su rol que a un padre que no lo hace. Con los varones drogodependientes que son padres actuamos tratando de proteger al menor y, si vemos al padre *preparado*, es cuando establecemos mecanismos para acompañarle en su proceso de recuperación del rol de padre. Sobreentendemos que las mujeres estamos preparadas de forma natural para esta labor... y la consecuencia es que el temor a la pérdida de custodia y al juzgamiento como madres existe en las mujeres (de manera “real” o formal, pero se da), interviniendo de forma determinante en su tratamiento. Es necesario abrir espacios desde los que abordar las maternidades y las formas de vivirlas...

Sin embargo, ningún recurso residencial está preparado para trabajar con esta realidad. Hay *excepciones*, con recursos preparados para trabajar con mujeres embarazadas y/o hijos/as de corta edad, pero *no está incorporado a los tratamientos de forma general* (a los pisos se accede si *no* estás embarazada, por ejemplo...). De hecho, a esto se suma otro obstáculo: si son madres, y no están durante el consumo, durante el tratamiento –cuando se tienen que ir a recursos residenciales como Comunidades Terapéuticas o Pisos de Apoyo al Tratamiento– ¿quién cuida?, ¿quién ejerce esa labor? A menudo aparecen en los procesos abuelas-madres

sobrecargadas, en una reproducción de los esquemas tradicionales de reparto de los cuidados, siendo habitual que interfiera –en tanto que aparece como problemática– en los tratamientos la figura de la abuela o la hermana o la tía, que cuida del ‘menor desatendido’. 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*. Así: ¿qué mecanismos se ponen en marcha en torno a esta realidad? ¿cómo influye en la construcción de la problemática? Si hablamos con las mujeres afectadas por esta cuestión, veremos que de forma positiva o negativa, resuelta o ignorada, influye en el proceso, y a veces como factor de riesgo determinante, ya que se suman los juicios de valor y presiones al respecto por parte del entorno familiar y relacional más inmediato (conflictos a la hora de recuperar el rol de madres –que se “les deje” ejercer la labor–, conflictos por no hacerlo “bien” o no lo suficientemente rápido, etc.).

Para terminar este punto, quiero señalar también que nuestra sociedad se ha visto estructurada por una división sexual del trabajo, que todavía pesa en la configuración de la economía así como en la de las relaciones entre las personas. Las mujeres tradicionalmente han sido las encargadas del cuidado y del trabajo doméstico (que en la Encuesta de Población Activa sigue siendo catalogado como “inactividad”). Pero la *independencia* y *autonomía* –principios muy valorados en nuestra sociedad, objetivos básicos de muchos programas e itinerarios para personas con problemas de drogodependencias– no te las da encargarte de una familia, sino trabajar remuneradamente y tener tu sueldo. Las mujeres han acudido en masa a este saber androcéntrico en que lo valorado era el desempeño de las labores denominadas “públicas”: política, empleo, etc. Han luchado por homologarse en ese sentido y *poder* (en tanto que adquisición de derechos) hacer lo que

hacen los hombres, intentando que esa división *sexual* del trabajo deje de ser categoría que estructura la sociedad. Pero los hombres –como grupo social– no luchan por *poder* encargarse de los cuidados y afectos de una familia, o del trabajo doméstico como tarea digna de su sexo. De esta forma, encontraremos en los tratamientos que, si preguntas a muchas mujeres por sus objetivos para el mismo, a la vez que enumeran encontrar un trabajo con el que mantenerse y poder alquilar una casa –por ejemplo–, tienen que poder también hacerse cargo del mantenimiento de sus hijos/as ellas solas. Señalamos así una dificultad derivada directamente del sistema social y que, de hecho, el proceso de inserción sociolaboral no contempla en muchas ocasiones (son pocos los recursos destinados directamente a sensibilizar al tejido empresarial en la responsabilidad colectiva sobre los cuidados, o a favorecer la creación de medidas que posibiliten la conciliación laboral y familiar más allá de un conflicto que deban resolver, de forma individual, las mujeres que se encuentran en esa situación).

### **Sobre el proceso de la doble penalización social**

Cuando una mujer es la que trasgrede, tiene lugar un proceso de doble penalización moral y social. Los comportamientos trasgresores no son asumidos socialmente como “normales” en una mujer y se da un mayor cuestionamiento, relacionado con la trasgresión de los roles esperados y las “cualidades femeninas”. La sociedad en su conjunto (de la que ellas forman parte, evidentemente) elabora unos valores sociales y mandatos implícitos, elabora estados de opinión generalizados, que llevan al rechazo de la anormalidad y excepción que suponen las mujeres que desarrollan conductas disruptivas. De un hombre “se espera”: ellos son, en el imaginario colectivo, los agresivos, los que desarrollan conductas fuera de la ley, existe la identidad hombre-delincuente, cruzada por diversas variables que producen estereotipos en su



concepción (por ejemplo la de ‘hombre heroinómano delincuente’). De una mujer “no se espera”; son las sumisas, las tranquilas, las no agresivas, las mantenedoras de la paz social. La mayor trasgresión imaginada y concebida socialmente para una mujer es la de ‘prostituta’, estigma identitario por excelencia. 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, con las consecuencias que se derivan para la buena marcha del tratamiento.

Hay un deterioro de las relaciones familiares cualitativamente diferente por el hecho de ser mujeres drogodependientes, y se observa frecuentemente que por parte de la familia hay más una actitud de ataque que de ayuda o resignación... Las *buenas hijas* no hacen eso. Si el hijo “me salió así” (sic<sup>8</sup>): resignación, y “a ver si hay suerte y cambia”. Si fue la hija: “pero qué mala eres, cómo puedes ser así...”. Son necesarios los espacios donde trabajar estas cuestiones a nivel familiar, ya que es imprescindible reflexionar en torno a la ambivalencia de las relaciones familiares para las mujeres (como veremos en partes posteriores del libro).

### **Sobre la denominada ‘doble dependencia’**

Existe amplia bibliografía<sup>9</sup> que señala como una de las principales problemáticas específicas para el tratamiento con mujeres la llamada ‘bi-dependencia’: una dependencia relacional –en tanto que se trata de un vínculo de naturaleza dependiente– que establece una persona adicta (o ex-adicta) sobre otro sujeto (sea éste adicto o no). Esta relación se va tornando patológica y/o sojuzgadora, y sin advertirlo, o en

una negación absoluta de esta realidad, la persona ‘bi-dependiente’ deja su capacidad de decisión y determinación anulada en función de la otra persona. La Fundación Instituto Spiral (2000) mantiene en diversas publicaciones que “es más frecuente en mujeres y cuando aparece lastra definitivamente la recuperación, hasta el punto de significar un importante factor de recaída”. En un reciente documento del Instituto de Adicciones de Madrid (Rodríguez M. et al. 2005: 31) las autoras<sup>10</sup> hacen una relación de publicaciones que recogen esta realidad y analizan la dinámica en la relación de pareja, señalando realidades como el alto porcentaje de mujeres que se iniciaron en el consumo a través de sus parejas (varones). En la práctica cotidiana los y las profesionales también podemos observar que es un factor de mantenimiento del consumo problemático en activo: si el varón es también drogodependiente y no solicita tratamiento suele influir en conseguir que ella no lo pida, o que lo abandone si es que ha llegado a pedirlo. Pero también vemos abandonos que calificaríamos de ‘voluntarios’, vuelta al consumo abusivo, etc. con una pareja que aún consume, o no, de por medio. Desde los medios profesionalizados muchas veces nos encontramos con la cuestión del “amor” en el centro de estas conductas, con la dificultad para enfocarlo sin generar un rechazo inmediato por parte de las mujeres.

Siguiendo los análisis de la antropóloga Marcela Lagarde y De Los Ríos (2001, 2005) podemos definir que en nuestra sociedad el amor es idealizado, fantaseado y sobredimensionado. Para las mujeres es elemento fundamental del ideal de género y se caracteriza tradicionalmente por la dádiva. Esta entrega tiene dos vertientes: una función social básica de entrega de atención y cuidados que satisfagan las necesidades de los otros (concepto patriarcal de “familia”), y una de entrega al hombre, en el que la mujer deviene objeto y subordinada \_ la dádiva no es sólo dar objetos, atenciones y recursos materiales y simbólicos, es también darse a una misma. El

contenido de la entrega femenina implica que el sentido de la vida lo da el otro, lo que supone la abnegación, aprender a dejar de ser por una misma. Se otorga al varón el lugar central de la propia existencia, y se le coloca en un plano jerárquico de superioridad. Los mandatos e ideales de género actúan con fuerza constitutiva de la identidad y subjetividad, de lo que 'yo' quiero y deseo, sin permitir que muchas mujeres se "sientan completas y realizadas si están solas, sin pareja<sup>11</sup>". Como señala esta autora (1999: 11) "El orden amoroso tradicional (...) [convierte] a las mujeres en seres para otros" y además: "de ese otro" (¿nos son conocidas expresiones como 'soy tuya', 'haz conmigo lo que quieras', 'poséeme', o el cuento donde el Príncipe Azul rescata a la Princesa?). Siguiendo trabajos como el realizado por Charo Altable Vicario (1998) podemos examinar cómo los roles de género marcan nuestra más profunda forma de sentir y desarrollar el amor, nuestro cuerpo y a nosotros mismos desde la infancia y adolescencia (su trabajo se desarrolla con menores, examinando las cuestiones referentes al amor y el género en chicos y chicas).

En el ámbito de análisis de la problemática de las drogodependencias se afirma que suele darse la doble dependencia: a la sustancia y al varón, en una relación de subordinación, de anulación de una misma y de autoreconocimiento y valoración en base a esa relación. Es el centro de la existencia, y se transforma en un problema cuando el tratamiento puede implicar que dejen a su pareja: bien sea porque él no quiera entrar en tratamiento si es consumidor, o porque el/la profesional detecte que la relación es patológica y un factor de recaída e inicie un trabajo encaminado directa y frontalmente al abandono de la relación, sin la motivación previa por parte de la mujer. Si no se construye una alternativa de identidad, de re-elaboración de una misma como sujeto, dejando el vacío y el rechazo a lo que ha sido una parte central de su vida hasta ahora, es difícil que no abandone el proceso terapéutico

por esa "dependencia relacional o bidependencia". Es más, encontraremos muchas veces como dificultad el hecho de que están totalmente receptivas a la aparición de un posible amor que le dé sentido a su vida, que, cuando aparece, se convierte en lo más importante y central, por encima de ellas mismas.

Pero, con el objetivo de seguir avanzando en la reflexión sobre esta realidad, mantengo que debemos emplear con prudencia el término 'doble dependencia' o 'bi-dependencia', ya que introduce un elemento patológico en el análisis de las relaciones heteroafectivas entre hombres y mujeres, invisibilizando el proceso de subordinación en la construcción de las relaciones heteroafectivas, que, sin embargo, la literatura feminista sí se ha encargado de analizar y visibilizar. Prefiero, de hecho, recomendar abordajes acerca de *la importancia de lo relacional* en la vida de muchas mujeres, y que está directamente relacionado con contenidos de género. Por que estas mujeres hayan desarrollado una drogodependencia no podemos extender el manto de lo 'patológico', la 'dependencia', invisibilizando los procesos de subordinación de las mujeres en general (como categoría sociosubjetiva) en las relaciones de amor.

Los centros de atención no están preparados en general para una realidad que tiene su expresión más dramática cuando se producen *malos tratos en la pareja* y, aún así, la mujer permanece en la relación o vuelve con el maltratador pasado un tiempo. Debemos intentar comprender procesos complejos en los que la construcción sociocultural de los géneros y del amor forma parte central. Realizando un revisión bibliográfica sobre malos tratos y drogodependencias, podemos encontrar diversos estudios cuyo principal objeto es poner en relación ambas problemáticas y examinar dicha interrelación (como establecer posibles causalidades, etc.). De hecho, la adicción y el maltrato en mujeres aparece recurrentemente señalado como una doble vulnerabilidad, interrelacionada en

ambos sentidos, tanto como antecedente como consecuente, el uno del otro. Asimismo, encontramos estudios que manifiestan que “el uso de drogas en la mujer contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento de agresiones sexuales y victimización física” (Testa, 2004, referenciado en Llopis, J.J. et al. 2005), o que aseveran que la existencia de abusos sexuales en la infancia multiplica la probabilidad de toxicomanía y/o patología dual en la edad adulta (Nieto, 2004; Kendler et al., 2000). Pero, para mí, el problema es que no son enfoques feministas que contribuyan a transformar el sistema en que se dan estos procesos, sobre todo porque se establece un marco en el que se *‘naturalizan’* (invisibilizando el sistema de género) las agresiones sobre las mujeres... Es necesario un enfoque que se enmarque en la teoría y perspectiva del género como forma de acercamiento a la realidad de la *‘violencia de género’*<sup>12</sup> y el análisis de la drogodependencia femenina en concurrencia o co-existencia. El acercamiento por el que apuesto no pretendería establecer relaciones causales entre malos tratos y adicción, sino que enmarcaría el estudio y la actuación sobre estas dos complejas problemáticas en la existencia de una violencia estructural contra las mujeres y de una visión androcéntrica en el análisis e intervención de la problemática de las drogodependencias, de forma que una y otra se retroalimentan. Considero un error –o sirve de muy poco– establecer como elemento de *‘vulnerabilidad’* la drogodependencia para el maltrato, por ejemplo, porque no me está diciendo nada más que la persona, esa mujer concreta, está inmersa en dinámicas y relaciones que se retroalimentan fácilmente...

Lo que me preocupa es que se trata de una realidad que está más que detectada: las mujeres que llegan a los centros de atención a drogodependencias presentan en muchas ocasiones una situación de malos tratos en la pareja o, si no, vuelven a establecer relaciones con varones que reproducen el maltrato hacia ellas. ¿Qué sucede con ellas? ¿Cómo traba-

jamos desde nuestros centros de atención? ¿Se considera que ambas realidades deban ser atendidas desde una perspectiva integral? Igualmente, desde las redes de atención en malos tratos, cuando una mujer llega a dicha red a causa de una problemática de malos tratos y se detecta que presenta algún tipo de drogodependencia en activo, queda excluida casi inmediatamente. ¿Qué sucede con estas mujeres? ¿Llegan a los centros de atención a drogodependencias?

El maltrato en interacción con la drogodependencia en mujeres es un tema sobre el que podríamos extendernos ampliamente, pero tan sólo quiero recogerlo como problemática que se presenta en muchas mujeres drogodependientes y que se transforma en dificultad de acceso y permanencia en el tratamiento, al no encontrar protocolos de atención que lo contemplen ni desde la red de atención a las mujeres víctimas de malos tratos ni desde la red de atención a las drogodependencias (ni en tratamiento ambulatorio –con coordinación con recursos en caso de emergencia–, ni en recurso residencial –aunque se aleje a la mujer del maltratador, debe realizarse una intervención específica de trabajo del vínculo, círculo de la violencia, etc.–).

Como señalan Chait, L. et al (2005): “Con todas las mujeres que acuden a un CAD<sup>13</sup>, se debería efectuar la evaluación de una historia de maltrato físico, emocional o sexual. En la actualidad, pocos son los protocolos que recogen estos aspectos y los cuestionarios que lo hacen, como el Europasi y el Asi, caen en la ingenuidad de que vivencias tan silenciadas y complejas se puedan responder dentro de una batería de preguntas como si fuera una más.” Experiencias como la de Bosch, Esperanza et al (2006) establecen un marco feminista de análisis del maltrato a mujeres a la par que ofrecen un diseño de intervención psicológica, y otras, como la de Castaños Izquierdo, Mónica et al (2007) ya han posibilitado la existencia de manuales que indican cómo articular e incorporar la detección y actuación en estas situaciones (concurrencia

de maltrato y drogodependencia en muchas de las mujeres que acuden a solicitar tratamiento) dentro de los itinerarios de atención. Pero, ¿se está aplicando esta intervención conjunta y de forma protocolizada? No. Y espero que esto que afirmo quede algún día obsoleto<sup>14</sup>, pero de momento se sigue dando la concepción de las problemáticas de forma separada y parcial, no integral.

### **Sobre la sexualidad y la drogodependencia en mujeres**

Sexualidad. En drogodependencias no forma parte central de ningún tratamiento, y quizás es ahí donde radica el principal androcentrismo en la visión y análisis del problema, porque la relación teórica entre la sexualidad femenina y el consumo abusivo de sustancias es sin embargo recurrente: prostitución, maltrato físico y sexual, erotismo de algunas drogas asociadas al sexo... Pero investigadores/as y profesionales no lo colocan en el centro. La profesora de Pedagogía Carmen Orte (2000: 30) sitúa la explicación en que otras problemáticas que suelen presentar las personas drogadictas requieren de una mayor inmediatez de respuesta, de forma que no se suele incluir el abordaje de la sexualidad. Y apunta así mismo hacia percepciones sociales y culturales de género, y un desconocimiento histórico de la drogadicción femenina.

Pero es una realidad contrastada que las mujeres drogodependientes ponen en juego su cuerpo y sexualidad en el consumo de sustancias. Y no se trata de la imagen si acaso de la 'yonqui' que se prostituye o que hace 'cualquier cosa por dinero'<sup>15</sup>, sino de enfocarlo desde el punto de vista de que la sexualidad –y el cuerpo– de una mujer *siempre* va a estar en 'el juego'. Podríamos extendernos ampliamente en la exploración de la sexualidad y sus significados y construcciones, pero para explicar la afirmación anterior, tomaremos como base las nociones propuestas por Michel Foucault (1980: 11-37). Este autor considera el cuerpo como un espacio político privilegia-

do, analizando el poder en y desde el cuerpo, y exponiendo que es “fuerza de trabajo sólo si se halla prendido en un sistema de sujeción (...) cuando es cuerpo productivo y cuerpo sometido”. De esta forma, el cuerpo se transforma en espacio político privilegiado, al ser fuente de vulneración, pero también de poder. El cuerpo de las mujeres, y su sexualidad, es un cuerpo sometido, objetualizado y sujeto a disposiciones creadas socialmente. Las mujeres *son* su cuerpo. Cuerpo para los otros, para procrear o para entregarse, para ser objeto de admiración, mirada, silbido, violación. Pero a la vez, cuerpo como acceso al reconocimiento social (examinemos la cuestión de “la belleza” por ejemplo), a bienes materiales y simbólicos, o como “arma de seducción para conseguir lo que quieren”. Paradójicamente, el cuerpo y la sexualidad son el eje de la opresión y condición femenina, a la vez que son fuente de su poder, por objetos valorados y deseados en la sociedad.

Así pues, si volvemos a centrarnos en las mujeres con problemas de drogodependencias, encontraremos que, en tanto que mujeres social y culturalmente construidas, la sexualidad constituye un eje central de cualquier problemática que podamos abordar. Debemos analizar las problemáticas específicas que se dan en la sexualidad relacionadas con el abuso de drogas, pero sin dejar de lado que la forma en que una mujer vive y es en el mundo está intrínsecamente relacionada con su sexualidad y subjetividad como eje de vulneración y de poder. En el caso que nos ocupa: posibles abusos en la infancia o en la actualidad, malos tratos, prostitución y/o intercambio de acciones de carácter sexual por sustancias o dinero en algún momento (el nombre popular por el que se conoce esta acción redundante en su valoración social a la vez que en su denigración: “favores sexuales”. Valorado por lo de “favores”, y denigrado por la connotación negativa que pueda atribuírsele a que una mujer ejerza dicha acción), su forma de auto concebirse y valorarse, sentirse usada o maltratada, y también su aprovecharse de esa condición (condicionante)

femenina y la atracción sobre los hombres (en relación heteroafectiva).

A las mujeres drogodependientes (sobre todo en mujeres consumidoras de sustancias que tienen que buscar el dinero con el que financiarse el consumo) se les suma una cuestión más que implica a su sexualidad de lleno, y es que así como los hombres tienden, por construcción social de género, a la agresividad y trasgresión en forma de robo o atraco para autofinanciarse, ellas recurren a lo “más fácil” también por construcción de género: su cuerpo. Y no hace falta ejercer la prostitución como tal, baste con juntarse con “fulanito” y estar de acompañante en robos, trapicheos, consumos, etc. A la vez que así se obtiene su protección y el reconocimiento de los demás, no están solas. En los tratamientos también podemos encontrar esta “dificultad”. Pero debemos incorporar también la perspectiva de género a la descripción que hagamos de la realidad, ya que nuestra observación puede partir de una discriminación aunque sea de forma inconsciente, y convertirse en un obstáculo más para el acceso al tratamiento; por ejemplo: la sexualidad definida como problemática asociada a la presencia de mujeres es un tema recurrente en los y las profesionales de los dispositivos de atención, y que lleva a segregar comunidades terapéuticas y pisos por sexos. Sin entrar a valorar la problemática derivada del establecimiento de relaciones afectivas entre personas con problemas de drogodependencias, debemos señalar que la sola vinculación de la sexualidad a la presencia de mujeres es un acto injusto y cargado de prejuicios y minusvaloración hacia ellas aunque no nos demos cuenta, porque: ¿acaso en la relación heterosexual participan sólo ellas? Sin embargo, el peso de nuestra observación sigue cayendo sobre las mujeres, y también nuestras valoraciones y juicios al respecto. Por supuesto que en una Comunidad Terapéutica mixta, por ejemplo, nos encontraremos con problemas relacionados con la sexualidad y las relaciones heteroafecti-

vas. Darle la vuelta a la observación sería comentar que “el problema es que hay chicos”, pero no se hace; y desde aquí no se propone en absoluto que debamos darle la vuelta en ese sentido, sólo se pretende llamar la atención sobre la perspectiva que nos lleva a afirmar, como de hecho se hace, que los problemas vienen “porque hay chicas”<sup>16</sup>. Los problemas en las relaciones heteroafectivas afectarán de forma distinta a hombres y mujeres (y dentro de eso: de forma diferente según la persona), pero solemos juzgar el uso que las mujeres hacen de la sexualidad para conseguir cosas, por ejemplo. Ante esto, cabría preguntarse si entre los profesionales se piensa o se tiene la percepción de que sea una afirmación generalizada “qué mal los drogodependientes, que delinquen para conseguir dinero con el que financiarse el consumo...”. No existe esa percepción, pero sí existe cierto juicio moral (hablando de forma general) hacia que las mujeres usen la sexualidad para conseguir cosas, y esto se puede traducir en actitudes que pueden dificultar el proceso de la persona por afectar directamente a la naturaleza de la relación de ayuda y/o terapéutica establecida<sup>17</sup>.

Muchos recursos residenciales optan por no ser mixtos para “evitar este tipo de problemas” y cierran el paso a las mujeres. Podemos seguir argumentando que el porcentaje de las mujeres en tratamiento es mucho menor que el de los varones, y que por eso hay menos recursos para ellas, pero la realidad se transforma en que si nos encontramos con mujeres drogodependientes que sufren malos tratos, o que presentan un problema de salud mental asociado (es muy frecuente, y no abundan los recursos residenciales que permitan mujeres con un perfil de Patología Dual), etc. lo tendremos muy difícil para darle acogida y una respuesta adecuada desde la red de atención: no dispondremos de recurso al que derivarla fácilmente.

Y, en este contexto de relación de dependencia con respecto al varón y la importancia de la sexualidad en las mujeres, se han puesto en marcha programas de prevención de conduc-

tas de riesgo asociadas a la “patología de las mujeres consumidoras”, que dentro de las estadísticas aparecen reflejadas con tendencia a compartir material inyectable, por ejemplo, dándose muchos casos en que contraen el VIH/SIDA por no utilizar preservativo con su pareja seropositiva o por inyectarse con la misma jeringuilla después de él. Estos programas han tenido que introducir la perspectiva de género para poder modificar las disposiciones afectivas que llevan a que las mujeres tengan menos recursos personales para la negociación de prácticas seguras. Esta falta de incorporación de conductas y medidas de prevención de riesgos aparecen en muchas mujeres: adolescentes y adultas. Un buen ejemplo de la implementación de la perspectiva de género en el análisis y abordaje de esta cuestión, lo encontramos en el libro: *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, de Sara Velasco. Y también encontraremos programas (alcoholismo, barbitúricos) donde se incide en la llamada triada específica en la mujer: ansiedad-depresión-soledad, que lleva a intentos autolíticos, o a puntos de consumo agudos y abusivos en extremo... Sin embargo, debemos poder generar respuestas e intervenciones que integren otro tipo de enfoques, ya que el abordaje es eminentemente psicologicista y no se proponen actuaciones que impliquen la modificación, siempre complicada, del entorno social (por ejemplo: programas dirigidos a los varones drogodependientes y la sexualidad, construcción de la masculinidad, etc.).

### **Algunas conclusiones...**

Hay que señalar que si se pregunta por estas cuestiones, tanto a las familias como a las propias mujeres afectadas por la drogodependencia, normalmente responderán que no tienen problemas distintos, que les afecta a todos por igual: hombres y mujeres. En encuestas cuantitativas realizadas no se obtienen datos específicos. Es necesario inducir en un escenario de

investigación cualitativa, una aproximación a las diferencias (se han hecho grupos de discusión desde la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción<sup>18</sup>, por ejemplo, para investigar esta cuestión, y yo misma lo vengo explorando en mi experiencia con mujeres) para que ellas empiecen a reflexionar y debatir sobre las mismas. Pero en principio no surge de forma espontánea.

Aparte, nuestro ámbito es de difícil intervención desde perspectiva de género, ya que la realidad parece confirmar los análisis efectuados: no hay demanda de tratamiento; llegan más deterioradas social y personalmente; presentan trastornos de ansiedad, depresión; etc., con lo que los estereotipos de género se refuerzan. Sin una visión holística de la cuestión (incluida la perspectiva de género), nos seguiremos quedando en que: las mujeres son pocas, son la excepción, no piden tratamiento, no acuden al centro, son más complicadas, más viciosas y patológicas en el consumo, no incorporan conductas de prevención, son ‘promiscuas’... La drogodependencia en sí misma está tan problematizada (sigue pesando la intervención en la misma entendida como un problema de orden público, que genera alarma social; o si no, desde una perspectiva concebida estrictamente en términos médico-sanitaristas, como si fuesen algo ajeno a la construcción social) que hace difícil el abordaje de las cuestiones expuestas de forma global y efectiva. Eso en los itinerarios de atención. En la sociedad permanecen invisibilizadas, y si se las visibiliza es para victimizarlas o culpabilizarlas, para juzgarlas y estigmatizarlas.

Es necesario, por tanto, poder revisar las redes de atención en su conjunto y entender que la drogodependencia va más allá de la sustancia. Es imprescindible la intervención desde equipos interdisciplinares (cuestión que no es novedosa, pero que en la práctica es difícil de articular).

Es necesario...:

- establecer la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, diseño, evaluación, etc., no como “tema” o punto aparte de la intervención y proyectos.
- formar en materia de ‘Género’ a profesionales de la intervención y responsables del diseño de proyectos.
- identificar problemáticas específicas en drogodependencias desde perspectiva de género: en la intervención psicológica, social, familiar, en el acceso al mercado laboral, etc. Persiste una perspectiva androcéntrica en el análisis, diseño de protocolos, tratamientos e itinerarios;
- una implicación de la Administración en el impulso de nuevos programas con ópticas de atención integral, no sectorizada o segmentada;
- incorporar los siguientes temas en el trabajo con mujeres drogodependientes:
  - abordaje de consumos ‘invisibilizados’
  - relaciones interpersonales y de pareja
  - malos tratos
  - doble penalización social
  - sexualidad y relación con el cuerpo
  - maternidad y presencia de hijos/as en el tratamiento
  - dificultades en el acceso al mercado laboral
  - autoestima (específicamente por cuestión de género)

Para terminar este apartado quería hacerme eco de una publicación editada por Naciones Unidas: *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*, en la que se aborda de forma específica un capítulo sobre ‘*Obstáculos para el acceso al tratamiento*’ (2005: 19). Esta publicación ofrece una amplia panorámica, al haber contribuido en su elaboración profesionales de diferentes sociedades y entornos culturales. Coincide en señalar que las mujeres encuentran en general:

“problemas más graves al inicio del tratamiento y posiblemente encuentren más obstáculos que los hombres para acceder a éste. A pesar de las diferencias entre culturas y naciones (...) encuentran frecuentemente los mismos obstáculos para su acceso al tratamiento y permanencia en él. La mayoría de las veces estos obstáculos tiene que ver con sus *deberes como esposas o parejas y madres*, con las dificultades resultantes de *tener un compañero sexual drogodependiente* y con la *estigmatización sobreañadida* que suponen para la mujer los problemas de uso indebido de sustancias.” (el subrayado es mío).

Esta interesante publicación divide las dificultades en:

- inherentes a los sistemas,
- estructurales, y
- socioculturales/personales,

ofreciendo una visión estructurada en enunciados con cada problemática detectada, y vinculándola a cada uno de estos apartados. Aunque se trata de una exposición altamente clarificadora, mi propuesta consiste en presentar los obstáculos con los sistemas, la estructura y su efecto en las personas y la sociedad en interrelación, ya que no puede representarse un ‘complejo de culpa’ o el ‘miedo a perder a los hijos’ (efecto en la persona), por ejemplo, sin tener en cuenta que vivimos y nos convertimos en personas en un tipo de sistemas sociales que convierte la maternidad en fuente de identidad y en mandato y exigencia de género para las mujeres, a la vez que las está insertando en redes dirigidas a la inserción por el empleo (cuando el mercado laboral actual denomina la presencia de hijos y otras personas “dependientes”<sup>19</sup> como “cargas” –con la correspondiente connotación negativa en el enfoque de la cuestión–, y no hay políticas que favorezcan la corresponsabilización de varones y sociedad en su conjunto en los cuidados). Son realidades que no pueden disociarse y que considero que deben explicarse en mutua interinfluencia

para ser mejor comprendidas. De ahí que debamos fortalecer y mejorar la *intervención interdisciplinar* de los equipos de los centros de atención específica, la *coordinación* con los recursos comunitarios y específicos para mujeres, y dinamizar y posibilitar la intervención con los demás *agentes sociales*; sin olvidar, por supuesto, la *responsabilidad de las administraciones públicas* en la puesta en marcha de programas que posibiliten una adecuada intervención sobre realidades tan complejas.

## NOTAS

<sup>1</sup> Por poner algunos ejemplos: *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. (2004) Urbano Aljama, A. y Arostegi Santamaría, E. Instituto Deusto de Drogodependencias; *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida* (2005) Publicación de la Naciones Unidas; *Adicciones en Mujeres* (2002) De la Cruz Godoy, M<sup>a</sup> J. y Herrera García, A. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria; *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, (2002) Velasco Arias, S. Colección Salud n<sup>o</sup> 5. Instituto de la Mujer ; *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos* (2001) VV.AA, Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas; *Intervención en drogodependencias con enfoque de género* (2007) Castaños, Mónica et. al Colección Salud 10 Instituto de la Mujer.

<sup>2</sup> Cuando hablamos de problemas por una construcción social del género hay que tener muy presente que estamos hablando desde las dinámicas producidas por el sistema sexo/género, y evitar caer en una “guerra de sexos” acerca de si los hombres o las mujeres *son* mejores, peores, más complicados, más simples, tienen más o menos habilidades, etc., ya que estaremos *esencializando* los términos y a las personas con las que trabajamos, nos relacionamos, y a nosotras mismas.

<sup>3</sup> Sería interesante realizar esto también con los varones: examinar las implicaciones de la masculinidad para con la drogodependencia (y la violencia, etc.), pero, por todo lo que iré exponiendo a lo largo de este capítulo, mi objeto de interés es el trabajo con mujeres. En 2009 he tenido la oportunidad de participar en un proyecto de ASECEDI ([www.asecedi.org](http://www.asecedi.org)) para el trabajo con varones drogodependientes desde perspectiva de género, en el que hemos creado una Guía Metodológica de Intervención en grupo y material audiovisual sobre la construcción de la masculinidad: el DVD ‘Un hombre de verdad’.

<sup>4</sup> Entrecorrido esta expresión, puesto que el concepto de género (*gender*) se remonta a los años 80, cuando Gayle Rubin articuló la teoría del ‘sistema sexo/género’, contando con numerosos antecedentes, como por ejemplo el *feminismo radical* de los años 60 en EE.UU. (Kate Millet ‘*Política Sexual*’) o ya Simone Beauvoir con la publicación de su obra *El segundo sexo* en 1948, y su famosa frase: ‘la mujer



no nace, se hace'. Actualmente, muchas corrientes feministas se encuentran ya "desmontando" teóricamente este concepto, pero la realidad es que la sociedad en su conjunto sigue sin haber incorporado ni siquiera los primeros pasos para comprender 'el género'. Los feminismos se han visto invisibilizados como cuerpo teórico y movimiento emancipatorio, atacados de múltiples maneras, e incluso interpretados como 'lo contrario al machismo'.

<sup>5</sup> Empieza a observarse un porcentaje cada vez mayor de mujeres jóvenes (25-30 años) que acuden a los centros de desintoxicación hospitalaria y de atención específica con problemas en el consumo de cocaína y alcohol, pero sigue pesando el perfil estereotipado de que 'drogodependiente' es el consumidor de heroína.

<sup>6</sup> Datos referentes a 2002, obtenidos del Instituto de la Mujer a partir de los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

<sup>7</sup> Esta expresión, aparte de no aparecer recogida como sustantivo en el Diccionario de la Real Academia Española (Vigésima Segunda Edición, 2001), puede resultar inadecuada en su significado estricto. Pero la utilizo con la intención de exponer o tratar de reflejar la fuerza (y en cierta medida: violencia –no física–) implícita en la relación terapéutica cuando se dan actitudes de cuestionamiento o emisión de juicios morales y/o de valor por parte del profesional. Emitir una opinión o un cuestionamiento –en el sentido que vengo usándolo en el texto– adquiere un poder vinculante en las reflexiones y decisiones de la persona que está en tratamiento, por ser quienes somos como profesionales en ese proceso. Existe una relación de poder en tanto que relación desequivalente, y de confianza en tanto que relación terapéutica, por lo que si 'deslizamos' este tipo de actitudes, sostengo que vamos más allá que un mero cuestionamiento o juzgamiento, con un fuerte –aunque sutil– ejercicio de poder añadido. Es análogo a cualquier relación terapéutica establecida: el o la profesional tiene un poder en sus opiniones y juicios de valor que no tienen otras personas con las que se relaciona la persona en terapia, y con quienes mantiene una relación de iguales.

<sup>8</sup> Este tipo de expresiones literales a lo largo del texto, responden al trabajo que vengo realizando desde hace aproximadamente cinco años, examinando la variable género en los procesos de drogodependencias a través de mi trabajo directo en campo, tanto con personas en tratamiento, como con profesionales que intervienen desde diversos recursos.

<sup>9</sup> Referencias anteriores y bibliografía.

<sup>10</sup> Desde aquí quiero hacer un reconocimiento en especial a la labor de Mercedes Rodríguez, que lleva años trabajando y visibilizando la cuestión del género en las drogodependencias.

<sup>11</sup> Muchas mujeres drogodependientes en tratamiento han verbalizado esta sensación de no sentirse completas, de sentir que fallan en un objetivo vital, si no consiguen una pareja. Y también lo expresan mujeres que no tienen problemáticas de drogodependencias...

<sup>12</sup> Este acercamiento sitúa la problemática más allá de la violencia en el ámbito de lo privado, y que entiende que "La violencia contra las

mujeres es un fenómeno social de múltiples y diferentes dimensiones. Es la expresión de un orden social basado en la desigualdad, como consecuencia de la asignación de roles diferentes a los hombres y a las mujeres en función de su sexo y con un reconocimiento distinto y superior para lo masculino. La violencia, manifestación de la desigualdad entre géneros, es la fórmula a la que recurren muchos hombres para dominar a las mujeres y mantener sus privilegios en el ámbito familiar, produciendo terribles efectos para las víctimas." Introducción al II Plan Integral Contra La Violencia Doméstica 2001-2004, del Gobierno Central.

<sup>13</sup> Centro de Atención a las Drogodependencias. Red municipal de Madrid, Instituto de Adicciones.

<sup>14</sup> Recientemente he sabido de la existencia de un recurso residencial para mujeres drogodependientes y que han sufrido malos tratos en pareja y están en situación de emergencia, en la red municipal de Madrid: se establece una coordinación entre los CAD y el SAVD - Servicio de Atención a la Violencia Doméstica. También hay redes de atención a malos tratos en otras provincias que contemplan la admisión de este tipo de "perfiles" en algunos casos, pero no es lo habitual. Además, aunque existan recursos como el mencionado anteriormente, he de señalar que es una cuestión de difícil abordaje, ya que muchas mujeres drogodependientes que acuden a tratamiento no van a querer abordar su relación de pareja, y menos desde la concepción de 'mujeres maltratadas' que les supone un *estigma* más...

<sup>15</sup> Esta frase hace también referencia directa a la canción 'Clara', de Joan Baptista Humet, en la década de los 80.

<sup>16</sup> He impartido diversos talleres de formación en perspectiva de género aplicada a las drogodependencias para profesionales, y es un tema recurrente en la descripción de problemáticas asociadas al 'consumo femenino' – las mujeres, que enumeran los y las profesionales: "promiscuidad, uso de la sexualidad, mal manejo de afectos, etc."

<sup>17</sup> Ver nota número 7.

<sup>18</sup> Véase 'I Symposium Nacional sobre la Adicción en la Mujer' Instituto de la Mujer. Madrid, 2000

<sup>19</sup> Entrecorrido esta expresión ya que de ella se entiende que hay personas 'no dependientes', como si el cuidado, la interdependencia, no formase parte de la vida humana en general... Establecer una idea de 'dependencia' es establecer una gradación en los cuidados necesarios, con el sistema de valoración y configuración de los afectos implícito que conlleva.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALTABLE VICARIO, Charo. *Penélope o las trampas del amor. Por una coeducación sentimental*. Valencia, Ed. Nau llibres, 1998.
- AMOR, P.J. et al. *Violencia de pareja y adicción a drogas en Centros de Día*. ASECEDI. 2007
- AMOROSO MIRANDA, María Inés; Carrasco Bengoa, Cristina. (Grupo Dones I Treballs de Ca la Dona). *Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos*. Icaria, D.L. Barcelona, 2003.
- BOSCH, Esperanza et al. *El Laberinto Patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Editorial Anthropos, 2006.
- CASTAÑOS IZQUIEDO, Mónica et al. *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género*. Colección Salud nº 10. Instituto de la Mujer, 2007.
- CARRÓN, J. y Sánchez, L. *Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes*, referenciado en páginas 42-45 de *El educador social y las drogodependencias* Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (G.I.D.) Edita: GID. Madrid, 1995.
- CHAIT, L. et al. *Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención*. *Trastornos Adictivos* 2005; 7(2): 104-13. 2005.
- COMAS D' ARGEMIR, Dolors. *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Icaria editorial, Antropología. Barcelona, 1995.
- “Mujeres, Familia y Estado del Bienestar”, en Del Valle, Teresa *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Ariel Antropología, Barcelona, 2000.
- DE LA CRUZ GODOY, María José y Herrera García, Ángel. *Adicciones en Mujeres* Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria, 2002.
- DEL RÍO, Sira. *La crisis de los cuidados: precariedad a flor de piel* Madrid, 2004. Disponible:[<http://www.nodo50.org/caes/articulo.php?p=113&more=1&c=1>]

—*Trabajos y Mujeres. Materiales para una intervención feminista*. CAES (Centro y Asesoría de Estudios Sociales). Madrid, 2000.

DEL VALLE, Teresa. “Proceso de la memoria: cronotopos genéricos”, en *Perspectivas feministas desde la Antropología*, T. del Valle (coord.), Ariel: Barcelona, 2000.

ETORRE, Elisabeth “¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer”, en Wilkinson, Sue y Kitzinger, Celia: *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós Contextos, 1996.

FAUSTO-STERLING, Anne *Cuerpos sexuados*. Editorial Melusina. Barcelona, 2006.

FOUCAULT, Michel. (1980) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI de España Editores, s.a., 1996.

Fundación Instituto Spiral. VV. AA. *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Edita: Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.

—*II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*, 2002 [Disponible en: <http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/resumenes/index.htm>].

GAMELLA, Juan y Álvarez, Arturo. *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Ariel: Barcelona, 1999.

GOOD, B.J. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Ediciones Bellaterra. 2003.

KENDLER, K. *Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women*. Archives of General Psychiatry, 57 (10), 953-959. 2000.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela. (2001) *Claves feministas para la negociación en el amor*, editado en España por horas y HORAS la editorial, en el libro *Para mis socias de la vida*, Colección Cuadernos Inacabados nº 48, 2005.

—*Acerca del amor. Las dependencias afectivas*. Associació Dones Joves del País Valencià. Generalitat Valenciana, 1999.

—(1989) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2ª reimpresión 2003.

LLOPIS, Juan José et al. *Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención*. Monográfico Salud y Drogas 2005, vol. 5 Nº 2 pp. 137-158. 2005.

MARTÍNEZ REDONDO, Patricia. *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*. Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI). Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Pamplona, 2008. [Disponible en: <http://www.asecedi.org/genero.htm>].

—*Investigación sobre las dificultades de acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD*. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, 2008 [[http://www.unad.org/biblioteca/documentos\\_de\\_interes/35652.html](http://www.unad.org/biblioteca/documentos_de_interes/35652.html)].

MENESES FALCÓN, Carmen. *Mujer y consumo de drogas* Revista electrónica *Iglesia Viva* nº 209. Enero-Marzo 2002.

—[<http://www.iglesiaviva.org/209/n209-53.htm>][consulta 19/12/2004].

—“Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas”, en II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer, 2002.

—[<http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/resumenes/Carmen%20Meneses.htm>][consulta 19/12/2004].

Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. VV. AA. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Publicación de las NN. UU. ISBN-92-1-348104-7, 2005.

—[Disponible en [http://www.unodc.org/pdf/report\\_2004-08-30\\_1\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2004-08-30_1_es.pdf)].

NIETO, M. A. *Violencia y consumo de cocaína*. Adicciones, 16, supl. 1, 46-47, 2004.

ORTE, Carmen. “Sexualidad en la mujer adicta”, p. 30 en *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Fundación Instituto Spiral. Edita: Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.

Plataforma por un Sistema Público Vasco de Atención a la Dependencia VV. AA. *De la obligación de cuidar al derecho a recibir cuidados*, 2006 [Disponible en: [http://www.stee-eilas.org/DOK/arloak/ema-kumea/zaintza/zaintza\\_txostena\\_g](http://www.stee-eilas.org/DOK/arloak/ema-kumea/zaintza/zaintza_txostena_g)].

RODRÍGUEZ, Mercedes et al. *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención* Documento Técnico nº 1 del Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2005.

ROMANÍ, Oriol *Las drogas. Sueños y razones*, (cap. 4 “La construcción social del problema de la droga. El caso español.”) Ariel. Barcelona, 1999.

ROMO AVILÉS, Nuria y Gil, Eugenia “*Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar*”. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50.

ROMO AVILÉS, Nuria “*Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*” Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías nº 5 Uso de Drogas y Drogodependencias, año 2004.

SÁNCHEZ L. et al. *Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura*. Sociedad Española de Toxicomanías. Proyecto Genacis. 2004.

- SIMÓN RODRÍGUEZ, Elena *Democracia Vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía*. Ed. Narcea, 1999.
- URBANO ALJAMA, Aurora y Arostegi Santamaría, Elisabete. *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004.
- VALLS LLOBET, Carme. *Mujeres Invisibles*, Mondadori De Bolsillo, 2006
- VELASCO ARIAS, Sara. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, colección Salud 5. Instituto de la Mujer. Madrid, 2002.
- VV.AA, *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. 2001.

## Nota...

Desde que comencé a escribir este libro hasta que se ha podido publicar han pasado casi tres años. En este tiempo, he asistido a bastantes jornadas sobre la problemática de “la mujer drogodependiente”, a la par que he seguido impartiendo cursos sobre la perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Y en ese tiempo he podido comprobar que sigue siendo necesario explicar qué es eso del ‘género’... porque no se trata de una mera diferencia entre 'hombres' y 'mujeres', sino de desequivalencia y relaciones desiguales de poder, de organización social que produce situaciones estructurales de discriminación.

En muchas jornadas, y sobre todo desde determinadas disciplinas, se está vaciando de contenido la palabra ‘género’, despojándola de la capacidad analítica que posee, y de su clara intención de cambiar el sistema social. Para mí, éste va a ser otro problema añadido, porque estamos pasando de la invisibilización más absoluta de la drogodependencia femenina a su visibilización de forma esencialista. Las mujeres seguimos siendo ese “otro” que los hombres no son (siguen como referente de análisis), somos “lo” diferente, y por eso ahora es como si hubiera que especializarse en “lo diferentes que somos”... Se sigue sin ir más allá de la dicotomía de género.

Yo abogo por una intervención específica con mujeres, pero porque creo que es necesaria una perspectiva que ayude

a situarnos como sujeto de nuestra propia acción, la feminista. Sin embargo, también abogo claramente por no esencializar a las mujeres, y eso pasa por entender que el género es un sistema construido, y por tanto, modificable...

Considero que este problema que estoy describiendo entronca en general con aquellos derivados del análisis que realicemos sobre la realidad (en este caso: la drogodependencia). Si la concebimos como algo previo, pre-existente, que está esperando que la describamos, olvidaremos que es algo construido, que ya nuestra propia mirada la construye como tal. Muchas partes del taller abordan esta cuestión y, de hecho, la primera sesión va dirigida a aclarar también con las participantes del taller qué es eso del 'género'. Sólo quería reflejar el cambio cualitativo que se ha dado en un corto periodo de tiempo, y que está redundando en la cada vez mayor presencia de cursos, mesas, conferencias, etc. relacionadas con esta cuestión sin que, a mi juicio, se esté realmente recogiendo el discurso (¡amplísimo y muy diverso discurso!) en torno al género desde los diversos feminismos, invisibilizándolos una vez más.

## EL PROYECTO... UNA APUESTA POR LOS GRUPOS DE MUJERES

Para poder realizar la intervención, elaboré un breve proyecto que llamé: “*Mujeres y Drogodependencias. Una intervención desde perspectiva de género*”. En él exponía la fundamentación, mi propuesta de trabajo, objetivos, lugar de realización, participantes, metodología, recursos necesarios, calendarización, etc. Considero interesante introducir este proyecto en el libro, ya que mi idea inicial se vio modificada por el transcurso y desarrollo de la actividad en sí (no desarrollé todas las sesiones), y este documento recoge un resumen de lo que quería hacer. Creo que puede ser una guía útil de cara a desarrollar este tipo de talleres, y que habrá espacios en los que podamos realizar todas las sesiones, otros en los que hagamos sólo algunas, etc.

La fundamentación estaba basada en las ideas que he recogido en el capítulo anterior, por lo que no la he incluido aquí de nuevo.

Aparte, en la fundamentación también explicaba que apostaba por una **intervención grupal** porque: podemos situar una intervención muy específica a nivel psicológico, espacio privilegiado para tratar con cada persona aquellos problemas y cuestiones que afecten a su recuperación y abandono de la

vida en torno a la drogodependencia, pero en general no hay experiencias **definidas por protocolo o insertas en los tratamientos** que traten cuestiones específicas de **construcción social de género**. Además, hay muchos CAID y CAD que desarrollan intervenciones grupales, pero normalmente son en grupos mixtos. No es imposible (y de hecho es más que recomendable) trabajar desde perspectiva de género en grupos mixtos pero, aparte de la necesidad de crear espacios donde trabajar el vínculo entre mujeres, donde sólo ellas sean las protagonistas (cuestión que recogen multitud de publicaciones feministas), hay un problema directo: en estos grupos suele haber más del triple de hombres que de mujeres. Esto dificulta en gran medida que muchos temas –que deben ser tratados en los procesos con mujeres– puedan abordarse en esos grupos.

Es necesario por tanto trabajar en grupos específicos segregados dentro de la red de drogodependencias. No significa que sustituyan a los grupos mixtos, deben resultar complementarios. Así mismo, constituyen una herramienta de intervención complementaria a la intervención psicológica individual. Como apuntaba, son espacios donde compartir experiencias y permiten trabajar temas que en grupos mixtos, normalmente de mayoría masculina, “no salen”: violaciones y abusos sexuales, relación con el cuerpo en el consumo, relaciones de mal trato, etc. Permiten generar el clima grupal necesario para el abordaje de estos temas, que atraviesan a las mujeres por cuestión de género. Además, son necesarios porque en otros grupos específicos de mujeres, fuera de las redes de drogodependencia, ellas suelen esconder el hecho de que tienen problemas de adicción (con lo que no se trabaja la interrelación entre unas problemáticas y otras). Es más: en mi experiencia como educadora social, he llamado a espacios donde se trabaja grupalmente con mujeres cuestiones como la autoestima, o los abusos sexuales, malos tratos, etc., y al enterarse de que pretendía derivar a personas con problemas de drogodependencia me han denegado tal acceso, a la par que me exponían

que no podían trabajar con alguien que estuviese bajo otro tratamiento psicológico. No es mi intención entrar a valorar la posibilidad de coordinación o no entre recursos-psicólogos/as, sino dejar expuesta la necesidad de incorporar a nuestras redes la posibilidad de trabajo grupal con mujeres de forma integrada, poniendo en relación toda una serie de problemáticas (que en otros espacios se trabajan desde hace tiempo) con la drogodependencia.

Requisitos imprescindibles para este tipo de grupos: metodología flexible, contenidos adaptables y formulación indirecta (esto es: no puedes abordar las cuestiones directamente, sino que emergen derivadas de la metodología empleada). Y por último, pero principal: confidencialidad en los temas tratados.

## El proyecto inicial

La propuesta en este proyecto es la realización de una **acción específica** (enmarcada en un trabajo más amplio), que permita incorporar el análisis desde la perspectiva de género a los procesos de drogodependencias de las mujeres en tratamiento, ya que considero necesario para esa incorporación la exploración de metodologías concretas de aplicación cualitativa.

### 1. PROPUESTA

---

Desarrollar un **taller de intervención con mujeres** en tratamiento de drogodependencias, tratando grupalmente cuestiones que tienen que ver con una construcción social de género y en interrelación con la problemática de drogodependencia.

Crear, a partir de esta experiencia, material de análisis e intervención en drogodependencias desde la perspectiva de género.

### 2. OBJETIVOS

---

1. Contribuir a detectar y analizar las construcciones de género que afectan a las mujeres y que inciden en su proceso de dro-

godependencia (factores de riesgo, protección, mantenimiento del consumo), incorporando estos aspectos al proceso de cambio –el tratamiento– puesto en marcha por ellas mismas.

2. Examinar metodologías de intervención en drogodependencias desde una perspectiva de género.
3. Favorecer procesos de reflexión teórica desde la práctica.

### 3. LUGAR DE REALIZACIÓN

---

Parto de la base de no realizar el taller de forma separada o disociada del tratamiento en drogodependencias. Considero necesario y favorable para los objetivos y la metodología de intervención que el taller esté enmarcado dentro de un itinerario de tratamiento e inserción. Así pues, mi idea es desarrollarlo en el marco que ofrece un CAID (Centro de Atención Integral al Drogodependiente). En este caso el de Usera<sup>1</sup>, de Madrid, gestionado por la empresa Atica, para la Agencia Antidroga.

### 4. PARTICIPANTES

---

Mujeres mayores de 18 años insertas en la Red de Atención de la Agencia Antidroga, demandantes por tanto de tratamiento. Que estén abstinentes o en periodo de abstinencia (P.L.D. y P.M.M.), con una relación terapéutica establecida con el equipo profesional del CAID.

### 5. METODOLOGÍA

---

La participación en el taller será totalmente voluntaria, con una metodología basada en el trabajo sobre la propia experiencia de las participantes, en una retroalimentación constante desde sí mismas y desde el grupo. Se aportan también las intervenciones de la dinamizadora del taller, con análisis y claves proporcionados por las teorías feministas y la antropología del género, que enmarquen las vivencias personales en la construcción social y cultural (sociedad patriarcal, heterodesignación, simbólico prevaleciente...)

### *Premisas básicas:*

- Entrevistas individualizadas para la presentación del taller, objetivos, etc. y oferta de participación en el mismo.
- Creación de un grupo de trabajo de mujeres, que tiene su base en los grupos de autoconciencia y los talleres de educación popular. Este grupo estará centrado en la autoestima de género, se examinará la trayectoria vital de cada mujer y sus implicaciones con la drogodependencia, relacionando la autoestima con las condiciones ‘objetivas’ y ‘subjetivas’ de la existencia, con los modos de vida, con la estructura social, familiar, personal y el simbólico prevaleciente.
- El trabajo se desarrollará dentro del grupo, personal y colectivamente, dependiendo del momento y actividad a realizar. Normalmente se combinarán ambos. Cada ejercicio será voluntario: se está ahí para **compartir** lo que cada una **decida**.
- Se favorecerá el trabajo escrito; se concibe la escritura como forma de afirmar la autoidentidad.
- Las mujeres trabajarán principalmente con un cuaderno que luego se quedan para ellas. Existe un pacto de privacidad entre todas (fuera del grupo no se habla de lo que cuentan las demás).
- Coordinación y comunicación fluida con el equipo de tratamiento para que tengan conocimiento de lo desarrollado en el taller, de forma que pueda revertir favorablemente sobre el resto de actuaciones, y viceversa.
- Si mediante el trabajo de las construcciones sociales de género en este grupo se detectaran cuestiones que fuese necesario trabajar de forma individual con alguna de las participantes (lo cual es bastante frecuente que suceda en intervenciones de carácter social), se comunicaría-derivaría inmediatamente al equipo del CAID: psicólogo o psicóloga de referencia.

## 6. RECURSOS NECESARIOS

---

El taller no producirá ningún gasto directo (sólo necesita infraestructuras ya existentes en el CAID).

- Una sala en la que poder reunirnos y trabajar.
- Pizarra y tizas (o equivalente).
- Bolígrafo y cuaderno para cada participante.

## 7. CALENDARIZACIÓN

---

No se ha determinado, a la espera de adaptarlo lo mejor posible al funcionamiento del CAID y del grupo de participantes.

El taller tiene una secuenciación de sesiones que pueden durar más o menos en función de las participantes. La mejor opción es trabajar lo más continuado posible en el tiempo, para favorecer las dinámicas de reflexión. Si se trabajase más o menos a diario (en caso de ser posible, contando con el resto de actividades del CAID), no duraría más de cuatro o cinco semanas. Si se trabajase dos días en semana, por ejemplo, entonces duraría unos dos meses o dos meses y medio.

La duración de cada sesión no excederá de las dos horas, a no ser que las participantes así lo demandaran.

## 8. MATERIAL DE APOYO

---

- Talleres de la antropóloga Marcela Lagarde y de los Ríos, recogidos en su libro *Claves Feministas para la Autoestima de las Mujeres* (horas y HORAS la editorial, Madrid 2000).
- Dinámicas para el trabajo grupal del sistema sexo/género, extraídas de: Asociación Mujeres Jóvenes. Isabel Frutos Frutos y Amparo Olmeda Valle. *Teoría y Análisis de Género*. Guía metodológica para trabajar con grupos. Edita: Mujeres Jóvenes, 2001.
- Diversos talleres de Desarrollo Personal y Habilidades Sociales para Mujeres, diseñados desde la intervención

psicológica, social y educativa (Moiras participación social y educativa s.l., Epogé Iniciativa Social, S.Coop.Mad.<sup>2</sup>)

## 9. TALLERES DE AUTOESTIMA DE GÉNERO

---

Un **eje principal** para todas las problemáticas que he descrito está en la minusvaloración intrínseca del género femenino, que también encuentro en las mujeres drogodependientes. La autoestima es entendida, entonces, también desde una perspectiva de género, propuesta como herramienta para trabajar de forma transversal los diferentes problemas que hemos definido anteriormente. No se trata por tanto del sentido de “autoestima” al que estamos más acostumbrados/as, y que se trabaja a nivel psicológico-individual; se trata de una propuesta complementaria, para afrontarla y examinarla como construcción social, aunque la vivencia sea personal y subjetiva.

La metodología propuesta por Marcela Lagarde para la intervención permite incidir de forma grupal y en base a una reflexión individual sobre una misma, indagando en lo que ella denomina ‘marcas de autoestima’: cuestiones que nos conforman como ‘mujeres’, y que en el caso de las participantes está también marcada por las experiencias vividas en torno a la drogodependencia. En un esfuerzo por incluir el trabajo desde una perspectiva de género en el **tratamiento**, encuentro en estos talleres un potencial de intervención que acierta a poner en el centro una cuestión vital de la vivencia de estas mujeres para trabajar en grupo: sentirse “despreciables y/o despreciadas”, sin mayor adherencia al tratamiento que aquella que muestran por sí mismas (ninguna, muchas veces), y poder abordarlo con ellas desde un análisis de construcción social de género, ofreciendo un ejercicio de valoración grupal de su propio devenir “mujeres” (entendido como categoría social), de lo que tiene que ver con la minusvaloración por cuestión de género.

El taller pretende ser un espacio de comprensión de la propia historia. Habrá mujeres con experiencias distintas y



que no se sentirán identificadas con las cuestiones y reflexiones expuestas, pero el taller pretende poder incorporar las experiencias que de ellas surjan.

La participación de las mujeres en este tipo de grupos es difícil, puesto que en principio son reacias en general a todo aquello que “resuene” a “feminismos de esos”, siendo común una primera afirmación del tipo: “los hombres y las mujeres son iguales, no veo que haya diferencias...”. A la hora de hablarlo de forma más sosegada y elaborada para no generar ese primer rechazo, se muestran de acuerdo o identificadas con algunas de las problemáticas que he recogido brevemente en los puntos anteriores<sup>3</sup>. Se trata entonces de presentarlo en un lenguaje no categórico ni que parezca que no hay lugar a otras experiencias distintas, a la par que se intenta elaborar afirmaciones por las cuales no se sientan agredidas ni cuestionadas (el feminismo ‘se la ha pasado’ haciendo que nos cuestionemos en nuestro fuero más interno; si no se elabora una alternativa de ser y estar en el mundo a raíz de esos cuestionamientos, difícilmente puede una enfrentarse con serenidad a muchas de las reflexiones y análisis que plantea...) Además, es alto el porcentaje de actitudes basadas en un proceso de “endurecimiento de sus personalidades”, asimilándolas a comportamientos (masculinizados) de supervivencia en la marginalidad. Por todo lo expuesto, considero imprescindible una **entrevista inicial** en la que poder exponerles el objeto del taller y su contenido.

### *Sesiones de trabajo inicialmente propuestas*

Cada sesión cuenta con una serie de ejercicios, y uno o varios objetivos que se persiguen con su realización. Esto no es impedimento para que se puedan adelantar o interrelacionar temas, objetivos y dinámicas entre unas y otras sesiones si el proceso así lo requiere.

### *Qué queremos decir cuando hablamos de “género”*

Sistema sexo-género (dicotomía “masculino-femenino” y jerarquización). Identidades, roles, estereotipos. Identificación de problemáticas que nos afectan específicamente por una construcción social de género.

### *Autoidentidad y autoestima ¿cómo estoy?*

1. Presentación entre las participantes, enunciando una serie de puntos clave para enmarcar el estado de la autoestima (edad, maternidad, estado civil o sentimental, con quién viven, etc.).  
*Objetivo:* Exponer que cada punto son más que datos: indican estados, condiciones particulares de vida.

La autoestima no es espontánea, voluntaria o natural, proviene de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida. Así, este ejercicio es un primer acercamiento a la historia vital de cada una, que se irá examinando a lo largo del taller.

2. Cada una escribe signos de autoestima: qué contribuye a subir su autoestima y qué a bajarla; qué cosas valoran los otros de su persona y qué señalan como defectos; y qué cosas valora de su persona y le parecen defectos. También se escriben las expectativas de los demás hacia ellas y de ellas hacia sí mismas.

*Objetivo:* analizar las coincidencias y diferencias entre todas, respecto a identidades y expectativas asignadas por las personas que son importantes en su vida (familiares, etc). Estas expectativas suelen funcionar como mandatos implícitos e internalizados, de forma que influyen en la consideración de una hacia sí misma... Analizar el **poder** de los otros sobre una, identificarlo y situarlo.

### *Autorretrato, claves de autoidentidad ¿quién soy?*

1. Escribir nombre, a qué dedican su vida, su rincón favorito, autorretrato actual, mitos y fantasías sobre sí mismas y sus vidas, cosas que desean...

*Nota:* quizás es esta la sesión más comprometida a nivel psicológico, ya que es un ejercicio basado en la introspección y exploración de la identidad, pero su objetivo vuelve a rescatar la incidencia de lo social en la construcción del autoconcepto, al centrarse la sesión en analizar la importancia del lenguaje, las palabras con las que nos describen y nos auto-describimos, etc. Ej.: los distintos significados de “zorra” - “zorro”, esto es “la polla” –aquello es “un coñazo”, o la cuestión de la sexualidad desde: “estrecha” a “puta”, etc.  
Objetivo: identificar la importancia del lenguaje y lo simbólico, la representación social, en la configuración de nuestro autoconcepto.

#### *Ejes de género de la autoestima: somos semejantes*

1. Cada una escribe cosas de las que se haya sentido orgullosa en su vida y cosas de las que no se sienta orgullosa o la avergüencen.

*Objetivo:* Analizar la semejanza de las relaciones de hechos. Más allá de las diferencias entre mujeres, existe una semejanza en la prioridad a la importancia del cuerpo, la sexualidad, la desigualdad en la relación con los otros y el cumplimiento de expectativas; identificar las construcciones sociales que marcan el género de forma que es frecuente encontrar en las mujeres fenómenos de baja autoestima o falsa autoestima, simulación y prepotencia.

#### *Genealogía, somos herederas*

1. Cada una hace su árbol genealógico, escribiendo una síntesis de la identidad de los otros y otras en su familia, ubicándose a sí misma en ese árbol. Explorar relaciones, conflictos y alegrías... Identificar familia de origen, familia propia si la hubiere, parejas pasadas, parejas presentes... Personas que podamos sentir como familia aunque no nos una vínculo de sangre... Todas las familias tienen conflictos...

2. Escriben semejanzas y diferencias generacionales con las mujeres de su árbol genealógico (madre, tías, hermanas, etc.) en cuanto a educación, sexualidad, trabajo, independencia, salud, etc. Centrarse en cuestiones de género.
3. Indicar qué mujer/es han sido transgresoras en su familia: rebeldes, diferentes, marginadas. Indicar en qué han sido así.
4. Señalar las diferencias en las relaciones entre géneros según el momento genealógico: cuándo han cambiado, cuándo cosas que eran exclusivas de los hombres pasaron a ser también accesibles a las mujeres. ¿Qué ocurre con los cuidados? ¿Se han visto compartidos?
5. Indicar qué características tuyas atribuyen a su madre y cuáles a su padre... Tanto físicas como de carácter o manera de ser.

*Objetivo:* conceder relevancia a las mujeres de nuestra familia como principales trasmisoras de la cultura, y analizar su importancia en la definición de la historia familiar. Entender el papel y roles asignados a cada una, relacionándolo con la edad y valores asociados, sus inquietudes, posibilidades, miedos y limitaciones. Entenderlas en su práctica vital como mujeres aunque no compartamos “su forma de ser”.

Analizar el papel de los hombres en esas historias familiares. Romper con la dualidad impuesta de “lo femenino” y “lo masculino”.

Detectar la importancia de la familia en la autoestima, y tratar de diferenciar lo que llamaríamos el ‘orgullo familiar’ de la autoestima de una.

#### *Una mirada biográfica a la autoestima: soy quien he sido*

1. Se trataría de escribir la autobiografía de cada una. Señalar los acontecimientos que nos han marcado o definido, que han marcado-separado etapas, etc. (pueden fijarse en variables como la edad, la familia-casamientos-separacio-

nes, maternidad, trabajo, etc. Y en este caso: la drogodependencia podrá estar o no interrelacionada con todos los hitos de la vida). Describir la historia de vida de cada una, señalar las coincidencias de cuestiones relacionadas con el género.

*Objetivo:* Desvelar el *sincretismo* de género, la identidad sincrética, que favorece la identificación positiva de género más allá de las diferencias entre unas y otras.

#### *Etnografía de la vida cotidiana: soy como vivo*

Última sesión/sesiones de trabajo propuesta/s, en la/s que se trata de incorporar las nociones que vienen siendo trazadas en el taller en forma de reflexión colectiva, y en aspectos muy íntimos de la vida actual de cada una: cuerpo y autoimagen corporal, nudos conyugales y familiares, salud, maternidad –no maternidad, jornada laboral– quehaceres, cotidianeidad, atención a su salud y a sí mismas...

*Objetivo:* se trata de explorar juntas que: “Con todo, cada mujer ha sido constituida culturalmente a partir de la feminidad dominante, cada una la ha internalizado y constituye una necesidad para sí misma: la feminidad configura su deseo. Este deber ser, constituye a cada mujer de tal manera que su incumplimiento implica conflictos cuya magnitud está en relación directa con la exigencia social en torno a la disidente y con la capacidad de esa mujer de apoyarse en concepciones que la valoren por lo que sí es. Pero la posibilidad de enfrentar el conflicto depende de la capacidad creativa de cada mujer para transformarse socialmente, para modificar su mentalidad y elaborar una subjetividad que integre positivamente, tanto el hecho trascendedor como su nueva afirmación. Se trata de la capacidad de la mujer, de la sociedad y la cultura para que las mujeres construyan un nuevo deseo que no esté centrado en la feminidad sino que integre la diversidad de la experiencia.” (Lagarde, M., 2003)<sup>4</sup>,

## 10. EVALUACIÓN

---

Se propone un método de **evaluación continua** que permita la rectificación del trabajo en caso de fuera necesario o la introducción de posibles mejoras. En cada sesión se realizará un volcado de información relevante para el proceso de cada participante, siendo por tanto imprescindible establecer una comunicación fluida con los equipos de referencia del CAID. Por tanto, sería deseable fijar una serie de **coordinaciones** periódicas, en la forma que determine el equipo de profesionales para poder integrarlo en su actividad cotidiana sin sobrecargas mientras dure el taller. Se observará la consecución de los objetivos de cada sesión, enmarcándolas en el tipo de participación, implicación y actitud hacia el taller de cada participante.

<sup>1</sup> El taller puede desarrollarse en cualquier centro ambulatorio de atención a personas con drogodependencias: CAD o CAID. También en recursos convivenciales como una Comunidad Terapéutica que desarrollen grupos, etc., aunque en esos espacios de convivencia se generan factores diferenciales específicos a tener en cuenta (como en general con toda la intervención).

<sup>2</sup> Actualmente esta cooperativa ya no existe como tal. Se unió a otro proyecto cooperativo, y crearon Lares Iniciativa Social, S. Coop. Mad.

<sup>3</sup> En referencia a las problemáticas descritas en el capítulo 'Mujer y drogodependencias. Historia de una invisibilización', y que en el proyecto recogía resumidamente en la 'Justificación' del mismo.

<sup>4</sup> Marcela Lagarde, 2003 (1989) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. UNAM.

### Los criterios de selección

En las reuniones previas al taller en el CAID, se puso de manifiesto la dificultad para manejar unos criterios de selección tan amplios como los expuestos en el proyecto. Podían participar mujeres con situaciones muy diferentes<sup>3</sup>. Necesitaban mayor concreción, y ante mi insistencia en que lo básico era que hubiese una *relación de ayuda* establecida con el equipo terapéutico o con algún miembro del mismo, a la par que un periodo de abstinencia, optamos por cerrarlo un poco más ofreciéndoselo en primer término a las mujeres que estuviesen en recursos residenciales urbanos (esto concreta un posible perfil, ya que los pisos están diseñados para personas sin apoyo social inmediato o que su entorno sea factor de riesgo; que hayan intentado el tratamiento ambulatorio y necesiten un control externo, etc.): Pisos de Apoyo a la Estabilización (PAE.). Este CAID no tenía asociado ningún Piso de Apoyo al Tratamiento, ya que, como comentaba, sólo existe uno para mujeres, y está adscrito al CAID de San Blas. Así mismo, una vez que por fin se lo transmitieron al equipo de psicólogos y psicólogas del CAID, se amplió a mujeres que estuviesen en tratamiento ambulatorio. Los criterios que mane-

jaron en su exposición a las participantes fueron: mujeres que hayan sufrido malos tratos y/o que tengan baja la autoestima y/o presenten dependencia emocional de la pareja (figura masculina).

De esta forma, desde el equipo del CAID se concretó un “perfil” menos amplio que el que podía proponer en mi diseño inicial.

La cuestión de las categorías se me revela desde hace tiempo como un factor condicionante cuyo uso tiendo a evitar o, si tengo que hacerlo, a matizarlo para poder compensar esos posibles efectos de condición en la persona a la que hacemos referencia con frases como: “cumples el perfil”. En entorno de criterios (supuestamente) objetivos, como si puedes optar o no a un puesto laboral porque cumplas o no el *perfil profesional*, no me hace falta matizar su uso (y aún así depende de qué entendamos que se valora para cumplir o no un determinado perfil profesional), pero cuando estamos hablando de que se participa en un taller porque “has sufrido malos tratos”, “eres maltratada” o porque “tienes baja autoestima”, entiendo que debemos hacer una reflexión sobre estas cuestiones.

Como he señalado, durante el transcurso de la selección de participantes por parte del equipo del CAID (Psicólogos/as y Trabajadores/as Sociales principalmente), me encontré con que el mensaje que estaban dando a las mujeres a las que les ofrecían la posibilidad de participar, y que a ellos y ellas les hacía pensar en las posibles participantes, era que tuviesen baja autoestima o que hubiesen pasado o estuviesen en situación de malos tratos. Ubicada como “educadora social que se dispone a realizar un taller de intervención con mujeres en un CAID”, una entiende perfectamente la simplificación de mensajes, la intención de quienes los usan, y en qué están pensando cuando hablan de ‘autoestima baja’. Pero es necesario establecer mecanismos de atención y alerta ante las categorías y su uso. Esta alerta se vio confirmada cuando algunas de las mujeres que accedieron a la entrevista lo pusieron de relieve como algo

negativo: (sic.) “*Me han dicho que venga porque cumplo el perfil, ¿de qué? ¿de que me han maltratado!? ¿de que no me quiero!?, ya lo sé. Claro, si es que me pasa por pedirles ayuda y contarles lo que me pasa, con X<sup>2</sup>, etc., decir que estoy sufriendo...*”.

No es el objetivo del taller. Los criterios de selección no incluían esas cuestiones. Hay que explorar una cuestión de fondo: las diferentes nociones sobre ‘autoestima’ que estamos manejando. En mi caso, parto de la base de que todas las mujeres tenemos que hacer un ‘trabajo extra’ con respecto a nuestra autoestima. Sufrimos una agresión directa: somos ‘lo otro’, las ‘no sujeto’, el género devaluado... Podremos reaccionar y actuar de muy diferentes formas<sup>3</sup>, pero el impacto en la autoestima se ha dado. En los procesos de drogodependencias se unen dos impactos directos a la autoestima: ser mujer (con un proceso invisibilizado sobre el que es necesario pararse a reflexionar y dotarlo de contenidos desde una perspectiva feminista), y la drogodependencia (que ha ocupado el centro, se ha convertido en “lo único” visible...). Como profesional que interviene en esta problemática, hace tiempo que vengo trabajando la idea, con las mujeres, de que nos cruzan una serie de cuestiones indistintamente de que yo sea “la profesional” y ellas “las drogodependientes”. En su caso se trataría de enlazar qué partes de su proceso vital se relacionan directamente con el problema de drogodependencia, que en muchos casos, pasa por una reconstrucción-reelaboración y re-comprensión de sí mismas, pero el impacto de género sobre la autoestima se ha dado a lo largo del proceso vital de todas, y se trata de reflexionar sobre ello...

El problema en drogodependencias, muchas veces, es conseguir que el periodo de abstinencia se mantenga lo suficiente en el tiempo como para realizar un trabajo continuado, pero, en mi caso, concibo los consumos como parte de ese proceso. Un consumo no tiene por qué significar una recaída, ni la expulsión del grupo terapéutico.

También insisto en que la diferencia de “perfiles” no debería ser un problema para realizar el taller, antes al contrario: lo enriquece, porque se nutren de las diferentes experiencias a la par que encuentran muchas cuestiones en común. De hecho, en el taller del CAID de Usera, las mujeres que acudieron de principio a fin eran muy diferentes entre sí; sin embargo, crearon un grupo y supieron aprender las unas de las otras.

### **Tiempo de duración...**

Finalmente, la experiencia del taller en el CAID de Usera<sup>4</sup> se desarrolló dos días en semana, alargándose desde principios de abril a mediados de julio de 2006. La duración de las sesiones fue de dos horas cada una, con un descanso de unos 10 minutos entre medias, lo que resultó muy adecuado. Algunas sesiones se vieron aumentadas en el horario a petición de las participantes, por tratar temas que necesitaban más de dos horas de trabajo grupal (flexibilidad como principio metodológico imprescindible). Aquellas que tras las primeras sesiones se quedaron –la asistencia al grupo es totalmente voluntaria y creo que esto debería ser así siempre–, mostraron una gran adherencia al proceso, que se convirtió en un factor de protección frente al consumo<sup>5</sup>. De hecho, la actividad realmente finalizó por cuestiones estructurales de organización de tratamientos (y porque su carácter era totalmente temporal al tratarse de una investigación de metodología y mis prácticas como antropóloga): a dos de ellas se les acabó el periodo de estancia en el PAE y regresaron a su CAID de referencia (estaban en el de Usera porque es el que tiene adscrito ese PAE); a otra, que estaba en tratamiento ambulatorio, le concedieron plaza en una Comunidad Terapéutica; una tercera encontró empleo (y no había grupo por las tardes, claro), etc.

### **La metodología...**

Como ya he señalado, se trata de una *adaptación* de la propuesta de Marcela Lagarde al trabajo con mujeres que en su trayectoria vital presentan una compleja problemática como lo es la drogodependencia. Expuse las preguntas en el orden-itinerario que ella nos muestra en su libro, leyendo a veces en el aula párrafos enteros de sus reflexiones, que venían a colación de lo tratado por las mujeres. Para ellas fue muy significativo comprobar que muchas de las cuestiones que salían en sus ejercicios estaban ya escritas en un libro, que eran recogidas por unas reflexiones con esa mirada feminista que les permitía recomponerse a sí mismas desde una nueva perspectiva. Es difícil recoger en este documento cuándo es adecuado leer una cosa y cuándo no; eso depende del grupo, de lo que expongan, de los temas que se traten. El ideal es *hacer nuestras* esas reflexiones, *integrarlas* en nuestro quehacer, de forma que no nos cueste traerlas a colación si la situación-tema-análisis lo requiere. En las páginas que siguen voy a exponer el orden de las preguntas tal cual las realicé en aquel taller. Por la deriva de este grupo, hubo preguntas-ejercicios que no realicé, y explico por qué esto fue así. A veces señalaré cuestiones metodológicas y ampliaré reflexiones teóricas aplicadas a los temas que fueron saliendo. Es imposible predecir que con las primeras preguntas va a salir un tema, y con las quinta o sexta otro distinto; eso depende del grupo. De hecho, al tratarse de un proceso, encontraremos que existen temas que aparecen en la primera sesión, pero que en la séptima vuelven a surgir y van a poder analizarse con todo lo aprendido en el camino recorrido hasta esa séptima sesión... Creo que este libro no puede recoger ese proceso. En cualquier caso, he procurado introducir aquellas reflexiones y cuestiones que salieron en cada sesión y que se relacionan más directamente con la experiencia del trabajo con personas drogodependientes. Me dejo muchas cosas sin escribir, pero es que cada taller, cada grupo, ¡cada vida! da

para un libro en sí mismo si cada una de nosotras quisiéramos escribirlo...

Resultando que el diálogo ha sido la base del trabajo, lo más interesante, en ocasiones habrá partes del taller que se presentan en forma dialogada, tal cual se dieron... Otras en que empleo ejemplos del cotidiano que son relevantes hoy, por su actualidad, pero que carecerán de sentido dentro de unos años. Y por eso siento que he escrito un libro que no va a responder a lo que se espera de un manual, porque no lo es. Pero mi intención es presentar una **estructura de taller** (con metodología, análisis aplicados, reflexiones...) que poder usar con los grupos de mujeres drogodependientes. Espero que al menos sea sugerente en lo que cuenta.

Como además la intención es que sea de accesible lectura, utilizaré muchas nociones sin citar fuentes, o hilando unos conceptos con otros de forma más bien coloquial, no académica ni teórica. Cuando utilice casi de forma literal alguna reflexión recogida en el libro de Marcela, aparecerá con una reseña a la página de su libro. De todas formas, vuelvo a insistir en recomendar la lectura del mismo (y de muchos otros que menciono a lo largo del desarrollo del taller) para poder manejar una serie de nociones que nos ayuden en nuestro quehacer en estos grupos.

En muchos cursos a profesionales me decían: “pero es que no sé cómo llevar el grupo, no sé qué contenidos aplicar...” En la práctica está la respuesta. Si no probamos, no podremos ir aprendiendo. Pero esa práctica, insisto, es necesario nutrirla de reflexión teórica, de material bibliográfico, de lectura (aunque el día a día, ¡tan complicado en la intervención directa!, nos impida muchas veces tener tiempo para la formación y la reflexión...).

### **Y un aporte final:**

“Metodología feminista: inventario de autoestima.

Un aporte de los pequeños grupos a los talleres es, sin duda, la metodología que introduce conocimientos teóricos y

filosóficos feministas como marco e insumo de las interpretaciones de lo que se expone y analiza.

Como no son espacios de discusión ideológica, en los talleres no se trata de discutir entre nosotras sobre nuestras ideas. Se trabaja sobre la experiencia traída por cada mujer a partir de indicaciones *precisas* formuladas a partir de la filosofía y los ejes teóricos feministas. (...)

Así se va articulando una indagación con cada ejercicio que engarzo con otros para que cada mujer y el grupo elaboren interpretaciones y puedan profundizar progresivamente.

Es preciso que los temas delicados sean tratados con conocimientos sólidos una vez elaborada la propia circunstancia, con sumo cuidado y en su momento.

El objetivo es, en este sentido, contribuir a que cada mujer vea, ilumine desde la visión del mundo feminista lo oculto y lo negado: que haga visible lo invisible y nombre lo innombrable. Y en ese camino descubra cosas: al hacerlo quedarán evidenciados sus valores e interpretaciones patriarcales (evidentemente autodestructivos), y puede dar el siguiente paso.

Tras dejar de creer en lo que ha creído, tras cuestionar sus propios valores, podrá colocar en el vacío producido por esa experiencia subjetiva por lo menos una duda o, en el mejor de los casos, una interpretación alternativa fundamentada con argumentos y conocimientos precisos.

A esta experiencia le decimos en la tallereada ‘que te caiga el veinte’ o ‘me cayó el veinte’: entre el susto de lo descubierto y la adquisición de un valor y una explicación alternativa, se produce un goce afirmativo.

Buscamos que cada mujer deje de ignorar, de no comprender y de sufrir (...) Aspiramos a que, al salir del taller, cada mujer tenga recursos nuevos para enfrentar de otras maneras su experiencia y buscar nuevas fuentes de conocimiento y comprensión, y nuevos recursos para la vida.

Si esto se logra, la pedagogía feminista habrá sido enriquecedora.”(p.70)<sup>6</sup>

## NOTAS

<sup>1</sup> Cuestión que para mí no era un problema.

<sup>2</sup> “X” sustituye el nombre de una ex pareja, varón, con quien aún mantenía la relación aunque estaba en vías de decidir dejarle, y que la había maltratado psicológica y físicamente.

<sup>3</sup> Hay muchas mujeres que basan su autoestima en sentirse por encima de otras, o por su ‘belleza’, posesiones, estatus, etc. La cuestión es que no es un contenido del género femenino el *sentirse superiores* al otro género: el masculino, mientras que a la inversa sí que se da.

<sup>4</sup> Desde que decidiéramos publicar esta experiencia hasta su efectiva salida de la imprenta, he podido desarrollar estos talleres en otros grupos, y también adaptar algunas de las herramientas al trabajo con varones drogodependientes. El proceso y resultado ha sido siempre sumamente enriquecedor e interesante.

<sup>5</sup> En los talleres creo que es necesario señalar que no se parte de una penalización del consumo en sí mismo, ya que en los procesos con personas que han desarrollado una dependencia, ellas sí necesitan de esa penalización, y que ésta sea establecida por sí mismas, no por la parte profesional: no pueden consumir. La cuestión es si lo desean o no, si quieren o no. Muchas encontrarán que no quieren consumir, otras tantas que sí quieren pero –como no lo controlan– no pueden... etc. Lo importante es que ese límite y clarificación lo pongan y reflexionen ellas. Aplico esto igualmente a los varones: deben desentrañar de dónde proviene la limitación al consumo, aunque sea externa, pero siendo conscientes de en base a qué toman su decisión de no consumir la sustancia que fuere.

<sup>6</sup> Página 70 del libro de Marcela “Claves Feministas para la Autoestima de las Mujeres”. De aquí en adelante, sólo pondré las páginas entre paréntesis.

*“Contra las mujeres ellos han cometido el mayor crimen: las han llevado, insidiosamente, violentamente, a odiar a las mujeres, a ser sus propias enemigas, a movilizar su inmensa potencia contra ellas mismas, a ser las ejecutantes de su viril tarea.*

*¡Les han hecho un anti-narcisismo! Un narcisismo que sólo se quiere haciéndose querer por lo que no se tiene. Han fabricado la infame lógica del anti-amor.”*

Hélène Cixous. *Deseos de escritura*. “La risa de la Medusa”.



### **PRIMER EJERCICIO:**

#### **Qué queremos decir cuando hablamos de “género”**

Sistema sexo-género (dicotomía “masculino-femenino” y jerarquización). Identidades, roles, estereotipos. Identificación de problemáticas que nos afectan específicamente por una construcción social de género.

El contenido de este punto está preparado para ser una introducción y aclarar qué entendemos por género. Sirve para sentar unas bases conceptuales y explicar a las participantes por qué nos centramos en las mujeres y trabajamos en un grupo específico.

Con mujeres que se incorporaron al grupo posteriormente, fue necesario hacer una sesión de forma individualizada donde explicarles estas ideas.

No es conveniente extenderse mucho en este tipo de trabajo (debería ocupar una sesión o sesión y media), porque su naturaleza es más conceptual que ‘vivencial’ (y los procesos de cambio pasan ineludiblemente por lo ‘vivencial’...).

Como hemos tenido una entrevista previa en la que hemos hablado con cada mujer que va a asistir al taller, no es necesario hacer una presentación muy extensa del mismo. Estamos ahí para poner en relación cuestiones derivadas del hecho de “*ser*” mujeres con la drogodependencia (cosa que se irá viendo en el taller). Hacemos un repaso a las normas básicas: respetar el turno de palabra y confidencialidad absoluta, y ya podemos empezar.

### **Para empezar: preguntarse por ‘lo evidente’...**

Les pido a las participantes que me expliquen qué es una silla. Todas las formas de definición que dan (funcionalidad: ‘sirve para sentarse’; forma: ‘es una tabla con cuatro patas’, componentes...) sirven igual para definir una mesa, por ejemplo (en la mesa también me puedo sentar; si me hablan de un respaldo, no tengo más que juntarla a una pared...). Evidentemente, la mesa sigue sin ser lo mismo que la silla, pero ¿qué es lo que hace que una silla sea una silla y no una mesa? Que está inmersa en un sistema de significados. La silla lo es porque no es mesa, no es mesa+pared, no es ventana... Podemos llegar a afirmar que la silla lo es porque “todas” sabemos lo que es una silla; hay un consenso, digamos (porque es más complejo que un simple consenso; *sabemos qué es una silla y qué no lo es*, no hace falta que nos pongamos de acuerdo... *parece* algo previo a ponerse de acuerdo, está ya incorporado en nuestra experiencia y existencia), en cuanto a eso. Y los conceptos, los significados los ponemos nosotras, las personas. Creamos realidad?...

Hasta aquí no vemos la relación con lo que vamos a tratar en el taller, pero quiero poner el acento en las normas y consideraciones sociales. ¿Hay alguna ley que me impida sentarme en la mesa? Ninguna. Sin embargo, hay todo un conjunto de consideraciones, normas, valores implícitos, que hacen que ninguna estemos sentadas en la mesa a la hora de participar en el taller, por ejemplo. Y trasladémoslo a cualquier situación cotidiana, hecho social, hecho humano: comer, dormir, caminar por la calle a determinadas horas o de determinada manera... etc. En todo hay ‘una forma’ de hacer las cosas que se concibe como ‘lo normal’, lo ‘natural’, de forma que se transforma en mandato, en norma social, y que además se interioriza: tú *sabes* qué se sale de ese mandato y qué no... Y con eso, muchas de las cosas que nos afectan en nuestra vida: existen una serie de condicionantes que construyen subjetividad, formas de ser y habitar el mundo, de forma que queda

‘invisibilizado’ (naturalizado) el proceso por el que son lo que son... Y es necesario preguntarse por ese proceso para descubrir que existe, que está ahí. Igual que podemos preguntarnos por qué una silla lo es, debemos preguntarnos: ¿qué cosas nos afectan por el hecho de “ser” mujeres<sup>3</sup> y nos constituyen como tales? Y de ahí: ¿podemos ponerlo en relación a nuestra drogodependencia?... Pues eso es lo que vamos a ver en el taller. Sobre todo porque hay un **maltrato sutil**, inscrito en muchas esferas de la vida, ligado al género femenino, que permanece invisibilizado si no nos ponemos a reflexionar sobre ello a propósito.

### **Para continuar...**

Lo primero será por tanto **aclarar qué es eso del ‘género’**, que tiene mucho que ver con las normas y mandatos sociales de los que hablo con el ejemplo tan concreto y simplificado de la silla y la mesa.

‘Géneros’ en principio hay dos: ‘femenino’ y ‘masculino’, asignados a dos sexos: ‘hombre’ y ‘mujer’. En el taller les pido a las participantes que hagan una lluvia de ideas sobre las cualidades, adjetivos, etc. asociados en nuestra sociedad a lo femenino –las mujeres y a lo masculino –los hombres<sup>4</sup>. Obtendremos un listado que puede variar mucho de un taller a otro, pero se suele obtener un listado en que las cualidades atribuidas socialmente a los hombres están en general valoradas (inteligencia-razón; fuerza; sencillez...), y las atribuidas socialmente a las mujeres no lo están (inteligencia-manipulación; debilidad - sexo débil; complicadas, histeria...). Por supuesto, aparecen cualidades negativas en los hombres y positivas en las mujeres, o depende de en qué contexto las situemos... La ‘agresividad’, por ejemplo, es un componente negativamente valorado en el taller en general, que suele aparecer asociado a los hombres, pero estamos en una sociedad en que la agresividad es un valor en los negocios, o en los

deportes... y generalmente en los chicos, aunque lo neguemos; de hecho, forma parte de lo que entendemos como ‘naturaleza masculina’: “son agresivos por naturaleza”, se suele afirmar, y a nadie le extraña que un chico se comporte de forma agresiva. Puede parecer bien o mal, apropiado o inapropiado, pero no nos parecerá “extraño” puesto que forma parte de la construcción de la identidad masculina... Y lo tenemos socialmente asumido. El “género” ha puesto de manifiesto que las cualidades atribuidas a hombres y mujeres son precisamente eso: atribuciones, no cualidades innatas y naturales.

Además, en general, las cualidades valoradas específicamente para uno y otro sexo, implican un mantenimiento del status-quo, una invariabilidad en los roles, designando tanto a mujeres como a hombres una forma correcta de ser y estar en el mundo: ‘madres-esposas dependientes y cuidadoras’, frente a ‘hombre independiente y autónomo, que debe mantener económicamente el hogar’. Podremos argumentar que eso está cambiando “y no es como antes”, porque efectivamente el género es procesual, está en constante cambio y construcción en cada momento histórico, pero algo que sigue subyaciendo es que hemos acudido en masa al lado de lo valorado: lo masculino, lo androcéntrico. Lo femenino sigue estando minusvalorado y/o invisibilizado (desde la ropa, pasando por las emociones y afectos, etc.; un ejemplo a nivel social de minusvaloración de lo asignado tradicionalmente a lo femenino podemos encontrarlo en las pensiones: la de viudedad es muy inferior a la que le queda a una persona que haya estado trabajando remuneradamente y cotizando a la seguridad social; muchas mujeres mayores se han encontrado con que una vez que su marido –el que había cotizado– moría, a ellas de repente se les quedaban los ingresos en la ‘pensión de viudedad’, perdiendo todo derecho sobre la pensión de jubilación de su marido...)

Siguiendo con el cuadro elaborado: además, aquellas “cualidades” atribuidas que no se valoran en lo masculino (agresi-

vidad, egoísmo, violencia, actuar sin pensar o por impulsos, etc.), por lo general suelen estar asociadas a un ejercicio de poder o de reafirmación de uno mismo (por ser egoísta, uno puede que estropee muchas de sus relaciones, pero el beneficio personal directo es inmediato; el uso de la violencia *suele* traer asociado que uno se siente por encima, reafirmado, u obtiene lo que quiere, etc...).

Así pues: el género define elaboraciones socioculturales que, por tanto, no son innatas sino construidas y, por ende, modificables; va variando en el tiempo, pero sigue designando dos modelos dicotómicos y naturalizados en que las personas nos movemos en función del cuerpo que habitamos: se convierte en una especie de **exigencia** tanto social como interna (genera identidad), y toda persona que se sale del marco normativo genérico recibe de una u otra forma sanciones o presiones (según el contexto, el marco de relaciones, las exigencias serán unas u otras para cada sexo).

En este punto del taller, las mujeres pueden comprobar en sí mismas dicha cuestión al haber desarrollado y reconocido una drogodependencia (mucho más penalizado si se da en una mujer de forma explícita y reconocida), pero no es el momento de entrar a valorar esto, sino explicar el concepto de ‘género’, del cual forma parte una minusvaloración estructural de “las mujeres-lo femenino”.

Otro ejemplo de esta minusvaloración estructural lo encontramos en el lenguaje: androcéntrico y sexista. Hay una sencilla dinámica que consiste en repartir entre las participantes unos papelitos-etiquetas con una palabra –expresiones en cada uno. Se trata de las mismas expresiones en masculino (en una etiqueta) y en femenino (en otra etiqueta), de forma que podemos observar cómo cambia el significado según se emplee el término en masculino, o en su par-dual aparente en femenino, y viceversa.

Las expresiones que suelo emplear son<sup>5</sup>:

Hombre público (dedicado a la política)	Mujer Pública (puta)
Zorro (listo, inteligente, astuto)	Zorra (puta)
Esto es la polla! (es algo bueno, divertido –aunque a veces pueda emplearse de forma negativa–)	Esto es un coñazo! (es algo malo, aburrido. Siempre. No hay posibilidad de usarlo de forma positiva)
Señor	Señorita / Señora (indica si se está casada o no... Estatus en base a estar unida o no a un varón)
Estás hecho un toro fuerte, sano)	Estás hecha una vaca (gorda)
Picha, verga, polla, trabuco, cipote, tranca, miembro... (todo son expresiones que indican fureza, algunas incluso agresividad y/o violencia)	Chichi, almeja, conejo, bacalao, higo, bajos, cosa... (comestibles, o huelen mal, o son algo de lo que avergonzarse...)
Don Juan (estás hecho un ‘don juan’, estás hecho un ligón, triunfas con las mujeres: las conquistas...)	Doña Juana (desde luego no suena a que triunfas con los hombres o les conquistas...)
Perdido (no tiene connotaciones morales. Te has perdido, no más)	Perdida (tiene connotaciones morales: eres una mujer perdida... Normalmente asociadas a la sexualidad)
Machista (Persona que piensa que los hombres son superiores a las mujeres) (Sin par. Ver si colocan con ‘feministas’ y aprovechar para introducir término ‘hembrista’)	Feminista (Sin par. Si lo colocan con ‘machista’, introducir término ‘hembrista’, y hablar de los hombres ‘profeministas’; el <i>protagonismo</i> de las luchas feministas no puede ser arrebatado a las mujeres, aunque evidentemente sean compartidas con muchos varones)

Mujeriego (¿sin par?: ‘puta’ o ‘zorra’ valdrían, aunque con connotaciones diferentes...)	Maruja (sin par) Cotilla (sin par)
Cabronazo, cojonudo (sin par, utilizados como algo positivo, y en contraste con los insultos ‘hijo de puta’, ‘bastardo’)	Hijo de puta, bastardo (insulto que, aunque es dirigido a la madre, hacer referencia a la ausencia del padre reconocido. Sin par)
Verdulero	Verdulera (podría ser la profesión, como en su par masculino, pero se usa para descalificar a la mujer que habla ‘groseramente’)

Se reparten aleatoriamente las etiquetas entre las participantes (sin las explicaciones que hay entre paréntesis, sólo las palabras y/o expresión). A cada persona se le pide que explique lo que significa su palabra y que se junte con aquella persona que tenga el posible par de su palabra (es decir: quien tenga ‘zorro’, que se junte con quien tenga ‘zorra’ y que expliquen el significado de cada). Mientras se definen las palabras se va realizando un debate.

Con aquellas palabras que no tienen par o dual aparente, se trata de ver cómo el género designa expresiones específicas según se trate de hombres o mujeres (cotilla, verdulera, por ejemplo). Son estereotipos. Pero estos estereotipos constituyen con fuerza nuestra percepción (por ejemplo: la imagen del hombre como “el fuerte” y como aquel que “lleva la iniciativa” hacen posible anuncios de televisión –de una conocida marca de gafas de sol, por cierto– en que un hombre ‘agarra’ a una mujer por la calle y le da un beso en la boca apasionadamente sin conocerla de nada... Se marcha seguro de sí mismo y la mujer se queda quieta, con expresión de sorpresa... ¿Nos lo imaginamos al revés?). Esto entronca con la división dicotómica del género, roles asignados, sexualidad, etc., y podemos

además señalar la “coincidencia” de palabras que se refieren a la sexualidad-moralidad en lo femenino (zorra, mujer de cascos ligeros, mujer pública, etc.) o que lo infravaloran –asocian a algo negativo (‘esto es un coñazo’).

Podemos terminar con la lectura de la definición de la R.A.E. para los términos “hombre” y “mujer”, en su vigésima segunda edición, que ilustra muy bien el sexismo y androcen-trismo presente en el lenguaje:

#### ~**Hombre.**

1. m. Ser animado racional, varón o mujer.

2. m. varón (ser humano del sexo masculino).

(...)

4. m. Grupo determinado del género humano. *El hombre europeo El hombre del Renacimiento.*

5. m. Individuo que tiene las cualidades consideradas varoniles por excelencia, como el valor y la firmeza. *¡Ese sí que es un hombre!*

6. m. U., unido con algunos sustantivos por medio de la preposición *de*, para designar al que posee las cualidades o cosas significadas por tales sustantivos. Hombre de honor, de tesón, de valor

7. m. coloq. marido

#### ~**Mujer.**

1. f. Persona del sexo femenino.

(...)

3. f. mujer que tiene las cualidades consideradas femeninas por excelencia. *¡Esa sí que es una mujer!*

4. f. mujer que posee determinadas cualidades. *Mujer DE honor, DE tesón, DE valor.*

5. f. mujer casada, con relación al marido.

El hombre definido como ‘ser animado racional, varón o mujer’, impone el ‘hombre’ como el sujeto universal, y ade-

más podemos plantear si la siguiente frase-realidad podría ser correcta: ‘María es un hombre’ (independientemente de cuestiones transgénero).

En la definición de la palabra ‘mujer’ no aparece que seamos un ‘ser animado racional’<sup>6</sup>

¿Cuáles son las cualidades femeninas por excelencia? ¿Por qué el valor y la firmeza lo son del ‘hombre’?, etc. etc.

Como señalaba antes, no es conveniente alargarse mucho en este tipo de dinámicas, ya que este trabajo es más conceptual y, tal como apunté en el cuaderno de campo<sup>7</sup>: “Algunas de las mujeres del grupo se muestran intranquilas, con ganas de ‘empezar, de entrar en materia’. Definir y debatir conceptos abstractos no es útil. Les cuesta (a algunas) y además se diluye la posibilidad del trabajo emocional e interior, aunque trabaje con dinámicas...” Esto es algo que debemos aprender de los grupos de mujeres...

Sin embargo, resulta un poco inevitable que de esta dinámica no pasemos a analizar y tratar conceptos como ‘hetero-designación’ y ‘heterosexismo’ (designar el deseo heterosexual como el natural; se es ‘hetero’ hasta que se demuestre lo contrario...), ‘homofobia’, ‘transgénero’, ‘transfobia’ e incluso nociones como que el sexo, en un par dicotómico: hombre-mujer, no deja de ser una lectura sociocultural<sup>8</sup>, por lo que conviene haber incorporado suficientemente todo el aparato teórico alrededor del género.

#### **Y para terminar:**

#### **preguntarse una vez más por ‘lo evidente’...**

“¿Qué es para ti el tratamiento?”

Para cerrar esta sesión (o sesión y media si se nos alargó), pregunto qué es para ellas el tratamiento (en grupos mixtos o sólo de varones también lo hago, me parece un ejercicio necesario para situarse). Parece algo evidente, pero ¿qué tipo de respuestas se dan ante una pregunta así?

Algunas de las respuestas que más habitualmente me encuentro son:

- aprender
- hacer nueva vida
- recuperar (lo que perdí)
- recuperar mi vida
- centrarte en algo
- dejar tranquila a mi madre
- ¡una movida!
- medicamentos
- conseguir objetivos que tengo

Ante esto, suelo reflexionar en torno a la noción del ‘tratamiento’ como **‘proceso de cambio iniciado por vosotras mismas’**. Es un acto de **empoderamiento** al fin y al cabo: me he dado cuenta de que tengo una serie de problemas, y quiero ponerme a solucionarlos, ¿no?. Y es importante señalar esto porque, paradójicamente, a la idea de estar en tratamiento le viene asociado un sentimiento como de fracaso, de ‘no poder’, etc. derivado de haberse reconocido como drogodependiente (de hecho, hay muchas personas que tienen consumos problemáticos de sustancias en nuestra sociedad, pero es aquella persona que solicita tratamiento la que “es señalada” como drogodependiente...) Este taller pretende ser un proceso de cambio, también. De exploración, y de contribución a ese cambio...

### “De puertas para adentro”

Las participantes suelen incidir en la privacidad, en la idea de que aquello que se habla en el taller no salga fuera... porque realmente están exponiendo en grupo cuestiones muy personales e internas, muchas de las cuales son sancionadas social y subjetivamente. Conviene poner de manifiesto que esto se refiere a que ninguna de ellas puede tener como motivo de

conversación con otras personas lo que una compañera cuente en el taller. Otra cosa es que una hable de lo que una misma ha dicho con otras personas si quiere, o que lo hable con sus profesionales de referencia en el CAID o CAD, porque eso será bueno para el proceso (y es la idea, de hecho), pero nunca se hablará de lo que cuenten las otras en ese espacio grupal. A su vez, yo especificué que tendría reuniones de coordinación con los equipos de referencia de cada participante.

### Otras cuestiones metodológicas...

Es necesario aquí remarcar la importancia de la **escritura**: que no se preocupen si les cuesta (a algunas les costará), lo importante es que terminen con un cuaderno para ellas, lleno de **claves personales**.

(pp. 75-80) “(...) pocas usamos la escritura con fines personales. Muchas mujeres no escriben debido a la dictadura de la ortografía y la sintaxis; otras creen que sólo escriben las escritoras, algunas más se sienten incómodas si les sale mal un texto cualquiera. Por eso, en el espacio pedagógico del taller, la escritura, y en particular atreverse a escribir, permite enfrentar de manera directa problemas de autoestima: inseguridad, timidez, temor al ridículo y a la insuficiencia. (...) Al estimular la escritura sin importar cómo la haga cada quien, y al hacer ver que es posible aprender y hacerlo cada vez mejor, se vencen miedos y se desarrollan no sólo la habilidad de escribir, sino también el atrevimiento y la confianza. Todo esto configura una transformación positiva de autoestima. (...) Escribir en el taller ayuda a la concentración personal, al monólogo interior y, por ende, a la individualización en el acto de reflexionar. Esta experiencia es desconocida por muchas mujeres que acostumbran pensar y analizar las cosas al dialogar y, sobre todo, al consultar a *los otros* o reivindicar sus ideas frente a ellos; otras más que desconocen esta experiencia prescinden de

la autorreflexión y hablan para desahogarse y no entender nada. (...) Es fundamental que cada quien anote a lo largo del taller sus claves personales, lo que descubre, lo que sabía sin darle importancia o ha interpretado de otra manera y lo que confirma. El éxito del taller depende de lo que cada una descubra, descifre, visibilice, analice y elabore. Su producto será precisamente ese racimo de claves personales.”

## NOTAS

<sup>1</sup> Por ‘vivencial’ planteo un concepto-expresión que trate de eliminar la clásica distinción entre ‘lo’ racional y ‘lo’ emocional, pero que señale la diferencia entre un abordaje meramente conceptual –de definición de conceptos– a un abordaje de trabajo sistémico, que pasa por y parte de la experiencia personal, para ponerla en reflexión.

<sup>2</sup> Este es el tipo de nociones al que me refería cuando explicaba que debería acompañar de reseñas, teorías y los autores y autoras en que me baso. Son nociones que tengo incorporadas en mi quehacer como educadora-antropóloga, pero evidentemente están en mi quehacer gracias a que alguien escribió-teorizó sobre ello. En la bibliografía hago referencia a lecturas y autores/as con las que ahondar en este tipo de acercamientos al análisis del ser humano... En mis intervenciones grupales con hombres y mujeres en tratamiento por drogodependencias sigo utilizando esta dinámica para hablarles de la existencia de un ‘algo’ llamado ‘imaginario colectivo’, ‘simbólico prevaleciente’, que forma parte de nuestra identidad y subjetividad, para poder entrar en la idea de que el lenguaje no es posterior al pensamiento, no es un mero transmisor. El lenguaje construye pensamiento, construye nuestro sistema conceptual, y esa forma de pensar se constituye a su vez en lenguaje, en acción, en comportamientos y afectos: construye realidad.

<sup>3</sup> Este tipo de reflexiones podrían seguir ahondando incluso en la propia consideración de lo que es *ser* ‘mujer’, por eso lo entrecomillo en el texto, pero precisamente ese es mucho del contenido del taller...

<sup>4</sup> En talleres que imparto a profesionales, primero empiezo por hacer una lluvia de ideas en torno a la palabra ‘género’, para alcanzar una definición común que luego pasamos a ahondar y examinar sus implicaciones con la dinámica que describo en el texto, realizando un análisis de las consecuencias de la divisoria de género en la sociedad. Pero en los talleres con mujeres es mejor desarrollar aquellos aspectos que tienen que ver más directamente con su experiencia como tales.

<sup>5</sup> Cuando se reparten, hay que hacerlo sin las explicaciones entre paréntesis.

<sup>6</sup> Si acudimos a buscar la palabra ‘varón’, como equivalente, al parecer, de la palabra ‘mujer’, tampoco encontraremos la consideración

de 'ser animado racional'. De esta forma, podría argumentarse que 'hombre' se emplea como genérico de 'persona', de ser humano... Pero es que si buscamos la palabra 'persona', no hallaremos una referencia al varón y la mujer (en tanto que 'personas' de uno y otro sexo, tal como se extrae del diccionario de la RAE) sino a 'hombre' y 'mujer'. La "confusión" (más allá de lo simbólico) está servida...

<sup>7</sup> Ese gran instrumento de trabajo que consiste en ir anotando ideas, observaciones, etc. a lo largo de toda tu actividad....

<sup>8</sup> La categoría 'sexo', dicotomizada en hombre/mujer, no deja de ser una lectura sociocultural, que pasa por la decisión humana de designarla como tal. Anne Fausto-Sterling (2006) propone un nuevo paradigma científico que rompa con esta dicotomía, entendiendo que la realidad biológica humana va más allá de los dos sexos: 'hombre' - 'mujer', y que género/sexo- cultural/biológico son otras dicotomías que limitan las posibilidades de desarrollo humano y no dan cuenta de la variabilidad humana tan amplia que existe. ¿Qué define el sexo de una persona? Siguiendo sus análisis nos explica que el 'sexo' de una persona vendría a ser designado -desde las ciencias médicas, y asumido como 'lo natural'- en base a tres niveles principales: gonadal (testículos/ovarios); genital (pene/vagina) y cromosómico (XY/XX). Además, estaría la cuestión hormonal, que regula la presencia de pelo en el cuerpo, etc. Frente a esto, esta autora establece un 'continuum sexo-género' donde las posibilidades se multiplican: el ser humano podría tener, porque de hecho los tiene, diversos estados sexuales; ese 'continuum' no es cuestión de ciencia-ficción, sino que se da en la realidad biológica del ser humano de forma estadísticamente elevada: nacen muchos bebés con características 'hermafroditas'. Sin embargo, es una decisión médica que el bebé que nace con características sexuales diversas se adscriba -mediante operaciones, tratamiento hormonal, etc.- a uno de los dos sexos designados y definidos: hombre o mujer. Entender que hay un "algo biológico" inamovible e inmutable choca frontalmente con la posibilidad humana de modificación de ese biológico, como de hecho se hace (mismamente en el momento de nacer y adscribir al bebé a uno de los dos sexos, o con la cuestión transexual de cambio de sexo o tratamiento hormonal, por no hablar de las operaciones estéticas, por ejemplo).

El empeño por designar esa dicotomía como lo normal lleva, por ejemplo, a casos en los que mujeres que han participado en los Juegos Olímpicos y que se han visto sometidas al control de sexo que esta organización realiza, hayan "descubierto" que no son mujeres porque sus cromosomas son XY -aunque tengan vagina, pechos, útero, etc., y vivan y se sientan como mujeres-. ¿Es tan sencilla y lineal la realidad que pueda reducirse a unos cromosomas?

Además, Anne Fausto-Sterling explora también las implicaciones de considerar este tipo de realidades como 'alteraciones', cuando el 'hermafroditismo' era asumido como "normal" en otras épocas históricas, en vez de ser catalogado como 'enfermedad' o 'falla genética'.

Su planteamiento, en definitiva, expone que acabar con la dicotomía de sexo acabaría también con la de género...

## SEGUNDO EJERCICIO: Autoidentidad y autoestima ¿cómo estoy?

Presentación entre las participantes, enunciando una serie de puntos clave para enmarcar el estado de la autoestima (edad, maternidad, estado civil o sentimental, con quién viven, etc.).

Cada mujer se presenta a las demás explicando un poco qué hace allí. Pasamos inmediatamente a hacer una serie de preguntas<sup>1</sup> que deben contestar en su cuaderno, para ellas. Les pido que las respondan y que examinemos juntas qué sienten o piensan en torno a ellas...

1. ¿Soy mujer? (Aunque parezca una obviedad, es situarse en una condición humana que abarca la totalidad de la experiencia. Todo está cruzado por el hecho de ser hombre o mujer)
2. ¿Qué edad tengo? Entre 20-25, entre 25-30, 30-35, más de 35.... Más de 40... más de 50...
3. ¿Cuál es mi estado civil? Soltera? Casada? Divorciada? Viuda? Separada? etc.
4. Número de noviazgos, matrimonios, divorcios-separaciones, arrejuntos...
5. ¿Cuál es mi estado sexual? Soy heterosexual, homosexual, lesbiana, bisexual, transexual, transgénerica/o?...
6. Maternidad, paternidad. He tenido hijos/as? Cuántos? He decidido no tener más? ¿quién ha decidido no tener hijos? ¿quién no puede tenerlos? Quién ha adoptado hijos/as?



7. Viven mi padre y mi madre?
8. Quién soy en mi familia de origen?: la hija mayor, la de en medio, la menor? ¿cuántos hermanos y hermanas tengo? ¿Soy hija única?
9. Soy nuera, suegra, tía? ¿Tíisima?
10. Vivo con mi familia de origen?
11. Vivo con la familia que he fundado?
12. Vivo sola?
13. Vivo con amigas/os o en alguna forma de comunidad (por ejemplo: un piso de apoyo al tratamiento)?
14. Vivo donde quiero vivir?
15. Pertenezco a alguna generación educativa, política o de cualquier tipo, marcada por una significación especial?
16. Me cuesta escribir? ¿tengo problemas visuales o auditivos o algún otro que me dificulte seguir las terapias y grupos (por ejemplo)?
17. Soy monolingüe, bilingüe o políglota (qué idiomas-lenguas hablo)?
18. Soy bicultural?
19. Tengo formación universitaria? Cuál? Qué formación técnica o preuniversitaria?
20. Educación media? Educación General Básica?
21. Otros estudios?
22. Recibo formación actualmente?
23. Manejo ordenadores? Sé de informática? Manejo Internet?
24. Soy artista?
25. Pinto? Bailo? Hago poemas? Tejo? Bordo? Cocino? Decoro? Hago fotos? Hago cerámica?...
26. Escribo mi diario o reflexiones?
27. Soy deportista? Juego al fútbol, al baloncesto? Al voley? Corro? Golf? Natación? Otros?
28. Hago excursiones?
29. Soy migrante? De dónde? Desde cuándo? ¿quiero volver a de donde procedo?

30. ¿Soy campesina, empleada, artesana, obrera, trabajadora doméstica, empresaria, estudiante, pescadora, política, monja, misionera, extranjera...?
31. ¿Cuál es mi profesión u oficio? (pueden ser varios)
32. Trabajo fuera de casa?
33. Tengo un buen empleo?
34. Estoy bien pagada?
35. Estoy en desempleo?
36. Trabajo en casa? (trabajo doméstico)
37. Tengo ayuda? Comparto el trabajo-las actividades y las responsabilidades domésticas con mi pareja o con quien conviva?
38. Tengo D.N.I.?
39. Tengo la cartilla de la seguridad social? La tarjeta sanitaria?
40. Tengo cuenta en el banco? Tarjeta de crédito?
41. Puedo acceder a préstamos?
42. Tengo ahorros?
43. Tengo deudas?
44. Soy pobre?
45. Tengo propiedades? Casa? Coche? Terreno? Molino? Negocio? Mis joyitas? Mi ropa? Mis libros y enseres? Otras?
46. He heredado bienes de mi familia?
47. He recibido bienes de mi pareja?
48. He perdido mis bienes?
49. Tengo seguro de desempleo (prestación, el “paro”)?
50. Seguro de vida?
51. Testamento?
52. Tengo problemas de salud? Estoy enferma? Es curable?
53. Atiendo a mi salud?
54. Tengo achaques? Cuáles?
55. Estoy cansada?
56. Trabajo en exceso?
57. No hago nada?

58. Descanso y tomo vacaciones?
59. ¿Soy turista? Soy viajera? Dónde (dentro, fuera, en el extranjero)?
60. ¿Nutro mis necesidades intelectuales? (si las tengo)  
Leo, estudio, asisto a museos, conferencias...
61. Oigo radio?
62. Veo la tele?
63. Voy al cine?
64. Voy al teatro?
65. A las ferias?
66. A las procesiones?
67. ¿Atiendo mis necesidades espirituales (grupos de oración, acciones concretas: meditación y otras prácticas metafísicas y religiosas)?
68. Soy exitosa?
69. Tengo algún problema fuerte?
70. Estoy en crisis?
71. Me siento bien?
72. Soy rebelde? Disidente? Sumisa?
73. Educada?
74. Soy fuerte?
75. Tímida?
76. Me reconozco pionera en algo?
77. Formo parte de algún grupo o movimiento organizado: político, civil, religioso...?
78. Soy militante de alguna “causa”? cuál?
79. He ocupado cargos públicos, liderazgos o dirigencias?

### Claves metodológicas

Es necesario crear un ambiente en el que respeten el turno de palabra, porque muchas de estas preguntas harán que debatan entre ellas y podremos aprovechar para ir adelantando temas que trataremos en el taller (sobre todo detectaremos ‘impactos’ en la autoestima a trabajar más profundamente

conforme avance el taller), o para entrar en cuestiones transversales importantes como que no se juzguen o emitan valoraciones sin darse cuenta...

Igualmente, obtendremos observaciones y enunciados que podremos retomar a lo largo del taller, ya que esta parte no es más que una presentación y toma de contacto con el mismo.

A estas alturas del taller aún es posible la incorporación de nuevas participantes sin que resulte disruptivo. Más adelante, el tipo de trabajo dificulta la entrada, pero no es imposible. Se puede trabajar con esa posibilidad, sobre todo si conseguimos instaurar el taller como parte del tratamiento, no como un elemento puntual y delimitado en el tiempo.

Debemos ir señalando la importancia de las claves personales que encuentren realizando cada trabajo: que las escriban. La dinamizadora del taller no tiene que decirles qué tienen que escribir, es decisión suya, pero si sienten que algo les toca de cerca deben escribirlo, porque es importante que puedan leerlo más adelante.

Iremos avanzando y habrá que volver a recordar la importancia de la escucha de unas a otras hasta que lo integren como forma de funcionamiento (es habitual en este tipo de talleres que cuando una persona esté hablando, las demás puedan despistarse y ponerse a hablar entre ellas, por ejemplo). No deben escuchar sólo a la dinamizadora, sino mantener una escucha respetuosa hacia la compañera que esté hablando en ese momento.

Salen temas importantes para cada una a raíz de las preguntas... Sirven para ir conociéndolas y que se conozcan entre ellas. *La conversación informal* (que en todo momento debe ser reflexionada y reconducida hacia el objetivo de que vayan reafirmando, exponiéndose) es lo que prima en estas primeras sesiones, donde esta batería de preguntas no tiene más que un objetivo principal: que se centren en sí mismas.

Normalmente dura una sesión, o sesión y media si son muy participativas.

Cada grupo funcionará de forma diferente en función de sus participantes, pero seguramente encontraremos muchas coincidencias...

### **Algunas cuestiones que trabajamos....**

– Diferencian en general el ‘estado civil’ de lo que cada una considera: hay unos papeles que dicen si estás o no casada, pero muchas de ellas señalan que no les importan esos papeles. Sin embargo, muchos derechos van de la mano de esos papeles...

– Orientación sexual. Hay un hecho que se da y que no suele salir en los grupos a no ser que incidas o que encuentres mujeres especialmente predispuestas a poder hablarlo: los episodios lésbicos en interrelación con la sustancia.

Ante el hecho de que varias se declaran bisexuales pasamos a explicar conceptos, y otras reflexionan acerca de si estarían abiertas a acostarse con una mujer. Lo distinguen del hecho de enamorarse de una mujer, que a eso están muy abiertas como posibilidad, pero no lo están tanto a tener un encuentro sexual. Una de ellas exclamó (una vez que supo qué quería decir esta palabra): “¡yo heterosexual de toda la vida!”. Y otras expusieron que se sienten agredidas “cuando dices que eres bisexual. A los hombres les encanta, claro, se imaginan un trío, pero a las mujeres les horroriza, te miran raro”. Es aquí donde entran los episodios lésbicos asociados al consumo de cocaína, por ejemplo. Son pocas las que los vivencian como algo propio (que las hay, simplemente se trata de poder abrir el espacio donde hablar de ello), sino que normalmente se ha dado de cara a la mirada de un varón heterosexual, como excitación para él.

– Estado sexual ligado a la maternidad. Ante el hecho de no poder tener hijos surgen dos temas: no poder tenerlos por IVE que dañó el útero; ligadura de trompas de Falopio por VIH. Esta mujer en concreto tuvo dos hijos. El primero no negativi-

zó<sup>2</sup>, porque ella pidió el alta en el Hospital y se marchó con el bebé. Después del segundo, su pareja dio el consentimiento a la ligadura sin saberlo ella. Algunas compañeras se la quedaban mirando y ponían el acento en la cuestión del hijo que no negavitizó. Ninguna puso el punto de atención en la ligadura de trompas sin su consentimiento...

Para intervenir inicio línea sobre discurso social en torno al SIDA y la carga punitiva que conlleva, como el cáncer hace años<sup>3</sup>... Otra participante no sabía cómo introducir una pregunta tipo: ‘el cáncer no es lo mismo que el VIH’ –por la responsabilidad en su contracción– sin que resultase ofensivo. Es importante detectar estas cuestiones para poder crear un clima apropiado, y recoger la necesidad de esa pregunta, porque ayudará a ahondar en el tema: diferenciamos ‘culpa’ y ‘responsabilidad’, por la responsabilidad en “coger” el VIH al no usar métodos preventivos en relaciones, por ejemplo, o compartir material inyectable. De acuerdo, pero: ¿qué sucede cuando tu pareja no quiere utilizar preservativo o se pincha antes que tú?...

Muchas han vivido la experiencia de tener parejas que no han querido usar preservativo, indistintamente de ser ellos o ellas quienes tenían la enfermedad, ya que lo consideraban “una muestra de amor”. Cuando una de ellas comenta: “ahí estás tú para decirle que no”, podemos entrar a hablar de la complejidad de la subjetividad: una puede encontrar muy racional decir ‘no’, pero existe una idealización del amor asociada a que ‘no me importa porque te amo’; muchas veces hay una conjugación de falta de madurez-juventud y, sobre todo, baja autoestima, entendiendo que la autoestima es el amor que una se tiene... Y entonces no dices que no<sup>4</sup>. Además, ¿sirve de algo abordarlo desde la culpa? Mejor poder ver cómo hacemos para vivir con ello de la forma menos autodestructiva posible, y eso empieza por no juzgar a quien lo contrajo por una práctica de riesgo.

– Dos de las participantes que tienen VIH quieren ser madres... ¿se trabaja con ellas esta cuestión? Refieren que no,

que normalmente ni se trata la sola idea. “Si tienes el VIH no puedes ser madre. Punto”. Sin embargo, es perfectamente posible ser madre teniendo el VIH y que el bebé no lo contraiga.

– Muchas han vivido la muerte de hermanos, por ejemplo, bien sea por accidentes, bien sea porque también han sido drogodependientes y han fallecido por sobredosis, o por el desarrollo de enfermedades oportunistas asociadas al VIH/SIDA.

– Aquí surge la diferencia de “perfiles”, ya que hay mujeres que no se han visto inmersas en dinámicas relacionadas con ir a poblados, o “pincharse”, etc. ¿Se consideran “drogodependientes”? ¿Hay diferentes “estatus” de ‘drogodependientes’? Porque resulta que muchas personas tienen la idea de que es más dependiente, o lo “tiene peor”, o ha “llegado más lejos” quien “ha llegado” a pincharse, por ejemplo, o quien “ha llegado” a depender de la heroína, etc. ¿Qué dinámicas en torno a la autoestima, el autoconcepto, etc. se ponen en marcha en base a esta realidad?<sup>5</sup>

– Muchas viven en piso de apoyo al tratamiento. Destacamos si lo vivencian como ayuda o no, es importante recalcar eso. Muchas viven en los pisos como si fuese una obligación, no una decisión propia dentro de su tratamiento (que implica algunos problemas de cara a la autonomía y el cotidiano, desde luego, pero al fin y al cabo es una decisión propia).

– La conquista de la escritura. Frente a preguntas como su posibilidad de escribir, muchas de ellas se quejan de las faltas de ortografía que tienen, de que les da vergüenza escribir... Por eso hay que incidir en que no es problema, nadie las va a juzgar. Lo que escriben es para ellas, y mejor que se ejerciten en la escritura, por mucha falta de ortografía que tengan. En los centros de atención a drogodependencias encontraremos muchas mujeres que van a presentar esta cuestión...

– Algunas han tenido pareja gitana y lo señalan como forma de convivencia de dos culturas. En ese contexto, les es fácil encontrar el machismo... Pero ¿es de verdad tan sutil en la “paya”?

– Preguntar por la formación universitaria pone de relieve que hay mucha variedad, sobre todo a nivel de cursos o talleres que las están “capacitando profesionalmente” (en drogodependencias es habitual que reciban formación ocupacional, y hay centros especializados en el apoyo para la lectura, escritura, etc.), pero en general nos encontraremos con estudios sin finalizar, y una minusvaloración intrínseca en este hecho. Algunas interiorizan que no valen, que no saben...

– ‘¿Soy artista?’ “¡De la vida!”, dice alguna. Y seguidito, otra: “Y ama de casa, ¡que es todo un arte!”. Otras opinan que no les queda otra y que por eso lo hacen, que no le ven el arte por ningún lado... En el debate que mantenemos, le damos la vuelta a la desvalorización del trabajo en casa, cuidado de los hijos e hijas, etc. Y aunque esta pregunta no preveía este tipo de intervención, *debemos aprovechar cualquier ocasión* dentro del taller para poder hablar de temas que inciden directamente en las mujeres por cuestión de género, porque las tareas del hogar y todo lo derivado de ‘los cuidados’ sufre de una minusvaloración social a todos los niveles, cuanto menos sorprendente, y permanece totalmente invisibilizado... Como señalaba en las consideraciones iniciales, hacerte cargo de una familia no te da la independencia y autonomía que definimos como objetivos básicos de los tratamientos y, sin embargo, forman parte de la identidad de género de muchas mujeres...

– Preguntar en estos contextos por cuestiones asociadas al ejercicio físico, el deporte, etc. trae asociado un impacto directo a la autoestima. Algunas no pueden hacer deporte por su estado de salud, y es algo que les pesa. Aquí se pone en el centro la cuestión del estado corporal, el cuerpo, la salud... La dimensión subjetiva y su impacto en la autoestima es algo que no suele ser tenido en cuenta en los talleres sobre ‘salud’ entendida en términos estrictamente biológicos-sanitarios.

– Respecto al ocio y la economía surge la crítica a la necesidad de pagar por las actividades que realizan, así como a la falta de espacios públicos donde sea gratis. Es necesario refle-

xionar sobre esto, si es real o falta de manejo de recursos para el acceso a ocio gratuito y la generación de un ocio propio. ¿Tenemos ocio las mujeres? ¿En qué consiste?

– A la hora de preguntar por el oficio o profesión, encontraremos que, como muchos hombres drogodependientes, muchas están en proceso de cambio de profesión u oficio; el problema añadido para las mujeres es el tipo de empleos a los que puedan acceder (segregación horizontal y vertical) además del tipo de horarios necesarios si tienen que hacerse cargo de sus hijos/as solas, etc. También podemos entrar a recoger los impactos en la autoestima en función de lo que pueden hacer y lo que les gustaría... Sobre todo por la oportunidad de realizar cursos dentro de la Red de Atención y fuera de ésta. Aquellas que están en un piso de apoyo al tratamiento ¿pueden priorizar hacer algún tipo de formación que mejore su acceso al mercado de trabajo remunerado? ¿El tipo de red en que están inmersas lo posibilita?<sup>6</sup>

– En muchos de los pisos no se puede acceder al empleo aún. Están en una “fase anterior”<sup>7</sup>. Creo que es necesario un diálogo en torno al conflicto entre querer trabajar y que no les dejen. ‘Itinerario individualizado –definido por los profesionales’ vs. ‘querencia personal’. A veces te dicen qué tienes que hacer... pues sería interesante analizar qué te marca, por qué no coincide con lo que tú quieres. Es importante recordar el proceso de cambio iniciado por ellas mismas. Y lo peor es no sentirlo como tal: “puedo parecer tonta pero no lo soy. Me frustra que no me dejen trabajar”, dice una. En el taller tenemos un espacio para alejar este tipo de pensamientos: por qué piensas que te toman por tonta (cosa que evidentemente no sucede en los medios profesionales, ¿no?) en vez de analizar que sus razones, las de los profesionales, no coinciden con las tuyas... El problema es cuando se trata una decisión evidentemente no compartida. Me gusta plantear a los/as profesionales que este tipo de decisiones no deben ser unidireccionales, y que el proceso basado en el diálogo y la participación real de

la persona podría atenuar estas sensaciones de enfrentamiento. Si una persona ‘se emperra’ en hacer algo que desde el medio profesional se evalúa como factor de riesgo o no conveniente en ese momento, no va a servir de nada que se le prohíba. Si la persona no cambia de opinión... ¿debemos nosotros/as marcarles el camino?. Además, en el caso de las mujeres, ejerceremos de nuevo una ‘tutorización’ alejada de un posible proceso de empoderamiento personal que se trabaja en otros espacios (grupos de mujeres, etc.). Si se equivocan, bueno, pues que lo hagan. La cuestión es que trabajemos el que puedan volver en caso de que consuman, que pidan ayuda, etc.

– ‘¿Soy migrante? De dónde? Desde cuándo? ¿quiero volver a de donde procedo?’

Ante esta pregunta podemos encontrarnos con elementos que tienen que ver con el racismo; y a veces tendremos mujeres que provienen de otros países. Habrá que prestar atención a la composición del grupo y sentires a este respecto, pero no es objetivo del taller entrar en un debate sobre la migración, sino rescatar el proceso en sí mismo: que vienes o te vas de donde eres, que te mueves (sea de una provincia a otra, de un pueblo a otro o a la ciudad, de un país a otro)... remarcando la idea de proceso y lo que conlleva para tus condiciones concretas de vida; por ejemplo: si eres mujer y tienes hijos, y migras por motivos económicos, ¿te los puedes llevar? ¿quieres? ¿te pesará? Si eres mujer joven, sin hijos a cargo, ¿podrás irte a vivir sola? ¿en qué trabajarás? ¿Te fuiste porque te casaste? etc. Si seguimos la pauta de no juzgar la vida de las demás, podremos eliminar los prejuicios y estereotipos asociados a la (in)migración en el momento que ponemos personas de carne y hueso, mujeres con condiciones de vida concretas... y que son nuestras compañeras... (evidentemente, si hay alguien ‘racista’, aunque le pongas ejemplos de ‘carne y hueso’, personas, no cambiará de parecer...)

– ‘Tengo problemas de salud? Estoy enferma? Es curable?’

En estos casos hay que recordar que, aparte del VIH, tuberculosis, etc., hay ‘achagues’ más del cotidiano... Y preguntar

por quiénes han perdido la regla con el consumo; cómo la llevan actualmente...

Ante el tema de la biología y los cuerpos (que saldrá en alguna de las preguntas) algunas recalcan que los estudios científicos demuestran “aquello o esto” sobre el comportamiento humano. Es importante analizar qué consecuencias tiene que se justifique el comportamiento humano como natural, como derivado de la biología... Ante esto, podemos preguntar: ¿la biología determina? ¿O podríamos hablar de que el comportamiento humano no es ‘natural’ sino social, y que la biología marca, pero no determina?... Con el tema de la ‘paternidad-maternidad’ alguna insiste en que somos distintos. Ante esto podemos argumentar que existen hombres sensibles y mujeres que no lo son. Si lo fuésemos por naturaleza, todos y todas responderíamos exactamente a un patrón (con sus influencias sociales, como dirían algunos, pero bajo un patrón genético). Un repaso a la educación podría aportar qué se hace con los niños que quieren jugar con ‘cosas de niñas’ (el género masculino se compone de la dominación y autoafirmación personal, pero no deja de ser algo impuesto-asignado por los demás cuando somos pequeños... ‘Los niños no lloran’ ‘no juegues con muñecas, que pareces maricón’, etc.).

Reparamos los agentes sociales que intervienen en la formación del género: porque aducen que tienen experiencias donde los padres no coartan, pero luego viene la escuela, el grupo de iguales, los medios de comunicación... Multitud de diferencias que hay entre seres humanos no se explican por la biología... No se nos puede meter en un laboratorio, nuestra esencia es social: **somos seres relacionales...**

### **Para concluir: no he preguntado por la drogodependencia**

Esta parte del taller ha consistido en muchas preguntas, repasando muchos de los aspectos de la vida de una persona... Planteo si creen que quede algo por preguntar (para

detectar posibles puntos que no hayan salido) y qué creen que puede aportarles esto. Es importante detectar si piensan que al menos sirve para hacer un repaso por muchos aspectos vitales, que de alguna forma hace que nos centremos en nosotras mismas... que nos pensemos....

Todos estos aspectos son condicionantes de la autoestima

(pp. 83 y 87) “(...) cada rubro es más que un dato. El género, la edad, la condición sexual y todos los aspectos que hemos visto, implican condiciones particulares de vida, identidades asignadas y dimensiones de la auto-identidad, un modo de vida correspondiente a cada condición. Todo ello marca y acota la autoestima, por eso es posible identificar problemas, valores, poderes y representaciones simbólicas comunes. Y, como al vivir cada una sintetiza de manera única sus diversas condiciones en cuadros circunstanciales específicos, resuelve su autoestima de manera única también. (...) La autoestima no es voluntaria, espontánea o natural. No proviene de una fuente ajena, sino de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida.”

Debemos enlazarlo con cada una de las mujeres: sus condiciones de vida; qué quieren cambiar, cómo están, qué viven como bueno, de qué se nutre su autoestima... Algunas incluso piensan que *vivían mejor cuando consumían*, a nivel económico sobre todo (“perfil” consumidoras de cocaína, que no se han visto en círculos de marginación). Se hace necesario identificar problemas, valores, posibilidades, poderes... lo cual es un proceso, no es estático. Sus condiciones de vida han cambiado y cambian... ¿cómo lo experimentan?

Resalto además que no he preguntado por la drogodependencia. No lo debemos poner como eje, sino que lo interesante es este otro abordaje que permite vernos más allá de la drogodependencia, o que la enmarca en un mapa vital determinado.

### Más cuestiones metodológicas...

Es necesario que haya tiempo para escribir en el taller, forma parte de ello.

*Objetivo:* trabajar juntas. Debemos compartirlo... Si no, no podremos trabajar... Esto es necesario de cara a vencer las resistencias a hablar con sinceridad, pero es algo a **construir durante el transcurso del taller**. Sólo si no nos juzgamos podremos realizar ese trabajo. Podemos recoger momentos en que se hayan dado comentarios que hayan podido resultar juzgadores de unas a otras, y devolverlos como ejemplos a evitar, recalcando que son momentos-comentarios ‘inintencionados’, que “sale sin querer”, pero que hay que evitarlos. Y la forma de evitarlos es detectarlos y hablarlos con tranquilidad, mediando en ello.

No identifico qué quiero decir con autoestima. Eso lo irán viendo en el transcurso del taller.

Muchas personas-profesionales me han transmitido la dificultad de trabajar en grupos de mujeres: rivalidad, falta de escucha mutua, etc. Suele ser así. Y debemos dotarnos de las herramientas necesarias para construir un espacio diferente, porque **el grupo pretende ser un acto performativo en sí mismo**.

<sup>1</sup> Extraídas del libro de Marcela Lagarde, añadiendo alguna especialmente adaptada a las posibles situaciones que presentan las mujeres drogodependientes.

<sup>2</sup> Se refiere a que el bebé no eliminó el VIH de su cuerpo. Aunque un bebé nazca con el virus, puede eliminarlo si está bajo control y con el tratamiento adecuado. Actualmente, el riesgo de que la madre transmita al bebé el VIH es muy bajo, ya que se ha descubierto mucho sobre esta enfermedad: es posible realizar la gestación sin transmitir el VIH al feto. Para ampliar esta información recomiendo la lectura de la guía ‘*VIH, embarazo y salud femenina*’, editada en 2006 por gTt (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, de Barcelona, [www.gtt-vih.org](http://www.gtt-vih.org)) que la adaptó al castellano del original editado por i-Base (Londres. [www.i-base.org.uk](http://www.i-base.org.uk))

<sup>3</sup> Susan Sontang. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas* (1996). Taurus Ediciones.

<sup>4</sup> El trabajo de asertividad y habilidades sociales en grupos y terapias de intervención en drogodependencias no suele tener en cuenta la dimensión del género... Un buen libro para realizar una aproximación desde esta perspectiva es, como ya he señalado, el de Sara Velasco Arias, *Relaciones de género y Subjetividad. Método para programas de prevención*. Serie Salud 5. Instituto de la Mujer y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid, 2002

<sup>5</sup> También habría que examinar si los y las profesionales transmitimos este tipo de valoraciones/creencias a través de comentarios informales, o incluso de ‘ánimo-valoración-llámese como quiera’ hacia la persona que tenemos enfrente (y que no responde a la imagen estereotipada de ‘drogodependiente’): “Tú juegas en otra liga”, “No parece drogodependiente”, etc.

<sup>6</sup> De esta pregunta se deriva en algunas ocasiones que hablemos de la diferencia entre el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid. Normalmente aprovecho para explicar el recurso en el que están, ubicarlo en la Red de Drogodependencias, porque es importante que sepan en qué Red están; estar en la Regional implica que si viven en Leganés y necesitan un Piso de Apoyo al Tratamiento, pueden-deben ir a un piso que está (a fecha de la publicación de este libro) asociado al CAID de San Blas. No hay otro. Igual que las que están en los PAE asociados en este caso al CAID de Usera: se han desplazado de

sus centros-lugar de residencia obligatoriamente. Es una oportunidad, pero también implica irse de su medio totalmente, dificultando el proceso a nivel relacional. En la red local, vas al CAD del distrito donde estés empadronada: el padrón como acceso a derechos. Considero que no es baladí hacer este tipo de intervenciones.

*Clave metodológica:* aprovechar cualquier oportunidad para devolverles que deben ser dueñas de su proceso... en el sentido de que deben conocer qué les afecta, sus derechos y obligaciones, etc.

<sup>7</sup> Sería muy interesante empezar a implantar de una vez aquello de los ‘itinerarios individualizados’, porque el proceso de las personas se ve supeditado muchas veces al recurso en el que estén; y aunque hay criterios para la entrada en cada recurso, de forma que se adapta ‘el perfil’ al tipo de recurso, nos encontramos con que muchas veces esto del perfil se queda como un chaleco pequeño...

*“Pues a mí me ha subido bastante la autoestima desde que conozco a “Juan”. Antes no quería vivir, teniendo dos hijos ni pensaba en ellos, cosa que ahora... pienso lo bonito que es la vida... Antes solamente quería morirme cuando murió mi marido, pues desde los 14 años he estado acostumbrada a estar a su lado. Pero esta prueba la he superado gracias a mis compañeras y educadores pues ahora me quiero, me pongo guapa, me pinto, cosa que había dejado, pero doy gracias a dios que todos estos defectos los he superado...”*



### **TERCER EJERCICIO:**

#### **Autoidentidad y autoestima ¿cómo estoy? (PARTE II)**

Cada una escribe signos de autoestima:

1. qué contribuye a subir su autoestima y qué a bajarla;
2. qué cosas valoran los otros de su persona y qué señalan como defectos;
3. y qué cosas valora una misma de su persona y qué le parecen defectos.
4. También se escriben la expectativas de los demás hacia ellas y de ellas hacia sí mismas (originarias y actuales).

#### **Cuestiones metodológicas y de contenido...**

La duración de estas sesiones va a depender del número de participantes y el tiempo de que dispongamos, así como del trabajo que queramos y podamos realizar.

Cada una escribe en su cuaderno la respuesta a estas preguntas. Para exponerlas y compartirlas se apuntan en la pizarra, agrupando por temáticas (en función de lo que salga en cada taller: sexualidad, relaciones de pareja, imagen corporal y belleza, trabajo, posesiones, etc.). La dinamización consistirá en ir preguntándoles acerca de lo que exponen y poniendo en relación unas afirmaciones con otras.

A cada enunciado le sigue un análisis, conjuntamente realizado con ellas, que sirva para ir viendo con qué está relacionada su autoestima, qué valores y forma de ver el mundo subyacen a sus afirmaciones. A su vez, estas preguntas conducen a un mapa hacia la autonomía, la identidad: diferenciar entre los demás y nosotras mismas. Porque situar la autoestima en la estima que nos tengan los demás significa no delimitar nuestra autoidentidad... Podremos ver cuánto de los demás hay en nosotras, pero nuestra autoestima no puede situarse mediada por las reacciones y valoraciones sobre

nosotras, o porque cumplamos o no con lo que se espera de nosotras (en el caso de mujeres que además han desarrollado una drogodependencia se da un claro impacto a la autoestima...)

En el taller iremos por pasos, siguiendo el orden de las cuestiones expuestas, pero en este espacio he decidido presentar los temas que más o menos suelen salir en los grupos, o reflexiones que me parece importante reflejar.

Aquellas cuestiones que presentan las mujeres como elementos que les suben y/o bajan la autoestima van muy en relación con ‘qué valoran los demás de mí’. Esa es una relación que veremos en el taller y que la dinamizadora debe realizar en el momento, respetando el proceso de cada participante (es decir: no hay un ejercicio igual a otro, cada mujer presenta unos elementos que posiblemente se interrelacionan, y esa posible relación debe ser detectada y analizada en el momento en que se exponen las cuestiones...).

También podremos comprobar cómo el apartado de las expectativas está relacionado con los aspectos que han expuesto en las tres primeras preguntas. Es importante no perder esta visión global del proceso en ningún momento. Cada pregunta no es una isla en sí misma, sino que está en relación con las otras, y el ir pasando por todas ellas permite el trabajo necesario para un avance personal de las participantes...

En este ejercicio vamos a comenzar a delimitar qué queremos decir cuando hablamos de autoestima, porque normalmente la identifican con estar mejor o peor de ánimo, encontrarse bien o mal, etc. Y las preguntas respecto a qué te la sube o qué te la baja nos van a dar las claves para ver con qué está relacionada en cada una de ellas. Es importante seguir sin dar una definición inicial (aunque la demanden), porque forma parte del proceso del taller que vayan encontrando qué es la autoestima y en qué consiste.

En estas primeras sesiones comienza a configurarse el mapa de intervención, *elementos clave* para la mayoría de las mujeres y que no suelen salir en otros espacios (sobre todo mixtos de mayoría masculina), o no sin que se conviertan en elemento de juicio sobre ellas mismas: relación de pareja, hijos/as – maternidad; familia; autoimagen; y cuerpo.

Podemos trabajar con pequeños detalles como que les suba la autoestima ir de compras o la peluquería... porque eso es para sí mismas aunque no se den cuenta o les parezca (a ellas y a muchas personas) algo no importante o poco relevante... Exploramos lo beneficioso que encuentran en esas cosas, que ya vendrá después el que alguien pueda criticarles “la superficialidad” o que se deba también a un mandato de género... A mí me gusta rescatar que lo hacen ellas, solas o con amigas... pero para sí.

Ellas mismas irán poniendo de relieve que el taller es un espacio donde poder hablar de estas cosas, que las refuerza en tanto que pueden expresarse. Cada aspecto que comentan es tenido en cuenta... Y muchas de las cosas que mencionan no son tanto elementos que les sube la autoestima directamente como proyectos y metas, que indican que si los logran, van a sentirse mejor. En base a lo que una defina como metas y logros que le harán encontrarse mejor, también podemos identificar cuestiones relacionadas directamente con la autoestima.

Normalmente encontraremos que el número de cosas que les baja la autoestima es mucho mayor que el número de cosas que contribuye a que suba. No es una cuestión a poner de relieve en el grupo si no lo vemos conveniente, porque es normal que esto suceda: están en procesos en los que hay muchas cosas que suponen un impacto negativo directo a la autoestima. Lo interesante es si somos capaces de re-elaborar las lecturas sobre aquellos aspectos que consideremos negativos y actuar sobre ellos...

(pp. 90-91): “Subjetivamente la autoestima se sostiene y nutre de un conjunto de capacidades que provienen de la individualización: la autovaloración, la autocrítica, la autoevaluación, la disposición a la responsabilidad propia, la asunción de decisiones propias. Y todo ello conduce al desarrollo de experiencias relacionales y subjetivas primordiales para las mujeres: a la vivencia de tener límites personales, es decir, a la diferenciación en relación a los otros y a la posibilidad de autonomía entendida como definición y delimitación del Yo.

Es posible desarrollar una autoestima sin mediaciones en cualquier momento de la vida. Sobre todo cuando se reconoce la necesidad de sentirla y se descubre la enajenación a la que conduce no experimentarla cuando, por ejemplo, se conectan problemas vividos, equívocos, malas vivencias y formas oprobiosas de relación, o al depositar la autoestima en *los otros* y confundir su *estima* con la autoestima, al no tener límites de autoidentidad.

Es posible salir del estado de ilimitación cuando, a través del *análisis político de género*, se desvela cuánto poder tienen los otros sobre una misma con estos mecanismos y cuando se analiza cuánto vive cada una a través de la vida de *los otros*, cuando hacemos conciencia de cuán colonizadas y habitadas estamos por los otros y percibimos esa manera de ser como un *cautiverio*<sup>17</sup>.

## “Me SUBE la AUTOESTIMA...”

Tener pareja.

Compresión por parte de la pareja.

Ver a mis hijos, pensar en ellos y saber que me necesitan.

Que se me respete en la sociedad. Y la no discriminación.

Entenderme con la gente.

Tener apoyo fuera de la familia (amigos/as, etc.)

Decir no cuando me invitan a beber o algo así.

Ir de compras, lectura...

No tener que hacer las tareas domésticas...

Hacer bien las cosas. Finalizarlas.

No machacarme por cosas que no se pueden cambiar.

Confiar en mis opiniones y sentimientos.

Aceptarme tal como soy con mis defectos y mis virtudes.

Sentir que a quien me escucha (los profesionales), le importo.

Aprender cosas nuevas.

Darme cuenta de los logros que consigo.

Verme sonriente.

Recuperar la alegría que yo tenía...

## “Me BAJA la AUTOESTIMA...”

Maltrato físico y psíquico.

Discriminación en el trabajo por el hecho de ser mujer

Mirarme al espejo, mi imagen. No estoy a gusto con mi imagen.

No tener encaminada mi vida

Depresión

No poder tener y mantener a mis hijos

Gritos, que me griten al decirme cosas

Los problemas relacionados con las enfermedades.

No poder explicar las cosas

Economía baja. Que otras personas se metan

Que me cuestionen como madre.

La enfermedad de mi hija.

La inseguridad del presente

Desilusionarme con proyectos no acabados.

Separaciones y pérdidas en pareja y amistad

Sentirme juzgada

Pensar en el pasado

Decirme que no valgo y creérmelo

No tener a nadie que me apoye cuando lo necesito...

Volver a caer en algo (sustancia) después de habérmelo  
luchado mucho...

Soledad, depresión...

## Del tener pareja como eje vital, y metodología para ir abordando estas cuestiones...

–(Expresa “C.”) *Porque me sube la autoestima ‘tener pareja’, ‘estar con él, cambio total, es diferente’... Porque los demás valoran de mí ‘que tenga pareja’, y yo lo valoro también, me siento mejor...*

–*Ya, pero... ¿si no tienes pareja cómo te sientes hacia ti misma?*

–*Si es que a mí me ha subido bastante la autoestima desde que conozco a “Juan”. Antes no quería vivir, teniendo dos hijos ni pensaba en ellos, cosa que ahora pienso lo bonito que es la vida... Antes solamente quería morirme cuando murió mi marido pues desde los 14 años he estado acostumbrada a estar a su lado. Pero esta prueba la he superado gracias a mis compañeras y educadores pues ahora me quiero, me pongo guapa, me pinto, cosa que había dejado, pero doy gracias a dios que todos estos defectos los he superado...*

Ante esto pregunto si hay alguna a la que le haga bajar la autoestima no tener pareja o le hace sentir peor. Las demás anotan en sus cuadernos, comentan. Hay que distinguir de las separaciones y pérdidas –que eso “te la hace bajar”, es doloroso –de que te afecte no tenerla en sí mismo...

Algunas comparten esa idea de que se sienten mejor consigo mismas cuando tienen pareja...

–*¿Por qué? ¿Es porque os sentís incompletas? ¿más valoradas?... No se trata de entrar ahora de lleno en ello, sino de ponerlo de relieve, visibilizar si es un eje vital para vosotras y por qué... (debaten un rato entre ellas...)*

–*Pues fíjate (dice otra), que a mí lo que sube la autoestima es recuperar lo mío, mis cosas, mi alegría de vivir...*

–*Claro, claro, a mí también, eso es muy importante! (dice “C.”)*

–*Pero... ¿aunque no tengas pareja, “C.”? Porque si recuperas lo tuyo, o si tu alegría de vivir depende totalmente de que tengas pareja o no... ¿Dónde quedas tú en todo esto?...*

–Ya... No sé...

–No se trata de que te sientas mal por ello, sino que si le concedes mucha importancia a recuperar lo tuyo, como tu compañera, ¡genial! Pero habría que ver si eso va a depender de que tengas pareja, porque entonces... ¿qué es eso que es tuyo y es ajeno a tener pareja? ¿puede depender tu alegría de vivir de la existencia de otra persona en relación contigo?...

Para “C.” todo gira en torno a la pareja pero, aunque eso se vea claramente, es contraproducente abordarlo directamente, en forma de confrontación. Tono de voz, momento, todo es importante y es el grupo el que posibilita este tipo de intervenciones y reflexiones, porque cuando justo después (y esto no lo puede prever ninguna metodología, es aprovechar el momento<sup>2</sup>) otra compañera comenta que a ella le sube la autoestima ‘Recuperar lo mío’, y “C.” expresó en voz alta y “convencidísima”: ‘claro, claro, a mí también, eso es muy importante’, *es quizás entonces* cuando podemos preguntar: ‘Vale, pero... ¿tengas pareja o no?’.

Es necesario unir unos temas con otros, engarzar con su vida, con lo que acaba de contar otra. Esto no es algo casual, hay que hacerlo a propósito, y la persona que dinamiza tiene que ir tejiendo la posibilidad de que se genere una comprensión mutua entre ellas... Además, esta cuestión servirá para poder entrar en los temas de cada una de forma relacional, no directa o confrontando. Se trata de ir adquiriendo conciencia sobre una misma y lo que le afecta, y en qué posición vital la coloca eso. Es más, para el avance personal creo que es necesario preguntarse: ‘pero ¿estamos hablando de autoestima cuando decimos que depende de estar bien o no con la familia, con la pareja? ¿de que me respeten en la sociedad?’ ¿Qué tipo de respeto?

(p.91) “Es un avance en el fortalecimiento personal apreciar la *autoestima directa* como recurso y un capital propio. Construirlo es un método de emancipación personal imprescindible para mejorar la calidad de vida personal y la calidad de las relaciones. La experiencia

de construir voluntariamente límites y de diferenciarse de *los otros*, repara lastimaduras, heridas y daños. En este sentido es sanadora. Quien la vive crea para sí misma los mejores soportes para vivir”

Y un apunte:

En este tipo de ejercicios es interesante contar con el contraste de los grupos mixtos o de varones. En el caso de las mujeres, los elementos en general que suelen mencionar en relación directa con su autoestima son relacionales, de la importancia de los y las demás en su vida. Muchos varones mencionan ver felices “a los suyos”, por ejemplo, con lo que podríamos creer que en principio se trataría de lo mismo... pero ¿cuál es el contenido de ese ver felices a ‘los suyos’? ¿Cómo organizan los afectos? ¿Tiene el mismo contenido de género para hombres que para mujeres?

### **Los itinerarios de atención: pisos y formas de hacer que desempoderan.**

En muchas ocasiones me encuentro con procesos afectados por el hecho de estar en recursos residenciales de apoyo al tratamiento; ‘afectados’ en el sentido de que se convierten en problemas centrales cuestiones que tienen que ver directamente con el recurso residencial (normas del recurso y su funcionamiento interno), no con el proceso de la persona. Estos recursos se plantean con un equipo educativo que en principio hacemos “de cada momento (un momento) educativo”, porque compartimos el día a día con las personas en tratamiento, y hay toda una serie de ámbitos donde crear hábitos, establecer normativa de funcionamiento, etc.: higiene, limpieza del espacio, cocina, gestión económica... Llevo muchos años trabajando en este tipo de recursos, de forma que he estado en recursos organizados de muy diversas formas, pero la base sigue siendo la misma: ofrecer un espacio de control-acompañamiento al trata-

miento ambulatorio en el medio urbano. Y desde que trabajé en un recurso específico para mujeres empiezo a preguntarme si son apropiados para ellas tal como están concebidos y funcionan a nivel metodológico. Algunas participantes de este taller referían: “me baja la autoestima que me agobien: que me digan constantemente lo que tengo que hacer...”, como un atentado a su independencia e intimidad: está en un tratamiento y, además, en un piso en el que te dicen cuándo te tienes que levantar, cuándo acostarte, cuándo “todo”... En muchos recursos residenciales hay como un parón a la autonomía de la persona, sobre todo porque es muy común que, en una inmediatez derivada del estilo de vida y la propia drogodependencia, se junten una actitud vital del “lo quiero todo y ya” y una baja tolerancia a la frustración, etc., de forma que es parte del proceso establecer una serie de medidas que pongan límites a la persona (con el objetivo además de una adquisición de hábitos para una vida autónoma futura: en las tareas de casa, en el manejo del dinero y la planificación en general, etc.). Pero con mujeres planteo si no será necesario examinar otro tipo de metodologías de intervención que se fundamenten más en un *acompañamiento* que en una *tutorización*, porque no creo que se trate de que yo, como educadora, ni ningún otro profesional, ponga los límites, sino que la propia persona los vaya construyendo y estableciendo... Se trata de que la independencia y la autonomía son herramientas de empoderamiento femenino que muchas mujeres tenemos que conquistar a lo largo de nuestro proceso vital de forma consciente, porque no es un elemento que adquiramos de forma naturalizada (esto es: invisibilizada) a través del género, antes al contrario: desde pequeñas se nos educa en la entrega a los demás. Los programas siguen trabajando desde una perspectiva androcéntrica, que sin querer las desempodera: ellas no deciden realmente ni la mitad de las cosas que se les presentan a resolver o decidir...

Además, es fácil que en contrapartida entren en un discurso ‘victimizador’ hacia sí mismas, que refuerza la idea de que

‘no se les deja’ hacer esto o aquello, con lo que entran en un círculo vicioso difícil de romper si no dejamos de lado la *tutorización*.

En estos talleres, totalmente voluntarios, se pone de manifiesto también que muchas de ellas no van a *saber* decidir... Una de las mujeres quería dejar de asistir, por ejemplo, pero no decía nada, sino que faltaba algún día, llegaba tarde, se quejaba en el aula de lo mal que se encontraba físicamente... A la hora de preguntarle que si quería irse del aula, decía: “¿me dejas?”. Contestarle que “no, que no se trataba de que no la dejara, sino de que yo prefería (claro) que no se fuese, pero que era su decisión y que si se iba no pasaba nada”, le generaba mucha más tensión que si yo le hubiese dicho directamente que no (con lo que habría acabado abandonando el taller poco a poco) o que sí, que se podía ir... La mayoría de las mujeres que permanecieron en el taller vivenciaron éste como uno de los espacios en los que ellas decidían realmente estar.

“–¿No podemos estar más tiempo?... Aquí siento que vengo porque quiero, que me fortalece, que me da ánimos...”

### **¿Soy todo aquello que proyecto?**

*“Valoran: Mi alegría, iniciativa, decisión y seguridad*

*Defectos: impulsividad, agobios (que me agobio y contesto peor, me irrito)*

*Valoro: emprendedora, alegría, decisión*

*Defectos que veo yo: no comparto lo de los agobios (crítica que recibe de algo externo, y que no comparte). Sí que soy irritable e irascible.”*

*Clave metodológica:* en este ejercicio es recomendable utilizar colores en la pizarra. Distinguir entre lo que los otros

definen con un color, y lo que cada una opina con otro color. Ayuda a ir de un lado a otro, estableciendo una relación: por ejemplo, los demás te dicen que eres una persona que te agobias, pero esto viene de qué, ¿en qué situaciones?. Hay que poder diferenciar entre qué no se comparte de lo que dicen los demás y qué sí. Y así con todas. Y examinar si la imagen que se proyecta es diferente a la que se tiene-se es. A veces nos creemos lo que los demás nos dicen, y no siempre tiene por qué ser así, como lo ven los demás. Pero otras veces puede ayudarte lo que te dicen y no ves. De esta forma, estableceremos un diálogo reflexionado sobre las cualidades y defectos de cada una.

Y para mí resulta clave poder preguntarse si ‘soy todo aquello que proyecto’, porque encontraremos muchos casos de mujeres con una ‘máscara’, con una especie de disfraz en base a una imagen proyectada y estereotipada con la que pueden relacionarse, resultar exitosas, y que está muy en relación con el papel que juegan en escenarios de consumo... Los periodos de abstinencia son espacios donde poder ponerse en conexión con una misma, sin la mediación de la sustancia, y eso no siempre resulta agradable.

### **Del ser madre... y las trampas de la autoestima patriarcal...**

*“Valoran: Soy muy buena persona. Todo lo que tengo lo doy (como persona, mis cualidades) Sensibilidad, que sé escuchar.*

*Defectos: mala leche, que me pongo borde a veces y como que me dan ataques de ira (sin saber muy bien por qué, por pequeños detalles).*

*Valoro: igual, lo mismo.*

*Defectos que veo: quiero caer bien a todo el mundo, y eso no se puede.”*

En este caso, valoro que todo lo que tengo lo doy (no sólo lo material), que sé escuchar, y se junta con ‘el defecto’

de que quiero agradar... Valoro que doy lo que tengo, pero ¿esto está en relación realmente con tu interior, tú valoras dar? ¿O es un darse a los demás porque necesitas agradar? Además, si hiciésemos un dibujo en la pizarra, sería un continuo de flechas hacia fuera, para los demás (“sé escuchar *a los demás*, soy sensible a los demás, lo que tengo lo doy *a los demás*...”) Es construir tu autoestima y desarrollar cualidades que tú valoras en función de darte a los demás, en estar bien con los demás. Y así no te pueden acusar de ser egoísta, de no dar. No es sólo que te des, es que te valoras por *ser para los otros*. Esto produce un problema: cómo no me van a dar ataques de ira si siempre estoy para los demás y nunca para mí... Estallo sin saber por qué... o (como tantas otras mujeres) juego compulsivamente, o me deprimó, o me hundo... Ésta es una de las principales cuestiones que debemos visibilizar y que los feminismos han puesto de relieve: debo encontrar aquello que valoro de mí sin que sea darme a los demás. La relación con los otros no siempre está bien... luego nuestra autoestima, al estar colocada ahí de forma central, sufre. En las mujeres se valora que pensemos en los demás, en un sentido de ‘abnegación’; virtud que se valora, y tú lo has interiorizado: si todo lo que tienes lo das, ¿dónde quedas tú?<sup>4</sup>

Mujer valorada es la abnegada. Mujer centrada en sí misma, aunque no de forma *egocéntrica*, va a ser valorada negativamente... porque te priorizas.

Como ya señalaba, de la primera parte: ‘qué contribuye a subir tu autoestima’ a la segunda: ‘qué valoran los otros de ti’, normalmente se observa una correlación. Y, en este caso, la persona había establecido como eje central de su autoestima el estar con sus hijos, ser para ellos.... y sentir que la necesitan...

En este contexto, les leí la ‘*Carta de una buena madre para escaparse de casa*’:

Queridos todos:

Me voy. Espero que no sea definitivo.

Os llamaré de vez en cuando. Sé que me diréis: “Oh! Mamá, cuánto te echamos de menos!”. Regresaré el día que os hayáis apropiado de mi delantal, que no se note mi hueco en la cocina, que no necesitéis un intermediario para hablar con papá o 20 euros extras para acabar el domingo, el día, me da igual, que sepáis plancharos las camisas o que no os importe llevarlas arrugadas. Fui comprensiva, por supuesto, claro, pero me gustaría ahora tener algo que los demás comprendieran o que no comprendieran, no sé si me explico. Tendréis, además, que encontrar primero dónde escondí las bolas de naftalina. El día que las encontréis, los secretos del hogar estarán para siempre en vuestro poder. Sólo entonces podréis preguntaros si os intereso, aunque sólo sea para saber qué tal me fue. A mí, no a vosotros. A partir de ese día, si os llamo, me invitáis a tomar unas copas.

Os quiero.  
Mamá.

PD: Claro que me gustaban los regalos prácticos. Ahí estaba el problema. Que me gustaban.

Fuente: *Teoría y análisis de género. Guía metodológica para trabajar con grupos*. Amparo Olmeda e Isabel Frutos. Asociación Mujeres Jóvenes, 2001.

**Un cuidado para quien llevemos el taller:** no se trata de dar una patada en “los cimientos” de una persona, sino de analizar cómo nos relacionamos y cómo se afecta nuestra identidad; tenemos que abordarlo como ‘trampas de la autoestima’. Lo que valoras –en este caso la maternidad– no está mal en sí mismo, sino que si eso falla de alguna forma... ¿qué te queda? ¿Cómo lo re-elaboras? En nuestra cultura se valora el que te sacrifiques por los demás, pero sobre quien recaen normalmente los cuidados, el sacrificio personal por otros, es sobre las mujeres... Y además es una trampa autocomplaciente pensar en los demás: “me sacrifico”. ¿Podemos articular: ‘ser madre’, haber sido ‘drogodependiente’ y poder pensar en nosotras mismas?...

Porque acudir a ese rol como algo que te salvará de “lo mal que lo has hecho” sigue siendo una trampa para ti misma...

### Del ser fuerte y sobrevivir, y enunciar que se sufre maltrato...

“Valoran: mi disponibilidad, discreción y sencillez. Honesta. Organizada. Sensibilidad. Autosuficiente (aunque no lo comparto. Porque actualmente no me veo autosuficiente, lo he perdido: estoy parada, estancada –nos dice–”. Y se echa a llorar. Una compañera le dice: –“eh! Que no se llora!”–. Le guiña un ojo, le sonrío y nos reímos todas. También ella... Y sigue: “valoran: que soy buena persona, sin malicia.

Valoro: que intento animarme, salir adelante.”

Clave metodológica: nos paramos a ver cada adjetivo, lo que conlleva, llevándolo a sus últimas consecuencias, desgranando por qué valoran los demás eso (el contexto, por ejemplo).

Ella ve que valoran que es ‘sencilla’, que no presume de lo que tiene, y dice que es algo *natural*, que forma parte de su ser el ser así. De ahí vemos que no hay nada natural en eso, se aprende. Y además es fuente de autoestima porque es algo que “se premia”.

Otro adjetivo: el de ‘seguridad, autosuficiencia’, que es vivido como pérdida por ella. ¿Por qué? Y ahí nos cuenta y enuncia: “he sufrido maltrato...”

–Me autoengaño

–¿Te autoengañas? ¿Y eso?

–Pues que hay cosas que me dicen que sé que son verdad pero no las quiero ver, y no hago caso.

–El autoengaño es otra cosa: quien se autoengaña ni siquiera lo ve. Tú lo ves, pero duele ver las cosas, y nos salen mecanismos de autodefensa... Todo es llevadero en realidad. Es increíble la capacidad humana para adaptarse a las circunstancias y lo que nos va pasando en la vida, sobrevivir... Pero afrontar y resolver, o cambiar, lo que nos duele, eso es lo duro.



Dolor como proceso. Los cambios suelen acompañarse de dolor, sobre todo en situaciones de pérdida, etc. “Estoy sufriendo malos tratos”. Duele decirlo. Pero si lo dices, lo ves. Luego ya veremos si *puedes* continuar con lo *necesario* para salir de ello. Tomas la decisión: pues es algo así como “preparate para la que se te viene encima, porque duele y cuesta. Proceso muy duro...” Y decir que una sufre malos tratos es más que un enunciado, es poner de manifiesto un proceso, con sus connotaciones, y realizar un acto performativo: de cambio. Enunciarlo, aunque no lo resuelva, es ya cambiarlo...

–*Has podido enunciarlo, has podido dejarle... Luego: para tomar esa decisión algo debe quedar de esa mujer que puede... ¿no?*

Este tema volverá a salir a partir de aquí en diversas sesiones y ejercicios. Éste no fue sino el momento en que lo verbalizó grupalmente... Fue la primera vez que lo contaba en un grupo. Y ninguna de las sesiones pregunta directamente sobre ello. Es el clima grupal, enfoque y trabajo que se está realizando el que dio cabida.

### **La convivencia con la ‘enfermedad mental y la ‘drogodependencia’. Cómo ir de unos temas “sin importancia” a ver cómo te sitúas en el mundo con varios estigmas a tus espaldas...**

“(...)porque tú piensas que los demás piensan algo de ti, y no puedes convencerte de que no es así... Y quiero daros las gracias... a todas, porque este grupo hace que me relacione, salir de casa, estar con otras mujeres y compartir...”

*“Lo que valoran: la simpatía. El comportamiento y predisposición.*

(Le pregunto:) *¿agradable?*

*No: correcta, educada. Yo era muy estable.*

*Defectos: Silencio como falta de comunicación. Querer abarcar más de con lo que puedes.”*

¿En qué sentido?, le pregunto, y al ‘tirar de ese hilo’, lo que sale es que le preocupa que le parece que la observan (por la calle, la gente en general) y que piensan algo de ella. No lo ha hablado con la psicóloga del CAID...

El espacio del taller se reveló varias veces como espacio donde comentar por primera vez cuestiones que les preocupan y que aún no han abordado en sesión individual terapéutica. Es una de las ventajas de estos espacios, que pueden propiciar el compartir cuestiones que luego van a poder abordarse de forma mucho más fluida en la terapia psicológica, porque ya “han salido”, ya se han verbalizado.

*‘Dejades’*

–¿Quién te lo dice?

–Mi madre. En las tareas de casa...

–Pero... recuerda que te subía la autoestima no hacer las tareas de casa, no tener que ocuparte de ello...

Aquí detectamos obligación, algo que está presionando, y un ‘no diálogo’ con su madre. Surge la relación conflictuada entre ella y su madre al unir la anterior pregunta (en la que ella había reflejado que le subía la autoestima no tener que ocuparse de las tareas domésticas...) con esto. Esta mujer estaba esperando plaza en Comunidad Terapéutica porque la convivencia con su madre y su hermana era una fuente de conflicto y desequilibrio constante para ella. Sin embargo, habría sido mucho mejor para su proceso acceder a un recurso residencial urbano, en régimen de autonomía. Pero no lo hay. Si eres mujer, drogodependiente, y con problemas de salud mental diagnosticados (como ella), difícilmente vas a encontrar un recurso residencial de apoyo en el que te admitan (para varones sí los hay).

Y seguimos con el ejercicio: sin embargo, también le subía la autoestima poder hacerlas, ser capaz de hacerlas. Físicamen-

te. Aunque constituye un proceso vital el que los cuerpos se deterioren, que no se puede siempre hacer todo, la vivencia es que: es el *poder* lo que te sube la autoestima. No hay un comprendernos en el 'no poder' y en el ir envejeciendo, o convivir con enfermedades (como era el caso). Para ella, y para las compañeras resultó que también, el fortalecimiento personal pasaba por un fortalecimiento en su salud física, deteriorada en muchos casos tras años de consumos, o procesos relacionados con el VIH y reactivaciones en épocas de consumo muy abusivo.

Al analizar un complejo: "no tengo estudios", surgió la reflexión de que se minusvalora mucho, y explica por qué: era '*señorita de compañía*'. No lo había explicado tampoco... Y sale en el taller. Ellas mismas se sorprenden de que puedan comentar este tipo de temas... ¿por qué? ¿qué mecanismos se dan para que salgan estas cosas en el grupo? Y reflexionamos sobre ello porque así se dio la conversación. Es bueno que podamos ver que somos, que son, las protagonistas del ambiente creado.

El taller es un espacio donde cambiar el significado, la significación de las cosas: "Si mis manos están ajadas, lo están porque he vivido mucho, trabajado mucho con ellas... no son feas..." Y si tengo el VIH/SIDA, en el taller no puedo decir: "soy seropositiva" sin matizar: "bueno, yo no, un papel, una prueba; yo lo que *tengo* es el VIH, sí, pero no *soy* seropositiva, seropositiva es la prueba...". Porque el VIH se *tiene*, no se *es*...

El objetivo del taller es encontrar refuerzos para una misma, no para desequilibrarnos. En todo caso podremos ver también cosas que nos desequilibran, podemos identificarlas, pero debemos ser conscientes de no desestabilizar los discursos que sostienen a una persona, el cómo tiene integrada una sus vivencias, sobre todo si contribuye a un equilibrio. Como ya señalaba: no se puede pegar patadas a "esos cimientos". Esta mujer, en co-existencia con su drogodependencia, se ha encon-

trado en dinámicas de *prostitución*, ha tenido hijos dados en adopción, tiene el VIH/SIDA, y un diagnóstico de enfermedad mental... pero en el taller no se juzga ni se victimiza: se contextualiza, se entiende de procesos de vida... Eso es lo que provoca que podamos compartir, contar nuestras experiencias. A veces será desahogo, otras veces será para comprendernos... Ella, en esa *lucidez* que tienen muchas veces las personas con los denominados 'trastornos mentales' nos dice: "estamos viendo cosas de mujeres, ¡percibiendo su fuerza!".

Estamos haciendo un ejercicio de relación de subjetividad con lo social, de ver cómo está construido... Y no se trata de introducir una perspectiva relativizadora, sino de intentar examinar cuánto de lo relacional, la sociedad, está en nuestros sentimientos. Visibilizarlo puede ayudar a equilibrarnos, a comprendernos.

Pero (o además)... el equilibrio de ella parece ser que ¿es otro?, ¿ése que se desenvuelve en complejos procesos de (des)equilibrios de sustancias orgánicas?. El primer día en el taller estaba fuera de sus mecanismos de control (manifestaba conductas claramente disruptivas con la dinámica grupal, con mucha excitación, interrupciones constantes, forma de hablar muy alta...), por nervios, por ¿diagnóstico de (ausencia de) salud mental?. A pesar de que a todas les pareció claramente que: "se le iba la pinza", el grupo la acogió, la cuidó, a la par que le ponía límites. Si ella hubiese seguido así, no podría haber seguido en el taller, porque la hubiese desequilibrado... pero el grupo reaccionó de forma que, sumado a la toma de medicamentos que sí está siguiendo, permitió que ella se relajase, se incorporase, se sintiese acogida... Y ella se siente equilibrada pudiendo contarnos todo eso, pudiendo seguir un grupo y permanecer en él.

Y entonces es cuando, además, entramos al estigma, que construye identidad y marca.

Estigma con la prostitución,  
estigma con la patología dual-la enfermedad mental,

estigma porque es “la loca” del CAID,  
estigma porque ha sido mujer con problemas de drogas...  
Pero en el grupo es una más... somos una más...

*“Como saben que soy la loquita, uno me dijo una vez de acompañarle al hospital porque veía a Dios... ¡Jo! ¡Yo estoy mal, pero ése...!”*

### **Y ‘retazos’ que iremos retomando a lo largo del taller...**

*“Sentir que a quien me escucha, le importo.”* Esto se deriva de que esta persona estaba teniendo que “explicar su vida” a varios profesionales diferentes, ya que tenía una hija con una “minusvalía” visual, y sentía que no les importaba como persona, y que en todo momento la juzgaban como madre (por drogodependiente). Y sobre todo: que todo giraba en torno a la hija, ella estaba desplazada en la atención prestada... Además, ella tenía una relación afectiva, pero la estaba dejando por miedo a que interfiriera en su proceso con el CAID-la custodia de la niña, y sobre todo porque... *“no le importa si llego tarde, o si salgo con otra gente, y no sé... parece que no le importe, ¿no?”*

*“Me baja la autoestima el maltrato físico y psíquico.”* Y es que el abuso de drogas forma parte de maltratarnos... ¿o no?

*“Discriminación en el trabajo por el hecho de ser mujer (refiriéndose al sueldo)”* Además, ser ‘mujer’ significa introducir la vida personal en medio como algo negativo para el trabajo remunerado, el empleo. Debemos darle la vuelta: por ejemplo, evitar llamar “cargas” familiares al hecho de que se tienen personas a quienes cuidar. Otra cosa es que realmente sea un escollo para el acceso al empleo en las condiciones que se imponen desde el mercado laboral, pero ¿vivimos como algo negativo tener gente a nuestro cuidado? El reto es

situar cada cosa de forma que sintamos que lo malo es la organización del mercado de empleo, no que yo haya introducido en mi vida el cuidado de personas... porque: ¿lo he introducido consciente y voluntariamente?

*“Mirarme al espejo, mi imagen. No estoy a gusto con mi imagen.”* El cuerpo no es sólo carne, hay un montón de consideraciones en torno al cuerpo: opiniones, prejuicios, etc. Y es un cuerpo fragmentado (en el sentido de que no se concibe como un todo, sino que hemos aprendido a evaluarlo-vivirlo por partes), que en drogodependencias, por ejemplo, se ve muy claramente con el tema de la boca: muchas personas, lo que más deteriorado tienen es su dentadura, y les complica a muchos niveles los procesos de recuperación-incorporación laboral, etc.

*“Sentirme juzgada, como madre”*, que es distinto a las críticas constructivas, sin juzgar. El componente valorativo es el problema. Podemos dialogar sobre las formas de ser madre, pero sin juzgar, para tratar de aprender, mejorar... Sin embargo, este escenario de tranquilidad para hablar de ello no se da, porque ser madre es algo tan *naturalizado* y lo compone tal carga de exigencia y virtud, que cuando ‘no sabes’, ‘no puedes’, o ‘no lo haces bien’, tú misma te juzgas y juzgas a otras... A ser madre se aprende. O se debería tener claro que se aprende. Y los contenidos de la maternidad varían enormemente de una sociedad a otra, incluso de una ‘clase social’ a otra...

*“No soy la preferida de mi madre” vs. “No me comparas...”*

*“Nos faltamos nosotras...”* Dijo una. Lo difícil es encontrarnos, entre tantas relaciones conflictuadas y nuestra propia deriva por-en torno a- la drogodependencia. En este taller echamos una mirada a cómo hemos sido construidas, a quiénes somos, qué identidad tenemos.... de forma que estamos

contribuyendo a encontrarnos. En este taller podemos oír: “no soy la preferida de mi madre”. Mi profesora de antropología me dijo que qué duro es que alguien pueda decir algo así. Yo le dije que no, que no es duro decirlo... Lo duro es que forma parte ya de tu autoconcepto, de ti... lo has “asumido” en los impactos a tu autoestima, y ni siquiera *eres consciente* de ello. La persona que ha enunciado que no es la preferida de su madre, también por primera vez ha dicho que no se quiere (cuando daba el aspecto de todo lo contrario: parecía tener una autoestima altísima –es atractiva, no ha estado en circuitos de marginación, era consumidora de cocaína en escenarios de fiesta y los negocios, etc.–) y que necesita *encontrarse...* claro. A ella la comparaban desde pequeña con sus primos. No como personas, sino como conjunto de características que sus padre y madre querían que tuviera su hija... Eso marca la autoestima, el autoconcepto: queremos que seas así, de esta forma. Te comparamos. En el momento que alguien te compara, no entiende que los procesos son diferentes, y sobre todo que te está minusvalorando continuamente. Tú eres lo malo... Y si eres la parte “beneficiada” en esa comparación –que comparen a alguien contigo y seas ‘lo bueno’, ‘lo deseable’– igualmente deberíamos poder rechazar el impacto en la autoestima, porque se va a construir “positivamente” sobre la negativización de otras personas... No es crítica constructiva, es comparación. Así que tal como empezamos acabamos: “que nadie te compare con nadie. Ni para bien ni para mal. No me compares...”

Y una *clave metodológica*: Si una faltó en la última sesión, retomamos empezando por lo suyo (siempre que nadie se quedase a medias, que es algo a evitar) para meterla en la dinámica del taller; de hecho, si podemos, es mucho mejor tener una pizarra/papel que nadie nos borre y que podamos usar de sesión en sesión, porque permite seguir uniendo lo que unas y otras dicen, aunque sea en sesiones/días diferentes.

Igualmente: cuando alguien sepa que va a faltar, le podemos dar lo que se va a trabajar en la siguiente sesión. Aunque el espacio para escribir es el taller, he comprobado que da muy buenos resultados que traigan trabajo escrito también de casa, sobre todo cuando ya llevamos varias sesiones; pero el recurso principal debe seguir siendo la escritura en el aula.

*“Varias veces he hecho tratamiento,  
lo he logrado y he vuelto a tener casa, trabajo,  
y bueno, que no me he conformado, no he estado bien....  
Y he vuelto a recaer”*

### **También se escriben la expectativas de los demás hacia ellas y de ellas hacia sí mismas.**

Ante las expectativas, me he encontrado en algunas mujeres un sentimiento negativo hacia este ejercicio, derivado de la idea de que vamos a ver qué no han cumplido de lo que su familia esperaba de ellas... como algo a lo que han fallado y que abordan de forma negativa... Y entonces es conveniente cambiar de metodología y explicar previamente para qué vamos a verlo, enmarcarlo (hasta ahora, en el taller las explicaciones y reflexiones se producen posteriores a lo que ellas exponen...) Así no vamos a verlo; hay que verlo de otra forma. No podemos ver las 'expectativas' "alborotándose los pelos", *no es para ver a qué hemos fallado*. Se trata de ver coincidencias, por ejemplo derivadas del género y la edad, que varían según el momento histórico, clima familiar que tengamos, etc. Con el cuerpo, la sexualidad, por ejemplo: nos dirigen hacia la heterosexualidad, hace unos años ni siquiera se podía hablar de ser homosexual, ¿y a qué estaba asociado? A una perversión, a enfermedades, desviaciones... ¿Pensamos que eso no impacta la autoestima? Actualmente, lo "normal"-normativo sigue siendo lo 'heterosexual'. *Se puede ser homosexual, pero no vemos anuncios en la televisión o de publicidad que usen la pareja homosexual como 'lo normal', la referencia. La moral es un eje y centro de impacto de autoestima...*

Vamos a ver el contenido de género como podríamos verlo con otras variables como puedan ser el color de piel, etnia, etc. (sólo que el género cruza todas las demás...)

“Las primeras expectativas son claves de identidad asignada y la primera conciencia nos es dada por los deseos y las expectativas de *los otros*: madre, padre, hermanos, otros parientes y otras parientas, maestras y maestros, amigas y amigos y cualquier persona importante” (p.88)

Es previo; hay adultos en tu vida que definen por dónde vas a ir, o por dónde quieren que vayas, y eso genera identidad... Este ejercicio va a desvelar qué relación tiene eso con lo que hemos terminado deseando, porque nuestros deseos no vienen de la nada, lo que queremos ser no viene de la nada, hay que ver qué tiene de identidad asignada... Yo puedo estar en una familia en la que si *mi* niño coge una muñeca a mí me parezca estupendo porque quiero que *mi* hijo crezca jugando a cuidar en vez de jugar con pistolas (que sirven para hacer de la muerte “un juego”; sirven para jugar a matar...), porque lo considero positivo y necesario (el cuidado), y eso está bien, ¿no?... Pero lo que me interesa rescatar es ese proceso por el cual yo asigno, como adulta, esa identidad, ese saber cuidar, porque yo lo decido, yo lo asigno. Rescatemos el proceso por el cual en esas expectativas originarias identificamos el tipo de identidades (y necesidades) que nos asignaban... Luego podemos rebelarnos, etc. pero nos marcan siempre. Tú no puedes hacer nada con eso que querían porque eras pequeña...

(continuo el párrafo de la p.88-89): “Los otros, ellas y ellos transmiten identidades estereotipadas e institucionales, y además expresan sus propias necesidades que tratan de plasmar en cada una. Por el poder de esas personas y por la desigualdad en la relación, sus deseos y acciones funcionan como *mandatos*. Así, sus expectativas son más que deseos, son órdenes poderosas (por la dependencia vital, por el amor y el poder), y moldean la base fundante de la *autoidentidad* y la *subjetividad* de cada una. Aunque es preciso mirar que a partir de las primeras experiencias hay una interacción activa, y que cada una responde con creatividad a los mandatos, los interpreta, y a partir de esa interpretación, obedece, se rebela, se mantiene impávida (...). Los deseos propios emergen e interactúan de manera permanente. Como son varias las fuentes de identidad a lo largo de la vida, son múltiples las experiencias vividas; este

proceso es constante e implica una permanente fluctuación. Al vivir, cada quien dedica gran cantidad de esfuerzos vitales a elaborar subjetivamente su autoidentidad y a lograrla en la experiencia, siempre en relación con *los otros*".

Los otros importantes son por ejemplo los padres y madres, por ausencia o excesiva presencia, y eso asigna, marca. Y no me interesa ver las expectativas para ver en lo que he fallado, sino por ver cuánto hay de asignación, para separar mi identidad de la suya asignada... Y que a lo mejor no compartimos lo que nos asignaron, y tenemos derecho a no compartirlo de forma tranquila y relajada para con una misma, no como fallo a ellos, porque "*mi identidad tengo derecho a vivirla con tranquilidad...*" Y aunque esto parezca una "perogrullada", parece que no tengamos derecho a vivir nuestra identidad con tranquilidad, sobre todo cuando se sale de lo marcado normativamente como 'normal'. Igualmente, puede que compartamos lo asignado, pero conviene identificarlo, visibilizarlo, no interpretarlo como "proceso natural". Además, tendremos que explorar si nuestra autoestima sigue siendo subsidiaria de la estima de *los otros*, si seguimos en un proceso en el que por el poder en la relación, y la desigualdad (las relaciones familiares tradicionales se basan en el autoritarismo y la jerarquía), sus deseos funcionen como mandatos.

—¿Siempre funcionan como órdenes?

—No, no es que sean órdenes, es más bien como que se convierte en un "deber ser". Interiorizas ese tipo de mensajes."

Estima no es sólo quererse, es tener capacidad de tomar decisiones, de tener identidad propia no mediada. Autonomía: tener los límites de tu propio yo, pasando por entender aquello que te (de)limita.

En muchas de estas mujeres hay una interiorización de juzgamiento tan grande que no pueden echar una mirada a

esas expectativas que no han cumplido... Se juzgan ellas, y les duele, por eso no pueden mirarlo, o cuesta más que lo hagan desde una perspectiva comprensiva de sí mismas y que desde la óptica feminista puede aportar herramientas de interpretación para con temas y ejes vitales: sexualidad, cuerpo, etc.

Las relaciones de parentesco en nuestra sociedad generan carencias.... Se le concede una importancia tal a lo consanguíneo que hacemos poco viable la capacidad de organizar los afectos de forma variada y no determinada por las leyes del parentesco, que parecen algo naturalizado (en base a un vínculo biológico<sup>3</sup>), inmutable en el tiempo y con unos contenidos supuestamente universales... De esta forma, cuando nuestras relaciones familiares no responden al 'modelo', nuestra autoestima sufre. Si no salgo con un plato de espaguetis a la calle es 'porque no se hace', no porque sea más o menos incómodo... Un niño puede tener familia homoparental, por ejemplo, pero el problema va a ser explicarle a los demás que eso es "normal", tan "normal" como una pareja heterosexual que sigue junta a pesar de que ha dejado de quererse como pareja... El sistema de género se mantiene fundamentado en la supuesta inmutabilidad (y por tanto: esencialización) de realidades como el "ser hombre" o "ser mujer", las relaciones de parentesco basadas en la familia nuclear monógama y heterosexual. Estamos dos mujeres viendo la televisión. Hay un anuncio (suelo usar mucho los anuncios de la televisión porque me parecen un ejemplo de socialización, que llegan a muchas personas, y que además ofrecen ejemplos muy cercanos...) de un conocido parque de atracciones y "entretenimiento"; en él, una niña sueña con ser princesa, y un niño con volar. Y el conocido parque es la respuesta: "para que sus sueños se hagan realidad".

—*¡Vaya! por qué no podrá ser el niño el que sueña con ser princesa...*

—*Porque un niño no puede soñar con eso...*

—*¿Por qué? ¿Qué es ser princesa?*

–(...silencio...)

–¿La vagina? Si lo fuese, tú y yo seríamos princesas. No: es la diadema, el castillo, el estilo de vida, los vestidos... ¿no? Unido a la vagina, claro, género en pura acción: ¿por qué un niño no podría vestirse así...? Claro, dejaría de ser ‘niño’ aunque su aparato genital “diga” lo contrario...

Podemos crear lo que queramos.... Ahora las niñas ya podemos soñar con volar, pero ellos siguen sin (poder y querer) soñar con ser *princesas*... Si no hemos cumplido con las expectativas de nuestras personas importantes (sobre todo por el parentesco), habrá que ponerse a desnaturalizar los contenidos de esas expectativas, tanto como que un niño no pueda soñar con ser princesa...

Por norma general, nuestra autoestima no está centrada en nosotras mismas. Si hemos pasado una infancia “mala” y/o dolorosa, normalmente tendemos a destruirnos a nosotras mismas. Los varones en general tienden a destruir lo que tienen alrededor (independientemente de resultar más o menos autodestructivos también). Echar una mirada a las expectativas necesita de una tranquilidad con nosotras mismas... De adolescente esa mirada es de todo menos tranquila. Ahora, en la distancia, se trata de ver por qué mi madre, por ejemplo, piensa lo que piensa, ubicarla. Entenderla no significa compartir lo que piensa...

Y es que en las expectativas podemos analizar la relación con la madre y con el padre. Con ‘la madre’ se conflictúa porque el contenido de género *para las mujeres* es ‘coartar’ la ‘libertad de ser’ en el ámbito denominado de ‘lo privado’, ser las guardianas a nivel de sexualidad, moralidad, y todo lo que hemos comentado en la primera parte de este libro: ‘buenasesposas, buenasmadres, buenashijas’. Mientras que en ‘el padre’ el contenido de género para los hombres (proyectado actualmente también en las hijas) se centra en aquellas áreas que tienen que ver con lo denominado ‘público’, sobre todo a

nivel de ‘futuro’: lo profesional, el empleo... “*Expectativa de mi padre: que sea alguien importante*” ¿Qué es ser importante? ¿En relación a qué? Porque el millón de mujeres que están ejerciendo labores de cuidado a la familia, que no es lo valorado... ¿no son ‘importantes’?. ¿Podemos cuestionar eso valorado que se considera ‘importante’? No es hacer de la necesidad virtud, pero sí pararnos a pensar en qué cimentamos nuestras valoraciones, en qué tipo de estructura social se sustenta ese tipo de valores, y por qué además la relación con las madres puede verse conflictuada...

### **Modelos androcéntricos de independencia...**

#### **Buscando nuestro propio ¿modelo? de interdependencia e interrelación...**

Una de ellas comenta su situación actual: “*mi madre está deprimida; los dos hijos, yo y mi hermano, le hemos salido rana... Mi madre nos echa en cara que no la cuidamos, que somos responsables de que ella esté así...*”

–¿Os lo dice a los dos?

–No, la verdad es que es a mí a quien se lo dice. Mi hermano no está nunca en casa, con ella... no ha estado tan presente.

Las expectativas de cuidado se dirigen normalmente hacia las mujeres, no hacia los hombres. Es otra cuestión de género directamente. Por el hecho de ser mujer se dirigen hacia ella esas expectativas desde pequeña.

–¿Qué es la independencia? (pregunto)

Ellas comentan:

–Poder valerse por ti misma.

–No depender de nadie.

–Tener seguridad en ti.

–Fuerza y constancia.

‘Poder valerse por ti misma’. ¿En qué sentido? –pregunto- Ellas: en todo; económico, social, afectivo...



Económico queda definido en torno al empleo remunerado. Valerse por sí misma a nivel social: ¿qué queréis decir? “Poder estar tú sola, no depender de estar con otras personas.” ¿Y a nivel afectivo?: “no depender de nadie –pareja, madre, etc.–, que puedas hacer las cosas sin pedir ayuda...”

*‘¿Me explicáis qué es no depender de nadie?’*

Las mujeres *somos* relacionales, las personas *somos* interdependientes.... Lo malo es si sentimos que no podemos hacer las cosas o vivir sin “tal” persona. No es lo mismo que necesitar de una individualización. Pero la independencia y autonomía, en nuestra sociedad, aparte de pasar por valerse por uno mismo a razón de un salario –lo económico–, parece que pasan por desentenderse de la necesidad de cuidados.... En los grupos de varones no se expone la independencia huyendo de esa necesidad de poder valerse por una misma a nivel de “no depender (afectivamente) de...” Ellos son sujeto. Independencia es tener casa y trabajo. Sin embargo, con ellas ha salido que no es sólo económico, es poder estar con una misma y no depender de otros... Una de ellas comenta: “yo he tenido trabajo y casa, pero no me he sentido independiente”. ¿Qué es lo que falla en ese modelo androcéntrico de ‘independencia’? Aparte del contenido del ‘amor’ (volvemos a que para las mujeres es mandato de género tener pareja...), para las mujeres (para muchas) se van a presentar conflictos en el momento que tendemos a esa independencia que no pasa por lo relacional, por la interdependencia. La independencia androcéntrica pasa por quitar de en medio los cuidados... ¿se puede no cuidar o no ser cuidado? Se puede hacer mejor o peor, pero cuando nacemos o nos cuidan o no salimos adelante. Y ya adultos... ¿tenemos que dejar de cuidar, dejamos de necesitar cuidados? ¿qué entendemos por cuidar?

Claro que te sientes culpable por lo que tu madre te dice acerca de que no la habéis cuidado. La culpabilidad en las mujeres se produce al fallar a los roles de cuidado porque éste recae sobre nosotras como mandato de género y lo inte-

rriorizamos; conflicto con el modelo androcéntrico de realización personal. Culpabilización si no lo hacemos, luego: parece una obligación. Nuestras madres son fuente de culpabilización muchas veces por eso, porque son ‘dadoras de vida’ y esperan que nos comportemos en consecuencia. En este taller estamos viendo lo complicado de sentirnos empoderadas por ser mujeres, pero sin hacer que recaigamos en esencializaciones y obligaciones relacionadas con las mujeres, sino tratando de visibilizar lo complejo de un sistema que hace recaer los cuidados en nosotras, y que luego ofrece un modelo de realización personal basado en una independencia entendida en términos pretendidamente ‘neutros’: casa, trabajo-sueldo, etc. Elimina la dimensión relacional. Y un contenido específico de género para las mujeres es que no nos desentendamos de las relaciones así.

Examinemos las **contradicciones** a las que se nos somete en esta sociedad, contradicciones que, además, **interiorizamos**. El ‘ser para los otros’ es un mandato, una designación de identidad, que genera baja autoestima en tanto que no nos centramos en nosotras mismas. Por otro lado, se nos exige como parte de nuestra *condición femenina*. Con lo que es algo rechazable en tanto que es una exigencia.

Sin embargo, el cuidado como un *valor político*, como un valor central en las relaciones, debemos recuperarlo. El cuidado es algo necesario para la vida humana, no un aspecto natural de las mujeres... Este taller es un cambio de perspectiva, un equilibrio difícil entre examinar lo que nos sujeta como mujeres y reconvertirlo, separando, eso sí, los límites de tu propio yo... Entender los cuidados no como asignación de tu género, sino como valor político a recuperar (y entender a su vez que las mujeres tenemos derecho a no cuidar, que es una opción-elección, no una obligación).

Todos los varones que se desentienden del cuidado no pueden desentenderse así... Pero pueden, ¡vaya si pueden...!

Esta mujer no se ha desentendido de su madre, de la culpabilidad. Su hermano sí. Es necesario preguntarnos qué hay detrás. La independencia (androcéntrica) no es neutra, responde a un modelo de persona (y de sociedad). Hay que cuestionar qué es eso de la ‘independencia’... Y el género muestra que desde pequeñas/os, se nos educa de forma que nosotras vamos a tener conflictos entre la ‘realización personal’ y los cuidados, y ellos, de forma mucho más fácil, no....

Se trata de rescatar –visibilizar el conflicto por el hecho de ser mujeres, la situación en que se nos coloca vitalmente de forma que tenemos que resolverlo como una cuestión individual, porque además interiorizamos esas *contradicciones*.

“–¿Qué haces tú preocupándote de tu madre, tía? Es una brasas... pasa de ella, ¿no? Sé independiente” (Este es un mensaje que esta mujer había recibido recurrentemente por parte de personas de su alrededor, cercanas)

Cambio de perspectiva (a una perspectiva feminista): no, no es una brasas, hay que ubicarla, entenderla. Y a la vez entender que no es justo que lo haya volcado en ti por ser chica, no en tu hermano... Y que eso no provoque un ‘ahí te quedas, madre, me voy, **como** mi hermano...’ No... Ni brasas, ni te abandono... Es injusto que nos lo vuelquen por ser chicas, pero no se trata de hacer lo que ellos, hacer como ellos (e insisto en no caer en una esencialización porque, afortunadamente, hay muchos varones que no se desentienden de los cuidados, pero sigue sin ser un mandato del género masculino) ¿Imagináis una huelga de madres? Y no es lo doméstico tal cual, ni cuidar sólo de las personas ‘dependientes’; es esa sostenibilidad emocional, ese “comerse las cosas” (mal recibidas) que además te hacen llegar a ti también por ser chica... y rebelarnos (sin atacarlas a ellas) ante esa exigencia de ser la sostenibilidad en “la familia”, ese colchoncito o “descanso del guerrero”: ‘no molestes a papá’, ‘que papá no se entere’, etc.

El reto parece que sea convertir el cuidado en algo que no conlleve la renuncia a una misma...

“Avances sobre la denominada ‘Huelga de Cuidados’

Ya han transcurrido diez días desde que se inició la tan anunciada y sin embargo poco esperada ‘huelga de los cuidados’. Las repetidas advertencias –‘*el día que me vaya me voy a quedar más ancha que larga... y ya veremos cómo se las arreglan...*’– dejaron de ser meras palabras amenazadoras el día que los delantales amanecieron flameando en los balcones. Lo que había parecido en principio un arrebato particular de un día resultó ser un hecho generalizado. Las mujeres habían decidido colgar sus batas y delantales y parar...

Juan Villanueva, supervisor del departamento de marketing de la multinacional ACME, comenta: “al salir de la ducha me extrañó la ausencia del olor a café. Fui a comprobar en la cocina, y efectivamente, la mesa estaba despejada, los fuegos apagados, y mi mujer aún en la cama profundamente dormida. Pensé que no había escuchado el despertador, pero me dijo: ‘*déjame, esta es mi huelga*’.” Muchos otros, como el Señor Villanueva se encontraron con esta sorpresa y acudieron a sus trabajos con el estómago vacío, la camisa arrugada y una pequeña mueca de contrariedad.

Esta mañana hemos visto al Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, él mismo también luciendo una camisa arrugada, pidiendo la calma a la población y ha anunciado la reducción de horas laborales según las necesidades vitales de sus trabajador@s, eso sí, señalando que es una medida estrictamente temporal. Sin embargo, hemos podido comprobar durante estos diez días que, ante la incapacidad por parte de las instituciones de tomar las riendas y soluciones pertinentes, l@s habitantes de esta ciudad empiezan a organizarse con bastante efectividad. Superado el miedo y el caos del primer día, cuando pudimos ver aquellas dramáticas imágenes de niños berreando a la salida de los colegios, ejecutivos desaliñados viajando en el metro, mayores sin asearse esperando su medicamento, usuarios a los que se les colgaba el teléfono tras el anuncio:

“mire, hoy usted no tiene la razón”, así como clientes perplejos ante la exigencia de utilización del condón por parte de la señorita, entre otras, poco a poco el miedo ha sido reemplazado por un gran optimismo e iniciativas de cooperación tremendamente creativas. Ya pudimos ver desde el segundo día cómo algunos habían decidido bajar al abuelo en su butaca a la plaza y pedir de favor al panadero: “Don Víctor, échele un ojo a mi suegro, vuelvo en seguida que tengo que hacer la compra antes de que cierre el mercado”. La policía intentó desalojar lo que pronto se convertirían en salones comunales, y grandes ollas populares organizadas en espacios amplios como entidades bancarias, oficinas de ayuntamiento, y grandes supermercados. Sin embargo, la negativa de enfrascar el cuidado en casa ha sido tan generalizada que se han visto obligados no sólo a consentir el uso tan atípico de estos espacios, sino a impedir el paso de los coches a las calles tomadas por niñ@s. Una de las mujeres nos ha comentado sobre cómo valora hasta ahora esta ‘Huelga de Cuidados’: “parece ser que conseguiremos eliminar la división sexual y étnica del trabajo afectivo. Ya hemos dado el paso más importante al ubicarnos tod@s en un plano horizontal en el que no hay cuidadoras ni receptores del cuidado, sino que tod@s estamos en el circuito de transfusión de cuidados.”

Desde *Precarias a la Deriva*<sup>6</sup>, en marzo de 2005.

### **Y a vueltas, entonces, con la maternidad y/o la pareja... el ser-para-otros**

Objetivo de tratamiento (y personal): “independencia”.

Vale, pero con los hijos, por ejemplo.... Tú-con tus hijos, no tú sola con tu casa, tu trabajo remunerado, etc. Eres tú con tus hijos; es una independencia, pero relacional... Sin embargo, se da una traslación-transferencia: “toda mi vida se basa en mis hijos; mi vida son mis hijos”, enunciado por una

mujer que a la vez ha dicho que su expectativa personal es ‘ser independiente’.

No puedes volcar **toda** tu persona en eso: en tus hijos (o en tu pareja). Vuelco toda mi persona en algo que es la relación con los otros. Nadie juzga que los necesites y ellos a ti. Perfecto. Pero... ¿podemos imaginarnos vivir sin ellos? Porque es entonces cuando se trata de una elección, no de un destino o algo predeterminado... Otra cosa es que pensemos y sintamos que estamos mejor con ellos, porque la relación que estamos construyendo sea buena, linda, enriquecedora...

Con la maternidad además ocurre algo determinado por el hecho de haber sido drogodependientes: se convierte en un ‘rol salvador’... “*Toda mi vida son mis hijos...*” Voy a ser el ejemplo de madre que se vuelca en ellos en compensación, nadie puede volver a juzgarme o decirme que no les quiero, que soy mala madre... Pero ese tipo de enunciados conllevan no ser en ti, para ti... Por mucho que lo desees, que lo anheles (recuperar a tus hijos), eso no va a ayudarte a ser más autónoma... no lo lograrás si no pasas por un proceso de recuperación de ti misma, de dejar de vivir tus condiciones de vida como si pasasen por encima de ti: “Mi vida son mis hijos, quiero estar ya con ellos, y no me dejan, no me dejan estar con ellos, buscar un trabajo y casa, me dicen que aún no estoy preparada, que me centre en el tratamiento, pero yo estoy bien, sólo quiero poder encontrar un trabajo e irme a vivir con la niña... Mi vida son ellos...”

Si tú misma te cuestionas y te sientes cuestionada por no haber cuidado de tus hijos como hubiese sido ‘lo correcto’ (es decir: sin ser una mujer con problemas de drogodependencias), difícilmente podrás realizar un camino de recuperación de ese rol sin que signifique seguir sin centrarte en ti misma y tus necesidades, debilidades, fortalezas, proceso...

–Pero es normal, ¿no?

–Claro... ese es el problema... que es normal... brutalmente normal...

*“Cuando tengo pareja, estoy bien, y eso mi familia lo valora...”*

*“Debo estar con mis hijos... Cualquier madre quiere estar con sus hijos”*

### **Muchas mujeres sufren porque idealizan la vida**

(p.95) “Aceptan los cambios que creen naturales por su edad o los del devenir que sí tienen internalizado (están conscientes de algunas crisis de edad o las producidas por desgracias y hechos imprevisibles) pero no integran una concepción dialéctica de los cambios, ni su condición de seres en transformación de género, en un mundo por demás convulso e injusto para millones.”

*“Mis expectativas son:*

*Aprender a divertirme de otra manera, con otras cosas.*

*Conformarme con lo que tenga.*

*Tener ilusión con las cosas que tenga.*

*Mirar positivamente la vida.*

*Ser del todo más mayor e independiente...*

*Varias veces he hecho tratamiento, lo he logrado y he vuelto a tener casa, trabajo, y bueno, que no me he conformado, no he estado bien... Y he vuelto a recaer”*

Tendemos a idealizar: quiero tener una casa, un trabajo... Idealizas eso, porque con eso deberías de ser feliz, ¿no? Pero resulta que no lo eres. Y tienes amigos, tú antes anhelabas todo eso, lo consigues, y no... no vale... “joe, si lo tengo todo.... tengo todo, y no soy feliz”... Pero en realidad, todo esto es externo... ¿no faltará algo interno?. “Valorar más lo que tengo...” –dice ella– “todo eso lo tiene la gente y es feliz”...

Ya, pero: ¿de verdad anhelas una casa, un trabajo, etc.? ¿Y qué es eso de que la gente es feliz, o “estar feliz”? Tú puedes estar a gusto y en un estado de bienestar, pero no *siempre*

feliz, no se puede. En todo caso es tener momentos de felicidad, y ver dónde ubicamos esa felicidad: en la pareja, en los hijos, en... Estamos en un estado de bienestar, yo puedo estar más o menos bien en general, con mis condiciones de vida, y tengo mis momentos felices, los reconozco y los detecto...

Nunca te vas a conformar... porque conformarse implica renuncia... a lo que anhelas.... Pero si no sabes ni lo que anhelas... Tenemos que ver qué valoramos, qué influencias hemos tenido para valorar unas cosas y no otras... detectar qué valoramos por nosotras mismas... Y si es la casa y el trabajo (o la maternidad, o lo que sea), ¡adelante!, pero no porque sea algo interiorizado, incorporado, sin reflexión, porque por ahí no nos reafirmaremos...

### **Y para terminar esta parte, una expectativa: “que vuelva a ser la que era”**

*–Eso me dicen mis familiares, que vuelva a ser la que era...*

*–¿La que eras? ¿Cuándo?*

*–Pues antes de consumir... Que recupere mi alegría, mi sonrisa... Me lo dicen porque quieren que vuelva a ser como era antes...*

*–Si genial que recuperes alegría, pero insisto: ¿antes?, ¿antes de qué?, ¿es que el consumo y la adicción aparecieron ahí sin más, como si no hubiesen formado parte de un mapa vital determinado?, ¿de una forma determinada de estar, sentir, de habitar el mundo? Si precisamente ese antes es en el que se va desarrollando un consumo que termina con la instauración de una adicción... Claro que no molamos cuando estamos en plena adicción, ¿no?, pero no se puede esencializar ese ‘antes’, como si hubiese una varita mágica que hiciese que el consumo desaparezca y ¡hop! ¿Antes? Ese antes estaba configurado de tal forma que consumimos, y... ¡acá estamos! No hay un antes de... al que volver...*

–... si es que además empecé con 14 años a consumir...  
–Ya ves... ¿volver a qué, a ser adolescente?

(pp. 94-95) “como mujeres modernas podemos tener referentes sociales nuevos, impensables para mujeres de hace años... Estamos inmersas en condiciones de cambios. Siempre. (...) Cuando las mujeres logran resolver el conflicto interior por haber cambiado, se ubican, entonces sus decisiones y sus opciones, su capacidad de adaptarse a condiciones adversas o de avanzar y desarrollarse se integran como nutriente de la autoestima en sentido estricto. Es decir, en estas condiciones aumenta la autovaloración por lo logrado y por haber vencido la impotencia o la imposición de condiciones inadmisibles. Emerge así una condición de autoestima, la *potencia personal*.”

La potencia personal... Cambiar mis condiciones de vida...

¿Qué es independencia?: nuestra potencia personal... La de cada una de (n)vosotras... porque el trayecto no ha sido nada fácil para ninguna... y aquí estáis, en proceso de cambio iniciado por vosotras mismas...

## NOTAS

<sup>1</sup> En la página 62 del libro de Marcela, en su nota final nº 6, explica brevemente lo que es el ‘cautiverio’, categoría antropológica que recoge el “estado de las mujeres en el mundo patriarcal”, de la cual me gusta rescatar en los talleres la idea del proceso por el que las mujeres se ven conducidas a vidas estereotipadas. Para una ampliación de esto: Lagarde, M., 1989 *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. UNAM, México, 2ª reimpresión 2003.

<sup>2</sup> David Díez, educador con muchos años de experiencia a quien tuve el privilegio de tener como formador allá por 1996, en un curso sobre drogodependencias en la Escuela de Animación de la Comunidad de Madrid, exponía de que la labor de los y las educadoras sociales era en muchas ocasiones “hacer de cada momento un momento educativo”. ‘Momento educativo’: que sirve de puente entre la educación no formal y la informal, que aparece en el entorno de modo espontáneo, porque aunque no haya estado preparado ese momento, tú, como educador/a, lo aprovechas, volitiva, intencionalmente y con ánimo de cambio, de incremento positivo en la persona (pedagógicamente). Díez Sánchez, David. “Cómo tratar con adolescentes el tema de las drogas”. *Trabajo social hoy. Monográfico: trabajo social con infancia y adolescencia II*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Madrid. (Gracias a Carlos García Torres por recordarme esta referencia, y por la redacción de la definición de ‘momento educativo’)

<sup>3</sup> Esto no es una afirmación exagerada. En los primeros meses, el nivel de autonomía y/o decisión pasa por el filtro del equipo educativo del recurso para todo: cuánto dinero gastas, en qué, el ocio que realizas, si sales o no, etc. Normalmente, la organización del piso en estas materias atañe a la entidad que lo gestiona (previa aprobación del proyecto por la Agencia Antidroga o el Instituto de Adicciones, claro), pero últimamente se está tendiendo a intentar unificar el funcionamiento interno de todos los recursos disponibles (periodos de acompañamiento obligatorio por parte del equipo educativo, dinero que pueden manejar y asignación mensual –tenga la persona ingresos propios o no– etc.). Se está en coordinación con los y las profesionales de referencia del CAD o CAID “para los temas directamente relacionados con el tratamiento”, no con los de la organización interna del piso. Pero de esta afirmación se deriva que se separa, conceptual-

mente hablando, el “tratamiento” de lo referente a la organización del piso... ¿como si ésta no influyese o no formase parte del mismo? Para mí es claro que todo el aparato normativo y de régimen interno del piso afecta al itinerario de las personas.

<sup>4</sup> En el tiempo que llevo haciendo estos talleres, con los chicos no sale lo de ‘doy todo lo que tengo, lo que soy’. Sí que entreguen todo aquello material que poseen, en algunos casos, pero no ‘a sí mismos’.

<sup>5</sup> Como ya he señalado en otras partes del texto, las “realidades” biológicas no dejan de ser otra lectura sociocultural; hay sociedades donde la figura del padre no existe, por ejemplo, y en la nuestra las relaciones “naturalizadas” de parentesco se han ido modificando con el paso del tiempo y varían en su contenido del entorno rural al urbano (por ejemplo el “respeto” a los mayores).

<sup>6</sup> Proyecto surgido en junio de 2002. Ha producido múltiples materiales accesibles en la Internet, y una publicación en libro y DVD: *A la deriva por los circuitos de la precariedad femenina*. El proyecto cierra una etapa en 2005 y se convierte en la Agencia de Asuntos Precarios: Todas a Zien. Disponible en la página web: <http://www.sindominio.net/karakola/>

#### CUARTO EJERCICIO:

##### **Autrretrato, claves de autoidentidad ¿quién soy?**

Escribir nombre, a qué dedican su vida, su rincón favorito, autorretrato actual, mitos y fantasías sobre sí mismas y sus vidas, cosas que desean...

*Objetivo:* identificar la importancia del lenguaje y lo simbólico, la representación social, en la configuración de nuestro autoconcepto.

#### **El nombre y los apodos**

Cómo os llamáis, quién os lo puso y qué significa. Igual con los apodos, desde pequeñas, todos. Los que queréis y los que no, los que os gustaron y los que no. También aquellos que ahora os dan vergüenza o no queréis recordar... Por qué no os gustan, por qué os dan vergüenza... qué representan...

Analizar las anécdotas relacionadas con el nombre permite analizar relaciones de linaje (normalmente te lo han puesto por tu padre-madre, por otro familiar, etc.), de poder (a quién le gustaba y por qué) o tienen consecuencias sobre nosotros/as aunque no queramos (nombres significativos).

Así, lo primero para lo que puede servir es para que hablen con sus familiares si pueden y quieren, que les pregunten. Examinamos relaciones familiares: “Tu padre me obligó a ponerte Maria Francisca...”

También permite el sentido del humor (porque siempre hay anécdotas divertidas en torno a los mote, por ejemplo) pero también para entrar a temas “tabú” (apodos que representan épocas de consumo, ejercicio de la prostitución, alteregos cuando se sale “de fiesta”...). Qué sucede cuando una persona, esa concreta persona, te llama de determinada forma,

qué te produce... **Los mote nos ubican en nuestro entorno y relaciones.**

Ver el nombre es también ver épocas históricas (en los años 50 nadie podría haberse llamado 'Libertad' en España) o examinar tu familia: por qué te lo pusieron, y quién. Si te apellidas 'Iglesias', que te pongan 'Pablo', por ejemplo, es muy significativo. Además, con los tiempos cambian las prácticas de nominación: "mi hija se llama Yolanda, por la canción de Pablo Milanés". Antiguamente, los nombres nos eran dados por la religión, por ejemplo...

Parentesco y género ordenan cómo vivimos. Se le concede mucha importancia a los vínculos sanguíneos... En nuestra sociedad, en muchas familias, se da una "preocupación" por el primer apellido, que "desaparece" si somos todas hijas chicas (podemos cambiar el orden de los apellidos y poner primero el nuestro si tenemos descendencia, pero... ¿qué mecanismos de resistencia se ponen en marcha, incluso en nosotras mismas?)

Nombres cargados de significados: si te llamas 'Patricia', que te estén siempre recordando que así se llamaban 'los nobles' romanos (aunque tu madre te lo puso porque lo vio en una zapatería y le gustó...)

O que te llames de forma que se puedan meter contigo en el colegio...

Los mote suelen incidir en "defectos". Puedes trabajar y pasar de ello (además, cuando somos mayores, el valor-la importancia concedida a eso seguramente sea menor), pero ahí ha quedado...

O si te has salido de lo normativo para chica-chico (género) te llamaban marimacho o mariquita. O podemos centrarnos en los diminutivos...

Que ahí (en los diminutivos) le entramos de lleno a una cuestión relacionada con el género:

¿qué tiene que ver el nombre con la identidad?

Nosotras crecemos asociadas a cosas pequeñas, manejables... esa es la idea asociada: protección, manejabilidad...

Una chica grande de cuerpo, que sea más alta que el chico con el que sale, por ejemplo, queda "raro"; puede importarnos o no, pero el trabajo de que no nos importe, porque sí es significativo para muchas personas, hay que hacerlo... Es algo que se pone en funcionamiento en el imaginario colectivo. Y esas personas, como pareja, tendrán que escapar a los sistemas de significados impuestos. Pero realmente no escapan, sino que trabajan con ellos porque en el imaginario colectivo existe la idea de que las mujeres somos más pequeñas, más manejables... ¿Ser pequeña es malo o peor? ¿No fuerte? *Metáforas de la vida cotidiana*<sup>1</sup>: los enunciados impactan directamente, porque tienen todo un conjunto de significados asociados de forma totalmente invisibilizada. Algo que está 'arriba' inmediatamente se asocia con algo más allá que unas coordenadas en el espacio: está bien, es mejor vs. algo que está 'abajo', o algo que es 'grande' vs. algo que es 'pequeño'. "La rubia" vs. "la gordi", por ejemplo... Por muy cariñoso que sea que te llamen 'la gordi', 'la rubia' está asociado a lo sexual-valorado (desde el deseo masculino heterodesignado). Igualmente: 'Rubia', 'Morena' son colores de pelo valorados por el significado atribuido a ellos. Nadie te llama 'Castañaaaaaa!' ¿no? Los otros colores remiten a una identificación sexual, a un contenido relacionado con lo sexual. El castaño es un color de pelo que no entra dentro de esas significaciones... En mujeres es habitual que nos den mote en esa línea asociada a 'lo sexual-objeto' (si reunimos las *condiciones*, claro). ¿Cómo afecta a nuestra autoestima-autoconcepto?.

También veremos procesos en que la identidad femenina se atribuye y da a través de con quién estás casada o, si no, de quién eres hija, porque por la profesión, por ejemplo, es habitual en los hombres (apodos en función de su profesión, o de pertenencia a una peña, a un grupo de iguales...)

### ¿Cómo te llamaba tu ‘marido’?

Muchos varones que son maltratadores con sus parejas las llaman por apelativos cariñosos cosificantes o infantilizantes: ‘gatita’, ‘cosita’, ‘rubia’... cuando “están de buenas”. Y luego pasan al insulto....

En cualquier sistema de sufrimiento, o de jerarquía, etc.: cárceles, ejército... las personas se convierten en números, o en su apellido, porque el nombre es un acto de cercanía, de confianza. También puedo emplearlo como forma de demostrar enfado: cuando me enfado te llamo por tu nombre (es la experiencia de muchas mujeres en la pareja, precisamente).

Es como lo de ‘adios, guapa’ cuando vas por la calle... “¿Cómo que guapa...? Que tengo nombre, ¿no?” Pues lo tengo.

–Pero... tu autoidentidad no tiene que verse resentida porque te llamen guapa. Yo me siento halagada si me lo llaman.

–Por supuesto, pero es que precisamente el problema es que nos sintamos halagadas, y que además se use el que si no te dicen nada es que ¿serás fea?... Es un impacto directo a la autoestima. Y en pareja es que se da todo el rato: ‘mi cosita’, ‘mi chica’, ‘mi...’

‘¡No soy la mujer de tu vida, porque lo soy de la mía!’.

–Ya, pero cuando yo digo ‘mi chico’ no le estoy afectando a su identidad o restándosela... Y él a mí tampoco...

Ante esa afirmación necesitamos situarnos en visibilizar la minusvaloración intrínseca del género femenino. Estamos viendo cuestiones de violencia estructural hacia nosotras, lo que hay debajo del maltrato también. Si una frase tipo ‘eres mía’ la desgranamos desde una perspectiva feminista, desde el contrato desequivalente entre hombre-mujer, lo veremos. Tal como está entendido el amor en nuestra sociedad se da un contrato desequivalente que ofrece el escenario necesario para las relaciones instaladas en el maltrato (y muchas veces bi-direccional, de forma que hay parejas que se tratan mal mutuamente).

te). Pero somos las mujeres las que estamos siendo agredidas. Si una chica dice: ‘mi chico’, no lo asociamos a que en caso de perderle pueda pegarle o algo así, sino, posiblemente, a los celos y la desesperación... Eres tú la que te desesperas, no hay reacciones generalizadas de violencia explícita, de machacarle porque te deje. Sin embargo, al revés, sí se da un trasfondo de posesión, de no considerarte individuo, persona, que decide...de que si veo que te pierdo además puedo incurrir en la violencia... Expresiones *coloquiales* como ‘mi chico, mi chica’ no son el problema, no es eso... sino cuando estructuralmente ese tipo de expresiones reflejan, en el caso de la identidad de las mujeres, que están enmarcadas en un sistema de dominación, que los hombres pueden meterse en la esfera privada de las mujeres cuando quieran... Es como el piropo por la calle, y por eso lo utilizaba de ejemplo; si fuese mutuo, bi-multi-direccional, estupendo (qué bueno sería poder ir por la calle diciéndonos cosas buenas todos y todas, ¿no?), pero no lo es. Además, insisto en el componente de género que lleva también a que ¿nos halague? que nos lo digan, o que la ‘chica gordita’ no ‘se lleve’ ni un piropo por la calle... ¿Cómo permitimos que impacten así nuestra autoestima? ¿En qué sistema de valoraciones estamos entrando?

Pero el sistema de dominación es tan sutil que ni lo vemos: en otro anuncio (sí, los utilizo mucho...) (esta vez de magdalenas) salía un hombre diciendo en primer plano: “qué buena estás, te comería todo, si es que estás más buena...” Parecía que se lo decía a... a una magdalena (que ves cuando el plano baja y se resuelve el anuncio mostrando al espectador/a el producto anunciado). Pero ¿en qué piensas antes de ver la magdalena? En que era a una mujer. Quizás podríamos quedarnos en lo simple de un anuncio así, incluso en su sexismo, pero es que días después, en el mismo spot, pero con una mujer de protagonista esta vez, el tono de voz y el contenido: “Pero qué rico estás, mmmm, si es que te comía enterito”, era tan diferente que parecía que se lo decía a un niño (y es que



imaginémonos que su tono de voz hubiese sido especialmente sensual o sexual). Hombres y mujeres, en lo que al “juego” sexual se refiere, no estamos en equivalencia. Lo podemos hacer en la intimidad, pero en un anuncio que tienen que entender millones de personas, se juega con la idea general, del imaginario colectivo, de que somos reducibles a algo comestible. De hecho, casi todos los nombres que designan los genitales femeninos hacen referencia a algo comestible (o maloliente, despectivo) y los nombres para los genitales masculinos son asociados a violencia y acción, presencia...

*Clave metodológica:* Me muevo en sistemas de significados que construyen realidad... Procesos que construyen realidad. La realidad es modificable si la desnaturalizamos. Los talleres de Marcela están preparados para mujeres que, en general, no van a rechazar estas lecturas (por lo menos en los ámbitos de referencia feministas, grupos de mujeres, etc.). Mi experiencia es que en grupos de mujeres drogodependientes muchas de ellas sí van a rechazarlas. Tenemos que prepararnos bien para ello y haber pensado ejemplos de la vida cotidiana para que lo vean. Porque sale ‘tú eres feminista’ y eso se liga inmediatamente al contrario del ‘machismo’. “Lo llevas al extremo”. Vale, eso es lo que sufrimos las personas que intentamos cambiar, darle la vuelta... que se nos dice que lo llevamos al extremo. Los creativos que colocan al hombre comiendo a la mujer, usando esa idea, no son cuestionados; es “lo normal”, no se cuestiona... Porque además, si pones a una mujer así, a la inversa, se la califica de ‘salida’. Lo normal es que el género femenino esté minusvalorado, esté en desequivalencia... Es lo normal, por eso es necesaria la primera sesión, en la cual hemos fundamentado de qué hablamos (hablar de género es hablar de minusvaloración de lo asociado a ‘lo femenino’, y cuando eso deje de ser así, tendremos que empezar a hablar de otras cosas, porque el género no es la mera diferencia...) Lenguaje corporal, piernas abiertas al sentarse, mear en cualquier sitio, quitarse la camiseta en cualquier sitio. Ellos no son susceptibles de agresión, tú sí...

Se trata de analizarlo desde la óptica de la desequivalencia. Si voy por la calle sin camiseta y sin sujetador, encima es que *estoy buscando* que me agredan...¡Encima!. Los anuncios, la publicidad, podrían romper los estereotipos de género como forma de llamar la atención, por ejemplo, pero como no se profundiza en este tema, no lo conocen y refuerzan la socialización diferenciada de género. Resulta clave explicar el concepto de género en el taller para que no “les choque” la metodología constante que lleva a **realizar un “extrañamiento” sobre lo que es “normal”**.

El taller se constituye como un espacio de empoderamiento y autoafirmación; es necesario centrarse **en los procesos que te hacen fuerte**, no en que tengas baja autoestima, o te hayan pegado... porque a veces es sencillamente que eso “va de suyo” en la sociedad que vivimos y los procesos en que se han visto envueltas... ¿A quiénes no les han pasado cosas a cambiar, impactos en la autoestima? Vamos a estar juntas para hacernos fuertes, no para volver a agredirnos. Veremos los procesos que nos afectan. Sacaremos cosas que están ahí. La autoestima no es voluntaria, hay cosas que nos afectan. Cualquier mujer se ve afectada por “el hecho” de ser mujer... El haber tenido una drogodependencia supone un plus en interacción concreta, pero debemos desvelar la cuestión del género en esa interacción, porque en los tratamientos por drogodependencia no se está teniendo en cuenta.

“Cuando habláis y yo pregunto determinadas cosas que no habéis comentado, y al preguntarlas os sentís identificadas, es porque en general eso puede existir, se da.... Y eso es lo que debemos sacar en este taller... aquellas cosas que están detrás de los procesos y que tienen que ver directamente con que seamos ‘mujeres’”

### Un ejemplo...

–‘Sheila, Rocío, Belén’. Son nombres supuestos que yo he definido en algún momento.

–¿Por qué?

–Por cuestión de trabajo, porque no me apetecía identificarme con mi nombre propio.

–¿Por qué?

–El desconocimiento de mi nombre propio para otros era importante en ese momento. Hasta mi personalidad cambiaba...

Todas entendemos de golpe a qué se refiere... Y otra de las chicas se acuerda del nombre que daba ella: ‘Ana’. Y comenta:

–...*tenía un proxeneta que me presentaba, y para los clientes yo era: ‘Ana’. ¡Menos mal que no hay ninguna ‘Ana’ en este grupo, porque tendría que pedirle perdón por usar su nombre!!!* (risas)

–*Pero no habría que pedirle perdón.... porque no es motivo de vergüenza... nunca más... Igual que si habéis estado en situación de consumo y vuestro cuerpo ha funcionado como moneda de cambio... ¿recordáis? No es motivo de vergüenza... nunca más...*

–*Cierto, cierto...*

Mi nombre sirve para diferenciarme de los otros. Mi nombre es un acto de autoidentidad, de afirmación frente a los demás. Me diferencia, me designa... El principal objetivo de esta parte es que salga cómo nos gusta que nos nombren; realizar, por tanto, un acto de autoafirmación... Y lo hacemos. Cada mujer participante del taller ha expresado cómo le gusta que la llamen y, a partir de esta sesión, todas nos llamamos por el nombre que hemos elegido... (y esto no es un efecto literario; es real. En todos los talleres que vengo realizando desde éste, siempre hay más de una persona que resulta que prefiere que la llamen de otra forma a como se la llama... y es a partir de estas sesiones que se le concede importancia y

se cambia, de forma que en los centros de tratamiento todo el mundo termina por llamarlas como prefieren...)

### Y es que Juana no ha hecho el ejercicio...

–¿Por?

–*Porque hay que estar al loro* –dice ella misma– *suenan a portera...*

Vale, qué connotaciones tiene que suene a ‘portera’ para que no nos guste... De eso se trata, de ver esas connotaciones naturalizadas que conforman estereotipos... Y sobre todo: el lenguaje androcéntrico. Portera: cotilla. Portero... no.

Y será que esto del nombre no es importante, no...

## NOTAS

<sup>1</sup> Este es el título de un libro que también recomiendo leer: *Metáforas de la vida cotidiana*, de Mark Johnson y George Lakoff, editado en 1986 por Cátedra. Estos dos autores exploran las metáforas de nuestro lenguaje común, y señalan que las personas vivimos –estamos inmersas– en ellas, de forma que ordenan nuestra experiencia y realidad. Nuestro lenguaje, nuestras metáforas, son algo más que “meras” expresiones...

### QUINTO EJERCICIO:

#### **Autorretrato, claves de autoidentidad ¿quin soy?(PARTE II)**

A qué dedicas tu vida. Anhelos y cosas inconclusas (mínimo tres de cada)  
Rincón favorito  
Autorretrato.

*Clave metodológica:* dedicamos parte del tiempo para escribirlo en el taller. La *escritura espontánea* forma parte del mismo, y esto conviene no olvidarlo, porque a estas alturas del taller muchas ya cumplen sin problemas con la dinámica de escribir, y es fácil “caer” en encargárselo para casa...

Preguntan: “¿los anhelos tienen que ser cosas realizables?”. No hace falta, hay que poner lo que piensen: si es o no realizable pues se apunta por qué. El anhelo conlleva un deseo vehemente, y muchas veces ese deseo se puede basar en una imposibilidad de conseguir aquello que anhelas... Un anhelo de dedicación

“es preciso enunciarlo para recordarlo, no traicionarlo y colocarlo en los propios planes para hacer algo que nos satisface.” (p.99)

Rincón favorito. Importante señalar si se tenía o no antes de pensar en esto.

Y el autorretrato. Por escrito. Lo que tú me dirías para que yo tenga claro que tú eres tú, los elementos que te describen. Tus claves de identidad. No es un relato de vida, una autobio-

grafía; es contarle a alguien que no os conoce cómo eres. Alguna comenta que eso puede no coincidir con lo que las demás piensan de ti. Pero... de eso se trata también, de ver esas cosas.

### **Anhelos de dedicación, que terminan en: “cuando se tiene VIH... ¿qué pareja vas a tener?”**

*“Me dedico a no sentirme marginada en ningún sentido. Me dedico a tener mis defensas en general en forma y a tratar de atraer todo tipo de energía positiva hacia mi persona. Me dedico también a crearme un futuro más activo poco a poco, estudiar más que graduado escolar (deuda conmigo misma)*

*Deuda: mejorar mi seguridad en mí y hacia los demás para conseguir una estabilidad emocional y personal, que es un anhelo que tengo. Mi recuperación.”*

Lo que termina saliendo a partir de una conversación informal entre ellas es la cuestión del VIH/SIDA, cuestión que subyace a muchos de los anhelos y deudas que aparecen aquí... No lo han mencionado directamente.

Construcción de la enfermedad. VIH: no cuentas con apoyo social en un sentido amplio. Otras enfermedades las puedes compartir porque se te va a apoyar, no son ‘vergonzantes’, ni temidas, ni se han construido en torno a un discurso culpabilizador y moralizante... Con el VIH obtienes normalmente el ‘estigma’ o la ‘tolerancia’. Es una enfermedad que ha tenido –tiene una reacción social desmedida... Por eso les cuesta abordarlo de forma que vayamos más allá de ‘lo sanitario’...

A ellas, manifiestan, les cuesta sobre todo la dificultad en la relación íntima afectiva, en las relaciones sexuales. Encontrar a quien no te juzgue para compartir vida, porque:

*“-Teniendo el bicho... ¿quién te va a querer? ¿quién va a querer acostarse contigo sin miedo a que le contagies?”*

La cuestión del VIH saldrá de forma recurrente a lo largo del taller. He decidido introducir aquí una serie de consideraciones teóricas que creo pueden ayudar a enfocar esta tema de forma diferente. Podría introducirlo más tarde o en forma de anexo (ya que de consideraciones teóricas se trata) en el libro, pero fue en esta conversación informal donde hablamos de una historia: ‘Píldoras Azules’.

### **A vueltas con el VIH**

‘Píldoras Azules’. La descubrí allá por la fecha de su publicación en 2003 (en España; originalmente en Francia: 2001). Y me sirvió para trabajar el VIH/SIDA con las mujeres con las que trabajaba entonces y en los años siguientes...

*Píldoras Azules* es un cómic, una ‘novela gráfica’, como les gusta llamarlo ahora...

En esta historia, su autor: Frederik Peeters, nos cuenta cómo se enamora de Catí, una mujer que “es” seropositiva y que tiene un hijo de tres años que también tiene el virus de la inmunodeficiencia humana.

Al ser ‘educadora social’ que ‘interviene’ en drogodependencias, llevo unos 15 años en convivencia con esta enfermedad, 15 años de observación e intervención directa desde “lo social”... Uno de los puntos que siempre me llamaron la atención sobre el SIDA y todo lo que le rodea es la capacidad “que tiene” para configurar, *deformar* (utilizo este término a propósito) y condicionar la subjetividad de las personas en sus esferas más íntimas... Pero no fue hasta mi llegada a la disciplina de la Antropología (en el 2003) que pude empezar a “ponerle nombre” o reflexionar más teóricamente sobre ello... Álvaro, mi profesor, me abrió los ojos al interés de la subjetividad como objeto en sí mismo de análisis social, más allá de ‘variable’ o ‘punto de vista’ a tener en cuenta (de forma total, o junto a lo ‘objetivable’), o de ‘sesgo’ que controlar y/o eliminar, etc. A reflexionar sobre el interés de poner la atención

en la construcción socio cultural de la misma subjetividad, en su relación como dimensión de todo ser social... Y Marcela se encargó de ofrecerme una metodología y contenidos desde la antropología y el feminismo directamente relacionados con el sistema de relaciones de género (sistema de organización social que genera identidad y subjetividad), que conformaron lo que ha terminado siendo este taller.

*Píldoras Azules* comienza con una expresión: “Mierda de médicos!”. Ambos personajes: Cati y Frederik, sonrían bajo el globo de texto con semejante afirmación. Él acaba de estar buscando en el diccionario la palabra “discordante”, y se ha enfadado al descubrir lo que significa, porque un médico le ha dicho a Cati que ellos dos son “una pareja discordante”. Es como se llama en Medicina a las parejas en que una persona es seropositiva y la otra seronegativa; se refieren a ambas personas en función de la enfermedad, haciendo referencia al estado serológico, y más concretamente al análisis del test de VIH realizado a la pareja, el cual puede ser ‘positivo’ o ‘discordante’. Pero Fred busca su definición en el diccionario, y comienza a reflexionar sobre ello... Acude a preguntarle a Cati si de verdad ella cree que *sean* una pareja “en la que falta precisión, armonía, unidad...” tal como se deriva, según la definición del diccionario, de la afirmación del médico. Ella le responde con una sonrisa “Te quiero”. No importa la definición, no importa el médico, están en el balcón en un tranquilo día soleado: “¡Qué mierda de médicos!” asevera él. “...mm...Mierda de médicos!”, confirma ella. Y sonrían.

Y es que *Píldoras Azules*, entre muchos otros temas, aborda uno especialmente interesante para dotarnos de un marco de análisis que nos ayude a intervenir en la práctica cotidiana: *el poder definitorio de la Medicina Occidental...*

En Antropología de la Salud y la Enfermedad se ha venido a hacer la siguiente distinción teórica sobre la definición de “enfermedad”:

DISEASE, que representa la enfermedad en sí, “objetiva” (si es que existe algo así...)

ILLNESS, que representa lo referente a la subjetividad de la persona; y

SICKNESS, que representa lo referente a los aspectos sociales.

Algunos autores/as unen el segundo y tercer término, por parecerles que del segundo se infiere la existencia de experiencias subjetivas individuales, sin que medie por tanto la construcción en relación social de las mismas...

Podríamos afirmar que existe un concepto biomédico del VIH/SIDA. Pero también existen las representaciones sociales y las consecuencias que con/de él se derivan. Peeters explora muy diversos aspectos que tienen que ver con esa capacidad definitoria y clasificadora de la ‘Biomedicina’ como saber hegemónico. Las representaciones sobre el SIDA no son el SIDA en su concepto biomédico, pero no se puede obviar la relación entre su aspecto denotativo (disease): descripción biomédica, y el connotativo (illness, y sickness): la problemática en torno a su existencia y cómo afecta a las personas. Y esto es lo que explora Peeters. Cuando analiza la frase “pareja discordante”, expone una clasificación médica que les afecta en su vida como pareja. ¿Cómo pueden definir a una pareja en función de una enfermedad? Vendría a preguntar. Pues se hace. Y es frente a lo que el personaje de Fred se rebela ciertamente. Con la resolución de la escena viene a demostrar que se le puede conceder la importancia que uno quiera... pero la afirmación desde la autoridad médica ahí queda. “Que lo clasifiquen todo para orientarse en su propio desorden, lo admito!... pero en este caso, ¡francamente!, es de pirados! ¡Qué falta de tacto!!... La Ciencia carece de tacto!” (viñetas 1 y 2 p.6) Ergo: los médicos (sus representantes más cercanos) ¿carecen de tacto?. Y ¿qué sería eso del tacto? ¿Le importa a la Medicina el tacto (sea lo que sea)?

La cuestión es que, en este taller, mi trabajo consiste principalmente en analizar los aspectos que tienen que ver con la

esfera subjetiva de las personas en relación con los procesos de construcción sociocultural... y en este caso: ¿por qué, si no, íbamos a poder utilizar con total naturalidad expresiones lingüísticas como ‘Fulanita es seropositiva’? (en sesiones previas del taller ya ha salido la expresión e inmediatamente la hemos matizado: la que indica el estado serológico como positivo es la prueba) ¿No encontramos aquí una significación tan arraigada como lo es la identificación de una persona con una enfermedad –o con un virus, más propiamente hablando–, y que no es sino una construcción sociocultural? O acaso podemos decir con igual naturalidad en nuestro entorno cultural “Fulanita es cancerosa”...? En general, las enfermedades, los virus, se “tienen”, no se “es”.

La medicina y el saber biomédico<sup>1</sup> reducen la experiencia de la enfermedad a un problema de conocimiento en su dimensión cognitiva, dejando de lado los afectos y emociones. Sitúan el origen del conocimiento en la experiencia, invocando un principio de racionalidad y control instrumental sobre las cosas, y con la determinación de la existencia de una realidad objetiva que, por tanto, nada tiene que ver con una construcción social y cultural. Este saber impone una “objetividad”: hay gente que dicta lo que debe hacerse y lo que no, lo que es verdad y lo que no... Pero, **como toda forma de saber**, responde a una forma de concebir el mundo y las relaciones con lo que nos rodea (en este caso: control de las ‘leyes de la naturaleza’, enfermedad como algo negativo siempre, dicotomía racional/emocional, etc.)

Una afirmación como “pareja discordante” raya en la simplificación de dos complejidades (y su relación) en base a la presencia de un virus.

Enuncia el protagonista del cómic: “Puedo reconocer a la ciencia su capacidad para realizar milagros... y hacer trabajar su imaginación... por un lado...” Pero por otro: “no puedo dejar de pensar que en esencia, en su sentido más amplio... opera también por clasificación... por jerarquía... ¡Y que por

tanto su modelo de pensamiento, incluso aplicado al ser humano, genera la exclusión y la puesta en tela de juicio!...”

Sigue Frederik, en un diálogo consigo mismo:

–“La mujer que amo tiene el VIH y su niño también! (...) La ciencia los ha clasificado... ¡Etiquetado! ¡Designado aparte!

–¡La ciencia los ha designado! ¡es la sociedad la que los ha clasificado!”

La última afirmación se sitúa en la supuesta neutralidad de la Ciencia, en ese configurar el mundo como algo preexistente que ella se encarga de investigar y desvelar para el ser humano: “los ha designado para curarlos mejor”<sup>2</sup>. Fred irrumpe en carcajadas y expone el caso de África: curar es cuestión de dinero e intereses menos altruistas... Expone en una sola viñeta la cuestión de la economía política de la medicina: la asunción de la medicina y la salud como problema económico, el consumo del servicio médico para quien puede pagarlo (y para ejemplo: el “sistema de salud” norteamericano).

La biomedicina-medicina occidental parece ajena a un análisis que la sitúe como producto de procesos culturales y sociales... Eso queda para la etnomedicina: el estudio de las “otras medicinas”, que sí son un producto de determinado sistema cultural. No estudiamos el por qué de su extensión, de su éxito. La Ciencia *es* La Medicina: el desarrollo de la racionalidad, de la evidencia, ‘va de sí’ y no se plantea como una problemática que responde a un sistema cultural determinado.

En esta línea, podemos traer a colación el ejemplo de la transexualidad (transgénero, etc.), que aparece como “trastorno de la identidad de género”– ‘disforia de género’ en el DSM-IV<sup>3</sup>.

“En el Estado Español, el reconocimiento de los derechos del colectivo transexual ha comenzado un camino que apunta preocupantemente hacia la patologización. En el año 2005 el Congreso aprobó la conocida como Ley de Identidad de Género, estableciendo como requisito para acceder al cambio de la mención de sexo en el DNI la expedición del certificado de “disforia de géne-

ro”. Al mismo tiempo, se mantiene la tutela psiquiátrica, por la que será el personal psiquiátrico y no la persona en cuestión quién emita el juicio último sobre su identidad, usurpando el derecho individual a la definición sobre nuestros propios cuerpos. El enunciado “soy transexual” sólo tiene sentido si va seguido de su ratificación por parte de un/a psiquiatra.” (*comunicado de la manifestación del 11 de octubre de 2008, bajo el lema ‘Ni mujeres ni hombres, los binarismos nos enferman’*).

¿Cómo en base a una definición médica, que convierte en trastorno de la identidad la realidad de muchas personas, se pone en marcha todo un sistema de clasificación y jerarquía que condiciona los aspectos más íntimos de la vida?

La realidad es el conjunto de elementos sobre los que un determinado discurso produce esa representación mediante una palabra, un concepto: ‘VIH/SIDA’. Y en esa categoría discursiva, que pretende ser neutral en su definición y representación de la realidad, se agolpan una serie de disposiciones afectivas, nociones, epistemología, representaciones sociales... que vivencian, configuran y definen dentro de nuestro sistema biomédico la enfermedad como algo malo *por naturaleza*... En toda construcción sociocultural lo que hay es una selección de elementos, una percepción situada...

El autor de *Píldoras Azules*, Frederik Peeters, pregunta lo siguiente: “¿Y entonces? ¿Acaso es doloroso imaginar que una enfermedad pueda ser una suerte?... Es extraño decir eso...” ¡Y tanto! ¿Cómo vamos a concebir dentro de nuestro sistema cultural biomédico una enfermedad, y más una como el VIH/SIDA, como una suerte?. Para los dos protagonistas parece que lo sea, porque –y esto es lo más interesante del cómic– su relación y lo especial que es, se ha dado con registros y vivencias en los que el VIH juega un papel central... y son felices. Como pareja, son felices...

“Quizás sea vuestra peor desgracia y vuestra mejor suerte... ¿Quizás os abre los ojos acerca de algunas cosas esenciales?...”

“Yo no puedo querer mientras me digo que veré morir a la persona que amo” –dice Peeters–. Tener el VIH/SIDA es sinónimo de muerte. Pero si situas la perspectiva en que nacer es comenzar a morir (máxima existencialista) y ninguna causa es más “injusta, o terrible, o...” que otra... ¿qué terribilidad tiene el VIH/SIDA como posible causa de muerte?

Este tema volverá a aparecer más adelante, porque los procesos es lo que tienen, que transcurren...

### **Cuando el rincón favorito de todas resulta que es la soledad...**

“Soledad con una misma” Es el rincón favorito (o uno de ellos) de casi todas. En sesiones anteriores había surgido la pregunta: “¿qué nos falta?” y la respuesta fue que nosotras mismas. Tú misma. Y lo estás anhelando, todo el rato.

“Libertad, expreso mis locuras...”

“Hago lo que quiero... Me siento libre”

Estamos siempre con el tema de la relación con las demás, los demás, la aceptación, hacerlo bien, etc. pero nos sale que nuestro rincón favorito es estar solas... No es una expresión de estar-sentirse solas, sino que lo que describen tiene que ver con la soledad como recurso necesario para la autoidentidad y autoestima. El rincón favorito te hace pensar en un sitio donde estés a gusto. Sitio donde **ser en libertad**... y se encuentran que ese sitio tiene que ver con ellas.

Mi espacio, lo que tengo allí, me describe... Al igual que las relaciones que mantengo. El rincón favorito se compone de las relaciones, no es un mero sitio físico. También puede ser un rol: el de madre, el de pareja.... Describimos sitios físicos, pero realmente estamos diciendo lo que sentimos ahí y qué hacemos, porque los lugares son algo más que un punto de coordenadas situado en el espacio como algo fijo y neutral; se componen de relaciones y dan lugar a determinado

tipo de experiencias en función de cómo se relacionan las personas que lo constituyen. Hablar del rincón favorito es hablar de nosotras mismas...

(p. 99) “(...) Quien tiene un rincón favorito, posee un lugar en el mundo, material y simbólico; si es favorito, es que ahí cada una se encuentra a gusto consigo misma.”

Da igual si es en el campo, la ciudad, una biblioteca o el salón de mi casa... Lo importante es poder describir qué siento ahí para que me haga sentir a gusto.

### ¿De quién hablamos? Los adjetivos ya no nos bastan...

El autorretrato es el cuarto punto, pero se trata de hacer evidente que los puntos 1 al 3 (nombre/motes, anhelos y rincón) realmente forman parte de un autorretrato; ofrecen datos sobre la auto-identidad e imagen que tenemos de nosotras mismas. El punto cuatro (el autorretrato) suele transformarse en una colección de adjetivos que responden a imágenes prefijadas— estereotipos, y no prestamos atención a otras formas de expresar cómo somos.

Así, aparte de señalar lo anterior, cuando lleguemos a esta parte hay que analizar cada caso, haciendo una relación del itinerario seguido para describirse: ¿empieza por lo físico?, ¿sigue por lo psicológico?, ¿se describe en relación a los demás?, etc., analizando cada adjetivo, porque los adjetivos tienden a la simplificación; de hecho, encontraremos autorretratos que “podrían ser de cualquiera”, superficiales, si no fuera porque antes hemos pasado por los anhelos de dedicación, el rincón favorito, los apodosos...

Asimismo, enunciar a qué te dedicas en la vida expresa un sentido filosófico de la misma si se lo quieres dar; hay algunas que lo harán, de hecho. Otras se marcan metas como

“rehacer” su vida, dejando de lado también lo bueno que han vivido (los rincones favoritos, por ejemplo). Se trata de poner en su justo lugar la imagen de mí misma y qué quiero hacer. Distinguir fantasía (en tanto que imágenes preconfiguradas) de lo real (nadie es siempre noble o mentirosa; nadie es siempre simpática o arisca).

Por supuesto que hemos acudido a describirnos con adjetivos, puesto que es a lo que estamos acostumbradas, pero eso no constituye la imagen total de una misma.

### ‘No me gusta mi cuerpo, por eso no lo utilizo para describirme’

*“No lo llevo bien, no lo utilizo porque no lo llevo bien. A partir de lo que estamos trabajando veo que necesito poder integrarlo... pero me cuesta mucho, chicas...”*

Una compañera le dice: *‘me gustaría tener tu tipito’.*

No es eso, no se trata de que nos halaguemos, porque por mucho que la halague no la va a sacar de que a ella no le gusta... Considera que está demasiado delgada, y le da vergüenza.

*–¿La relación con el cuerpo es estrictamente física? ¿El cuerpo es sólo biológico, físico?*

*–No –me dice–, también le afecta el estado de ánimo.*

*–¿Te afecta que ella te diga lo que te ha dicho? ¿que le gustaría tener tu tipito?*

*–La opinión de los demás no me importa.*

*–Vale, tienes la suerte de que te están cuidando, te están diciendo algo bueno...*

*–Ya, yo no me la creo...*

*–Claro, como no te están machacando, criticándote... Ante lo bueno que nos digan, no nos lo creemos o no lo aceptamos...*

Pero ¿y si pudiéramos hacer enunciados basados en una realidad: ‘vale, estoy demasiado delgada, pero qué le vamos a hacer’? No trata de convertir en positivo lo que no lo es, sino salirse de esa valoración...



‘El cuerpo como eje de la condición e identidad femenina’.

(pp. 107-109) “El deber estético cada vez abarca a más mujeres. En general, ninguna alcanza el grado anhelado o impuesto a través de estereotipos imaginarios. Éstos llegan a ser de tal magnitud que producen *el feísmo* en las mujeres: una forma concreta de baja autoestima, caracterizada por la autodevaluación y la no aceptación de partes del cuerpo que no corresponden con la forma, el color, la tersura o el tamaño “debidos”. El cuerpo no es percibido de forma unitaria: ha sido previamente fragmentado en el imaginario hegemónico.

La “falla” estética se traduce en baja autoestima total, como si fuese la dimensión estética tan abarcadora de la totalidad de la persona (...) En contrasentido, se produce el alza de la autoestima cuando las mujeres depositan la mayor parte de su autovaloración en su belleza y en su correspondencia con los estereotipos. Muchas van por el mundo y por su vida transportadas en la belleza de sus piernas, el tamaño de sus uñas, las medidas de sus senos, sus nalgas, su cintura... (...)”

Y esta parte del libro de Marcela es como para leerla íntegra, para una misma y para las participantes del taller: la belleza se traduce en poder personal de las mujeres, les permite el acceso a bienes, permite que se especialicen en profesiones que la tienen por objeto-contenido (lo que no elimina que en todas las profesiones, además las mujeres obtengan un plus si son bellas); algunas mujeres, que no concuerdan con estos valores o que no están de acuerdo con la “seducción tradicional” reaccionan con desinterés, rechazo, o enfado, omitiendo en sí mismas cuidados en esta línea, o deserotizándose en su indumentaria para no ser objeto de acoso...

La relación con el cuerpo es social, como toda subjetividad. Es un proceso, no es inamovible. Está en continua trans-

formación. Y podemos pararnos a reflexionar sobre ello, analizarla... Con las mujeres, me suelo centrar en la cuestión de la belleza y la imagen corporal.

La imagen corporal es la autoimagen que tenemos de nuestro cuerpo: cómo lo vemos (y juzgamos) y cómo pensamos que lo ven (y juzgan) las demás personas. Tiene por tanto un componente valorativo, que influye en nuestra autoestima y valoración de nosotras mismas. Genera identidad-subjetividad e influye de forma determinante sobre el cuerpo y nuestras actuaciones hacia él. Pero la imagen corporal no es algo innato, algo ‘natural’, sino que está conformada por muchos elementos, y uno de ellos es la imagen o ideal de belleza que tengamos en nuestra sociedad. Parece que la belleza también sea algo ‘natural’. *Sentimos* si una persona es guapa o fea, si nos atrae o no, si nos gusta o no... En Grecia se apreciaba el estudio de la “anatomía más perfecta”, y Leonardo da Vinci marcó en el Renacimiento unos cánones para las “perfectas medidas” de una persona, tomando como referencia el cuerpo masculino; existen estudios que relacionan la belleza física, lo que valoramos como bello, con la adecuación de las personas a estas medidas perfectas... Pero la belleza, nuestro ideal de belleza, no es algo natural, inmutable a lo largo del tiempo y la historia... Lo que nos parece bello (y recalco el componente emocional) va a depender de la época histórica y sociedad concreta en la que nos encontremos (sólo hay que mirar los cuadros de Rubens, por ejemplo, o en épocas anteriores)<sup>4</sup>. Es algo construido por el conjunto de la sociedad. Igualmente, la imagen-imágenes corporales también están construidas socialmente, aunque las *vivenciamos* individual y subjetivamente. Pero, es que además: la belleza aparece indisolublemente ligada a las mujeres, a lo largo de la historia y a través de casi todas las producciones de arte. Es más: si buscamos en el diccionario el significado de la palabra “belleza”, encontraremos que es: *la cualidad de lo “bello” en las cosas, lo que nos produce deleite espiritual*, y como segunda acepción: *Mujer notable por su hermosura*.

El cuerpo del hombre fue tomado para hacer las ‘medidas perfectas’ de un supuesto “universal ser humano”, pero será el cuerpo de las mujeres el eterno objeto de atención, inspiración y observación... Y en este sentido, nos vamos a fijar-juzgar mucho más en nuestros cuerpos, que en los de los hombres en general.

Actualmente se maneja un modelo que unifica el ideal de belleza en una determinada dirección, y las mujeres somos especialmente “bombardeadas” con ese ideal; aparecen *prototipos* de mujer alta, delgadísima, con absolutamente nada de grasa en abdomen y nalgas. Y por supuesto, jóvenes. “La belleza es juventud”. La comparación se hace inevitable: mujeres de todas las edades podemos desarrollar complejos en torno a partes, o incluso la totalidad, de nuestro cuerpo. Porque además nos ha tocado vivir una época en la que el ideal de belleza se opone totalmente al desarrollo más o menos “natural” (entrecorriente “natural” porque todos los cuerpos son cuerpos, sean como sean, y ninguno debería ser más “natural-normal” que otro...) del cuerpo femenino (tejido adiposo en abdomen y nalgas, por ejemplo, redondez de formas, pelo en el cuerpo –¡sí!, ¡existe!– etc.).

De los propios medios de comunicación-sociedad capitalista surge la propuesta de solución a todos nuestros complejos: cremas anticelulíticas, reafirmantes, rejuvenecedoras, dietas, productos adelgazantes... e incluso tratamientos en clínicas de cirugía estética que nos garantizan la felicidad, nuestro bienestar, en cómodos plazos financiados a cinco años<sup>5</sup>...

Sus mensajes van unidos a lograr nuestra ‘felicidad’ y ‘buena autoestima’... fundamentándolas exclusivamente en nuestro aspecto físico... Pero el caso es que ‘es verdad’ que nuestra imagen corporal influye directamente en la autoestima (y viceversa, podríamos decir...)

Hace años saltó la alarma social por el gran número de chicas adolescentes y mujeres que desarrollan trastornos tan peligrosos como la anorexia o la bulimia (aunque las enuncie juntas, son dos realidades muy diferentes entre sí). Se relacionó

claramente con la distorsión de la imagen corporal y el impacto de los ideales de belleza en su desarrollo. Por mucho que lo presenten asociado a la salud, el modelo actual de “mujer” que proponen tiene en realidad graves consecuencias para nuestra salud. Y además, se ha generado mucha alarma social con la anorexia y la bulimia (sin entrar a solucionar o plantear cuestiones que influyen, como ésta, de raíz), enfocándolo como una vergüenza, una más, para las chicas que lo sufren... Por eso en este taller, la mujer que estaba “demasiado delgada” lo llevaba tan mal, porque era por una cuestión de tiroides, y la gente en seguida piensa que es “por no comer”. Y ella también ha internalizado que eso es algo vergonzante... Algo que es culpa suya...

El caso es que si estás delgada porque lo estás en exceso, y si tienes redondeces: esa tripita, esas cartucheras... porque no eres delgada...

Una vez más, nuestro cuerpo como un campo de batalla.

La cuestión es que aunque podamos creer que el problema “lo tienen” quienes desarrollan “trastornos graves”, esto nos afecta a todas: en mayor o menor medida, todas hemos internalizado, hecho nuestro, un ideal de belleza... Y de forma que parece natural e inevitable, nos comparamos, nos gustamos o no en el espejo, y decidimos si entramos en dieta porque nos sobran unos kilos, o nos damos esta crema “que me han dicho que funciona y reduce la celulitis-patas de gallo-etc.”.

Vivimos en un estado general de no aceptación de la diversidad de experiencias y existencias corporales, la nuestra propia y las de las demás.

*Otra mujer tampoco utilizó nada físico para describirse, pero lo no dicho no significa que haya un problema siempre. Se trata de enfocarlo para descubrir más cosas, pero no desde la óptica de la problematización...*

*Clave:* descartemos dar por sentado que hay problemas.

### Ocio y tiempo libre como anhelo de dedicación...

Es una asignatura pendiente para las mujeres. Ir sola al cine, dedicarse tiempo a una que no sea mediante el aseo personal, el acicalamiento, y demás dedicaciones para la estética... Hay que poder reflexionar sobre el ocio y tiempo libre desde la perspectiva de ‘el mito del tiempo privado’<sup>6</sup> para las mujeres (Murillo, Soledad; 1996). A las mujeres se nos educa desde pequeñas mediante el juego en el cuidado de los otros... Con las muñecas, etc. nuestros juegos consisten en cuidar, atender, o si no: en la estética, el cuidado para resultar atractivas (con la “esquizofrenia” del ‘ponte guapa pero no hagas nada que les provoque’...), pero no en juegos que posibiliten nuestro desarrollo personal y autoafirmación más allá de los cuidados o la estética. Ellas se van a sentir muy identificadas con la dificultad para hacer algo para sí mismas en el tiempo libre. En este caso tiene mucho que ver con la drogodependencia y los hábitos desarrollados en torno a su existencia, ya que con los varones esto también pasa. En los programas de atención sigue sin concedérsele un lugar central o sistematizado, pero casi todos los equipos profesionales observan la dificultad para organizar el tiempo libre, más allá del trabajo, la pareja, y poco más...

Y un apuntito más: estamos en una sociedad que produce ocio de consumo, ocio totalmente pasivo en el que poco tenemos que hacer como agentes más que consumir. Precisamente la cultura *general* en torno a las drogas también se puede ligar a ese ocio que pasa por el consumismo. Es interesante examinar tanto las disposiciones afectivas como las relaciones sociales que se ponen en marcha y se generan cuando somos protagonistas y creadoras de un ocio proactivo, que conlleve una posición vital implicada en modificar lo que nos rodea y crear dinámicas de socialización en torno al disfrute y la posibilidad de ser más allá del ámbito laboral...

*Y es que la fantasía, la imaginación, es necesaria...* Para escribir, pintar, crear y disfrutar de lo que nos rodea... pero

sin que confundamos las fantasías con la vida, porque fugarnos mediante la fantasía, permite que sigamos aguantando condiciones de vida intolerables, y nos sitúa bajo control. Usemos la fantasía para mejorar nuestras condiciones de vida, pero no como deseo de huida o evasión, que es ahí donde las drogas se aparecen de pronto con un papel fundamental...

*–Este fin de semana, me han salido muchas cosas internas. Entonces... pues me duele ver las cosas reales...*

*–Llevas una temporadita viendo las cosas reales, ¿no?*

*–¡Joder! (asintiendo) Lo paso muy mal, de verdad...*

*–Recordad que estamos aquí para echar una mirada a la realidad pero sin que eso suponga un machacarse...*

*–No, si no me machaco... pero me duele ver las cosas reales... O ver cómo es la realidad normal, o la vida de rutina, que tienes que hacer cosas y que estás sola para esas cosas... Y aunque tengas mucha gente alrededor, realmente mi preocupación va por dentro... y... independientemente de que tengas un padre, una madre, una pareja, un amigo, o lo que sea porque realmente, la que se tortura, entre comillas, pues por ejemplo por no llegar a final de mes, por ver qué va a hacer este fin de semana, por qué hago de comida mañana, que son cosas cotidianas que realmente te comes la cabeza... “Te comes la cabeza”... que es lo que piensa toda persona normal: “joe, mañana me tengo que levantar para ir a trabajar...” Como anteriormente, yo personalmente he estado pasando de todo eso, pues ahora me tengo que enfrentar a la realidad de que tengo que ver, que hay que llegar a final de mes, que tienes unas responsabilidades, y de que todo es así sin fin... y de que encima, bueno, ya no tengo deseos de consumo, pero sí es cierto que tienes una adicción y tienes que estar alerta, porque en un momento de agobio, que era cuando recurrías a eso para solucionar ‘todo y ya’, pues que... que no puedes recurrir a eso para solucionar ‘todo y ya’, que te tienes que enfrentar. Que si tienes que hacer ese jersey de*

*lana para mañana, pues lo tienes que hacer, y lo voy a hacer, ¿sabes? No coger y meterme lo que sea y salir así, corriendo...*

*–Eso estás haciendo, cielo, un jersey... con la paciencia que eso necesita...*

*–Yo tengo claros mis objetivos, pero que me duele... Mis objetivos no son “no consumir”, eso ya está: no consumo. Lo que necesito es una independencia y un trabajo, y ya. Estar en mi casa y estar a gusto...*

### **Mi autorretrato... ¿es sólo mío?**

El autorretrato es una forma de mirarse a una misma... y el taller sirve para mirarse con las demás. A estas alturas se conocen más. Ante una descripción sumamente amplia que hizo una de las participantes, uso la técnica de Marcela para señalar lo positivo rodeándolo con un círculo de un color determinado, y las palabras que son descalificativas, de no cuidarse, con otro color... Así mismo, señalamos qué cosas son que las piensas tú, y cuáles son aquellas que te dicen más las demás personas.

La descripción de esta persona, que no estaba llena de contenido propio, la “sometimos” a que las demás también le dijésemos si lo pensábamos o no, reforzando mucho lo que ella pensase (colorines en aquellas cosas que ella compartiese). Sirve mucho que las demás, siempre desde el **respeto**, podamos opinar. Y lo que hicimos fue realmente el ejercicio de definir cada adjetivo, diferenciando además entre lo que crees que ven los demás y lo que tú ves...

En este caso, hay que analizar también cuánto de lo que se les dice **desde los profesionales** lo incorporan a sus autodescripciones... porque lo usan, pero resulta que no lo comparten<sup>7</sup>. Por ejemplo: “megafantástica, que vives por encima de tus posibilidades, de lo que una puede hacer...” le dijo una de sus terapeutas. Y va ella y lo pone en el autorretrato, cuando resulta que tiene un conflicto con eso, no le gusta, y lo rechaza

de plano... También le han llamado ‘creída’, porque le han transmitido que gusta, que en el CAID “los tiene detrás”, y que eso “le mola”... que es una creída por eso.

Nos ponemos a ver a qué vinculamos la palabra ‘creída’, y sale: “mucha seguridad en sí misma, orgullosa, echada para delante, autoestima alta porque has logrado algo, te valoras, creerse superior...” Son cosas que se salen de lo normal en cuanto a mandato de género: valorarnos. Y en seguida se nos sanciona: “eres una creída...” Porque si todas nosotras fuésemos así de creídas: orgullosas, valorándonos (sin necesidad de sentirnos superiores a nadie, eso sí), no tendríamos muchos de los problemas que tenemos... No vamos a sentirnos bien por sentirnos superiores a nadie, sino por tener seguridad, te valoras. De hecho, alguna ha dicho: ‘vais a pensar que soy una creída, pero me veo bien en esto, esto y esto otro’... Vinculamos ser una creída a hablar bien de una misma... Pues vaya arreglo, ¿no?

*“Creída suele ser para la mujer despampanante que va llamando la atención por todos sitios... –dice una de ellas– y eso no me gusta”.*

*“Que se cree la mejor”, dice otra.*

¿Pero eso es así? ¿o lo pensamos en cuanto vemos a una mujer guapa que va segura? ¿Cómo nos hace sentir eso a las otras mujeres? Vemos a una mujer guapísima según los cánones ¿y...? Precisamente es que caemos en minusvalorarnos, y si no: en atacarnos las unas a las otras en base a la estética y lo corporal. Competimos. No existe un pacto intragénero<sup>8</sup> entre las mujeres (en un sentido de pertenencia y reconocimiento de unas con otras): hay que crearlo.

Es como lo de orgullosa. Si significa ser fuerte y que creo en mí, que tengo orgullo por lo que hago, adelante. Y si ser creída es tener seguridad en una misma, adelante. Igual con la palabra ‘egoísta’, que a pesar de las connotaciones negativas, sería un objetivo a conseguir para cada mujer, ser un poco egoístas en un sentido de ‘ponerse en el centro’, no ser para

otros, sino ser para sí. Se te califica de egoísta cuando te antepones a otras necesidades y/o personas importantes para ti...

Es necesario analizar el autorretrato, para ver qué hemos escrito más allá de la parrafada que queda 'superbien'...

(p.98) “Hay mujeres tradicionales cuyas vidas están dedicadas a los otros, a sus familias, a sus organizaciones, a los movimientos: son *seres-para-otros*. Serlo implica que la autoidentidad está de hecho colonizada, y la autoestima depende profundamente de la aceptación de los otros (...) Hay quienes sienten que no se dedican a nada importante, que sólo viven, que no hacen nada, sólo lo que les toca, en la casa, en el trabajo. Sienten que su vida no tiene sentido y no están contentas con ella. (...) Otras mujeres se dedican a mejorar sus condiciones de vida (...) sienten que su vida les pertenece y son conscientes de su trascendencia: son *seres-para-sí*”

### **Para finalizar...**

El proceso que estáis haciendo es para mejorar vuestras condiciones de vida, por eso iniciasteis un tratamiento, y eso pasa por un análisis profundo de quiénes sois y cómo os situáis en el mundo, y si podéis vivir para y por vosotras mismas.

“No había pensado en ello hasta este taller”, dice una. Y una está 'rebautizada' (en el taller nos contó cómo le gusta que la llamen, y poco después, en el CAID ya la llamaban por el nombre que a ella le gusta...), y la otra autoafirmada en su itinerario personal... Y otra diciendo: “no me creía una mujer feminista, pero me estoy dando cuenta de que a lo mejor lo soy y estoy contenta por ello...”

En estas sesiones les transmití que en el CAID me habían dicho que percibían muy bien al grupo, y que las que lo integran **no habían roto el pacto de privacidad...** no hablaban de las otras fuera del taller. Habían cumplido. Y se dedicaron a

sí mismas un gran aplauso... Y si lo dejo aquí recogido no es por dejarme llevar por lo emotivo –posiblemente superficial– de cualquier aplauso grupal, sino porque en aquel momento lo que vi fue a un grupo de mujeres (drogodependientes) aplaudiéndose a sí mismas por el trabajo realizado, por el reconocimiento de unas con otras, por ser ellas en ese grupo... Y eso no es muy habitual.

## NOTAS

<sup>1</sup> Good, B.J. 2003 Cap. 1 y 2. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, Ediciones Bellaterra.

<sup>2</sup> Sobre este punto quiero añadir lo siguiente: en las fechas en que cursaba Antropología de la Salud y la Enfermedad, estaba también realizando un curso sobre Patología Dual (problemática de drogodependencia y salud mental coexistiendo e interrelacionándose en la misma persona). En una de las sesiones en que se estaba hablando de diagnósticos e hipótesis de diagnóstico, una alumna expresó su desacuerdo con las consecuencias de aplicar los diagnósticos a las personas: marginación, etiquetaje, autoconcepto minusvalorado... El formador –psiquiatra con años de experiencia en intervención directa en Patología Dual, e integrado en un equipo multidisciplinar– le contestó que un diagnóstico sirve para orientar la intervención: “Lo que no es responsabilidad de los médicos es el uso que se haga de ese diagnóstico por parte de los demás agentes sociales, pero saber a tiempo que una persona es trastorno bipolar, te ayudará a ponerle litio para estabilizarla. Si el diagnóstico es erróneo, no podrás ponerle el litio, y estarás aplicando cosas que no sirvan para ayudarla a mejorar...” El punto compensatorio a esta afirmación mono-enfocada desde la intervención biomédica, vino cuando inmediatamente después dijo lo siguiente: “Uno de los chicos del piso que tenemos iba a ir a una excursión con una asociación. La responsable de la excursión me pidió un informe con el diagnóstico, problemas posibles, etc. Le dije que no, claramente. Una cosa es que yo diagnostique e identifique una enfermedad para su mejor cura, y otra que me dedique a repartir informes por cada paso que vaya a dar esa persona en sociedad... Invité a esa persona a hablar conmigo para reflexionar sobre lo que me estaba pidiendo y el problema que estaba poniendo sobre la mesa... Ese tipo de acciones son las que generan la exclusión”. Sin embargo, el problema que planteo es la configuración del mundo que subyace a un enfoque como el suyo, y que es lo que Peeters expone en este cómic: la pretendida neutralidad como mero sistema de conocimiento, denotativo, sin connotaciones, la concepción de la enfermedad, la esencialización de una persona en base a esa enfermedad, etc. Si un sistema es capaz de imponer una neutralidad objetiva, todo lo demás –cualquier otro tipo de enfoque o racionalidad– queda fuera de esa objetividad, todo lo demás es errado...

<sup>3</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de reconocimiento internacional.

<sup>4</sup> En este tipo de trabajo es conveniente utilizar imágenes que acompañen lo que se está exponiendo. Es fácil crear nuestro propio material de imágenes de otras épocas y de la actual, así como de otras sociedades/culturas.

<sup>5</sup> Este enunciado lo he obtenido de anuncios reales, que ofrecen la felicidad a cambio de una liposucción (sic.).

<sup>6</sup> He utilizado esta expresión en referencia a la obra de Soledad Murillo, *El mito de la vida privada: de la entrega al tiempo propio*. Editado por Siglo XXI en 2006.

<sup>7</sup> Vuelvo a recordar la cuestión del ‘sojuzgamiento’ recogida en nota nº 7 en el capítulo *Mujer y Drogodependencia. Historia de una invisibilización*, y además me gustaría preguntarnos si es que estamos intentando ‘iluminarles’ al decirles cómo pensamos que ‘son en realidad’...

<sup>8</sup> Para extenderse en esta cuestión, recomiendo el libro de Elena Simón Rodríguez: *Democracia Vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía*. Ed. Narcea, 1999.

### SEXTO EJERCICIO:

#### Ejes de género de la autoestima, somos semejantes

Cada una escribe cosas de las que se haya sentido orgullosa en su vida y cosas de las que no se sienta orgullosa o la avergüencen.

*Objetivo:* Analizar la semejanza de las relaciones de hechos. Más allá de las diferencias entre mujeres, existe una semejanza en la prioridad a la importancia del cuerpo, la sexualidad, la desigualdad en la relación con los otros y el cumplimiento de expectativas. Identificar las construcciones sociales que marcan el género de forma que es frecuente encontrar en las mujeres fenómenos de baja autoestima o falsa autoestima, simulación y prepotencia.

Este ejercicio **decidí no realizarlo**, ya que por el propio desarrollo del taller habían ido saliendo cosas de las que ellas no se sentían orgullosas, y otras de las que sí. Había ido saliendo en mis comentarios y en los suyos. Se convirtió en algo transversal.

Es importante hacerlo si encontramos fenómenos que Marcela llama de 'falsa autoestima', ya que encontraremos muchas mujeres que nos parecerán (y pareceremos) de todo menos con baja autoestima... Pero nuestra autoestima no puede fundamentarse en sentir que estamos sobre las demás...

*Ja!, ja!, ja!*

*–En este espacio no me siento juzgada...*

*–Es verdad, ¡yo tampoco!*

*–Afuera, todas estamos en medio de relaciones de poder... y a las mujeres se nos juzga... Y ¡mucho! Incluso unas a otras, estamos siempre juzgándonos y sin apoyarnos... aquí se están dando relaciones de apoyo en vez de relaciones de competencia...*

–Pues a mi me han preguntado los del CAID que de qué hablamos aquí, y yo les he dicho que ¡de mujeres!

–Andan extrañados de que estemos juntas sin problemas...  
Ja! Ja! Ja!

### “Hallazgo”

Y es que, entre estas mujeres solemos encontrar mujeres con “mucho carácter”, endurecidas, pero que luego no lo son a la hora de relacionarse con la pareja, el cuerpo, su estima, etc. Existe la creencia –entre los y las profesionales– de que “es difícil trabajar con ellas”, pero porque ¿qué estamos esperando encontrar? ¿Afabilidad? Claro que muchas responden duro, o es más difícil establecer relaciones de apoyo... pero ¿manejamos las habilidades y enfoque necesarios para crearlas?. Por otro lado, muchas veces enmarcamos autoestima con la ‘seguridad en una misma’, ‘desparpajo’, ‘actitudes demandantes’... todas ellas ‘cualidades’ que abundan entre muchas mujeres que consiguen llegar a los centros de atención y mantenerse en ellos. Tanto los centros de atención como los escenarios de consumo y ‘trapicheo’ son en su mayoría espacios masculinizados, en los que además, las relaciones de género se extreman y agudizan muchas veces... No es fácil ser ‘lo otro’ en esos escenarios, incluido el CAID, y las estrategias de comportamiento pasan por la asimilación dentro de ese sistema: muchas mujeres han desarrollado mecanismos de supervivencia relacionados con las cualidades atribuidas a lo masculino... En los grupos mixtos siguen manteniendo una máscara muchas veces, porque la “interferencia” de la relación con los varones se da en múltiples y variadas formas. Es necesario crear estos grupos segregados, donde el abordaje permita una reflexión y conexión con una misma sin la necesidad de aparentar o esconder, o quedar bien y gustar...

### SÉPTIMO EJERCICIO: Genealogía, somos herederas

Cada una hace su **árbol genealógico**, escribiendo una síntesis de la identidad de los otros y otras en su familia, ubicándose a sí misma en ese árbol. Explorar relaciones, conflictos y alegrías... Identificar familia de origen, familia propia si la hubiere, parejas pasadas, parejas presentes... Personas que podamos sentir como familia aunque no nos una vínculo de sangre... Todas las familias tienen conflictos...

–Escriben semejanzas y diferencias generacionales con las mujeres de su árbol genealógico (madre, tías, hermanas, etc.) en cuanto a educación, sexualidad, trabajo, independencia, salud, etc. Centrarse en cuestiones de género.

–Indicar qué mujer/es han sido transgresoras en su familia: rebeldes, diferentes, marginadas. Indicar en qué han sido así.

–Señalar las diferencias en las relaciones entre géneros según el momento genealógico: cuándo han cambiado, cuándo cosas que eran exclusivas de los hombres pasaron a ser también accesibles a las mujeres. ¿Qué ocurre con los cuidados? ¿Se han visto compartidos?

–Indicar qué características tuyas atribuyen a su madre y cuáles a su padre... Tanto físicas como de carácter o manera de ser.

**Objetivo: conceder relevancia a las mujeres de nuestra familia** como principales trasmisoras de la cultura y analizar su importancia en la definición de la historia familiar. Entender el papel y roles asignados a cada una, relacionándolo con la edad y valores asociados, sus inquietudes, posibilidades, miedos y limitaciones. Entenderlas en su práctica vital como mujeres aunque no compartamos “su forma de ser”.

Analizar el papel de los hombres en esas historias familiares. Romper con la dualidad impuesta de “lo femenino” y “lo masculino”.

Detectar la importancia de la familia en la autoestima, y tratar de diferenciar lo que llamaríamos el ‘orgullo familiar’ de la autoestima de una.



## Cuestiones metodológicas y de contenido

Se hace el árbol genealógico “dibujado y escrito”. Va más allá de lo consanguíneo o la unión matrimonial. Se trata de señalar las relaciones importantes para cada una. Familia propia. Amigos/as, todas aquéllas que sean personas importantes para ti. O si te has incorporado a una familia que no es la tuya pero que has sentido como de apoyo, etc.

Hay que poner una descripción de cada persona, y cosas que les hayan afectado en la relación con esa persona. Cosas significativas.

Dibujan ellas su árbol. Cogen el rotulador y lo dibujan en la pizarra. Pintan “rayos” a quienes no son de su agrado o con quienes la relación es mala (¡humor, humor!, como herramienta básica de trabajo...)

Nos apoyaremos en las fotos. Surge el contar quién es esa persona, y evocan momentos. A través de las fotos podemos examinar las relaciones, los agravios, los impactos e hitos vitales...

Nos vamos a encontrar con una dificultad para que traigan fotos, porque las han perdido en sus periodos de consumo, y si no, la familia no se las deja, por desconfianza... Y muchas veces las fotos serán de periodos de abstinencia, en Comunidades Terapéuticas, por ejemplo...

En este caso, fuera de las fotos relacionadas directamente con el tratamiento, es importante señalar quién conoce “tu problema” y quién no, si son apoyo o no, etc.

Examinamos relaciones, ausencias... por eso se ven ahora. Sabemos de gente importante en su vida que no aparece en las fotos... ¿por qué?

Vamos a poder acceder a muchas cuestiones a través de las fotos si conseguimos crear el espacio para poder hablar todas en grupo, juntas (si se tiene un grupo superior a 5 personas es conveniente subdividir las en grupos más pequeños para este ejercicio)

Si alguien no trae fotos, evidentemente no importa, puede contarnos sin ellas...

Hay que prestar atención a las expresiones de todo tipo, ya que en torno a las fotos se crea un espacio informal ante el que podemos dedicarnos a disfrutar con ellas o trabajar aspectos concretos que queramos trabajar, según el momento grupal. También se pueden unir ambas facetas del espacio:

“*Con este chico perdí la virginidad*” ¿Perdiste? ¿Qué es eso de que *perdemos* algo cuando hacemos el amor con coito por primera vez?...

Embarazos, abortos, todo lo podemos ver a través de relaciones y fotos mientras nos van contando su árbol genealógico.

Un tema importante a abordar en estas sesiones es la relación con la madre. No hablan con ellas para conocerse, para comprenderse...: “*mi madre es muy cerrada*”, “*mi madre nunca me ha apoyado*”, “*mi madre siempre me ha cuestionado*”... “*Mi madre me echó de casa*...”. Integrar decisiones así, como que la echen a una de casa. Algunas de ellas, ahora, en la distancia, entienden que la relación se conflictúa aún más al “estar con drogas”. “*Mi madre me quiere*”. Insisten. Y explican que ahora se agobian un poco porque las controlan mucho...

Sale que muchas mujeres de sus entornos toman **barbitúricos, antidepresivos...** Entre ellas, sus propias madres. **La ‘medicalización’ del cuerpo de las mujeres** es un fenómeno que no se está abordando en drogodependencias, pero existen publicaciones e investigaciones<sup>1</sup> desde las que enriquecer nuestras redes e intervención. La ansiedad, depresión, etc. *no son realidades inherentes* a las mujeres. Es necesario examinar los procesos que las producen y que están directamente relacionados con cuestiones de género (minusvaloración de las tareas y espacios tradicionalmente femeninos, entrega en el cuidado de la familia, etc.).

Se sienten solas porque mucha gente está ausente en su cotidiano: esas personas tienen el suyo propio (empleo, actividades de ocio, labores de la casa, etc.), mientras que ellas permanecen en torno al tratamiento y poco más (o así lo

expresan). Es necesario ir construyendo un cotidiano propio, independientemente del tratamiento, que es importante, pero se quedará en “nada” si no dotamos de un sentido personal lo que nos rodea y nuestra existencia...

Abuelos muertos en la Guerra Civil. Mujeres solas en la crianza de las hijas, en los pueblos. Esto marca cómo lo pasaron luego las mujeres. Este tipo de explicaciones las ayuda a situarse, a ver cómo el entorno afecta...

Se han perdido muchos eventos importantes en la “vida familiar” estando en época de consumo... son las “ausentes”. Por ejemplo: el nacimiento de una sobrina; además, cuando ya no son las “ausentes”, ¿podrán conocerla? Porque si una es “la drogodependiente” no goza de mucho apoyo o estima familiar...

A los/as profesionales nos ayuda a ver cómo viven esas relaciones, es un espacio donde *hablar en grupo de su historia de vida*. Se centran en describir a los demás, pero en relación con ellas...

Cada persona de la familia tiene (pp. 118-119) “su propia versión de la historia familiar, a menudo discordante o diferente de otras versiones. Este ejercicio permite analizar las ideologías familistas que idealizan a las familias como núcleos idénticos y estereotipados de relaciones virtuosas, seguras, positivas en sí mismas; además permite ver con ojos críticos el naturalismo familiar y la vigencia de estereotipos. Cada familia es un universo parecido a otras familias y, a la vez, es única. Todas las familias incumplen los estereotipos familiares míticos y jurídicos de las normas y el deber ser. En todas las familias hay conflictos (...)

Las familias son espacios totales por el enorme poder de la institución y de quienes en ella están en posición jerárquica y con autoridad para imponer restricciones, asignar oportunidades vitales y utilizar la violencia para sus fines. Son ámbitos totales porque el poder político es vivido por las personas cuerpo a cuerpo, en

un espacio casi hermético, y porque los principios democráticos no son parte de la vida familiar ni de la esfera privada. En coexistencia con ideologías del amor y el cuidado, la estructura política familiar impide la convivencia regida por el respeto a los derechos humanos de las personas. De manera ambivalente, la vida familiar tiene sus goces y sus beneficios relativos para quienes participan de ella; en ocasiones es inexplicable cómo entre la dureza, el autoritarismo, la competencia por los bienes y el reconocimiento, y formas de convivencias hostiles y violentas, hay lugar también para la compañía, los cuidados, el apoyo al desarrollo, la ayuda ante las desgracias, la solidaridad y la estima.”

### **Porque son tontas y son unas brujas...**

Una de ellas ha tildado de “tontas”, “brujas”, etc. a muchas mujeres presentes en su árbol, muchas más que hombres. Y esto es recurrente, son muchas las que exponen a las mujeres de su familia peor consideradas que a los varones en general... Hay una desvalorización de las figuras femeninas. Entonces, les pregunto que si la familia tiene importancia para las mujeres, que qué piensan... Y comentan que sí, que creen que más que para los hombres. Pero para los hombres también está ahí, forman parte de ella, ¿no? luego: ¿por qué piensan que es importante de forma cualitativamente diferente?. Hablamos del reparto tradicional de roles en función de las relaciones de género: varón que trae el sustento a casa, ‘breadwinner’ / mujer que –tenga empleo remunerado o no– se encarga de los cuidados y las tareas del “hogar”, cuidadora. Les leo lo anotado en el libro de Marcela Lagarde acerca de que las familias son patriarcales, y que forman parte del *sentido de vida* de las mujeres (pp.119-120). Nosotras puede que estemos valorando otras cosas, pero en nuestras abuelas y madres en general forma parte de su identidad, aunque no sea de forma *amorosa*... La familia tradicional hegemónica es un

espacio patriarcal, en el que deben reproducir el sistema social, autoritario. Lo hacen. Por eso nos marcan más ellas y tocan aspectos centrales de nuestra vida: la organización de los afectos, la sexualidad, etc. Es el espacio asignado a las mujeres, y es sobrevalorado en (y por) nosotras...

El padre aparece recurrentemente como la figura encargada del futuro laboral en todo caso, y ajeno a muchos de estos conflictos...

¿Cómo construir una relación con la madre de mutuo reconocimiento? Es más: ¿podemos entenderlas y a la vez ir delimitando nuestra autoidentidad de forma que deje de desequilibrarnos y afectarnos *tanto* todo lo que nos dicen? Muchas de ellas son “expertas en perder los nervios” cuando sus madres les cuestionan...

### **“Mi suegra es una bruja y sus hijas más putas que las gallinas...”**

*“Mi padre nos abandona cuando yo era pequeña (a los 4 años). Tengo un padrastro”* –El padrastro tenía una familia anterior a la que ella no conoce (el padrastro dejó a la otra familia para irse con su madre y ellos –ella y su hermano–)– *“Tengo dos hijos de un matrimonio fallido... Mi suegra es una bruja, porque me pone verde.... pero tiene qué callar, que sus hijas son más putas que las gallinas. Y una de sus hijas está ahora encerrada con lo de las pastillas... y a la coca también le ha dado... tanto que me ponía verde a mí, ahora tiene qué callar...”*

Las mujeres nos vemos envueltas en dinámicas de engañarnos unas a otras, no apoyarnos mutuamente, juzgarnos... Y no se trata de no ver que nos hayan hecho daño, sino que reproducimos una estructura que nos juzga en base a la moralidad unida a la sexualidad: “son más putas que las gallinas” porque “*son muy guarrillas*” “*les gusta mucho irse por ahí*”, “*una mujer casada, con hijos... para mí es una guarrilla si se va...*” Claro, ¿y si es el hombre? ¿es un guarrillo? “*No, es un*

*cabronazo*”. Porque en los hombres es ‘normal’ que les gusten más mujeres y tienen que dominarlo, si no: es un cabronazo... En una mujer tiene que ser algo sucio, depravado: guarra... no es ‘natural’... ¿En el hombre no es reprochable que lo sienta, sino que lo lleve a cabo? (pregunto) Porque su padrastro dejó a otra familia, se fue... y consumía drogas, pero en ningún caso lo ha definido como un guarrillo, etc.

Estrechas – Guarras. Este es el margen de acción para las mujeres. ‘Si no te dejas’ es que eres una estrecha, y ‘si te dejas’ es que eres una puta... Con ese componente de que ‘te dejas’ o no, porque hay un contrato sexual que establece la relación en inferioridad en el sentido de que la parte ‘entrante’, la parte activa es el varón: y tú no eres un ser activo propositivo, recibes demanda y te dejas o no... La responsabilidad de la “sexualidad” recae sobre las mujeres... La moral, tener hijos, etc.

Ella insiste en que le parece lo menos grave eso que señalarlo de que las mujeres nos juzguemos, que reproducimos el sistema... ¿Si?, pero ¿cuántas veces no te han degradado a ti con esos insultos?...

Esta mujer es la que más juzga a las mujeres-madres que abandonan a sus hijos; reconoce que las juzga más que a los padres... Ella juzga duramente, lo tiene tan interiorizado, que por eso la idea de que ella sea mala madre es tan imposible para ella... es lo peor.

Y una compañera le dice:

–... *pero entonces yo soy una mala madre... he dejado a mis hijos.*

–*es que* –contesta ella– *si hay motivos, pues bueno, pero si no...*

–*vale, chicas...pero... con los varones... ¿buscamos motivos?*

Pongámonos en un caso extremo: ‘la mujer que deja al niño abandonado en el cubo de la basura...’. ¿Y el hombre con el que lo tuvo? Lo primero que pienso en cuanto se da el caso de que una mujer deja al niño en el cubo es: ¿dónde están el resto

de personas...? Reconduzco mi forma de pensar, no la juzgo a ella –que es lo fácil–, la ubico en un sistema que produce que una adolescente, por ejemplo, pueda estar sola, sin apoyo, etc. Hablamos de personas como nosotras... ¿quién no ha cometido errores en su vida? “¿Hoolaaaaa?” Entonces: no juzguemos a las mujeres por el hecho de serlo (o por un sistema de género estereotipado), sino por si han sido buenas o no contigo, te han maltratado, etc. que lo han hecho, **pero no porque sean ‘más putas que las gallinas’**.

La maternidad forma parte de tu eje vital, pero no puede convertirse en eje de ataque sobre otras mujeres... La suegra, de hecho, reproduce el sistema de juzgarnos... por eso, si encima eres drogodependiente siendo mujer, a él lo apoyan sin problemas y a ti, por supuesto, ¡no! Como fue el caso. Como ha sido el caso de casi todas, que se han visto muy atacadas y juzgadas en su consumo por el hecho de ser mujeres...

*“–Todo esto es porque hay una línea que has decidido no cruzar: atrincherarte en tu maternidad. No se puede (no) fallar... Y por eso es importante que entiendas que nadie puede juzgarte.... sino entenderte.... empezando por ti misma.”*

### **Cuando la víctima “es culpable”, responsabilizada...**

Una de las chicas, a través de las fotos, evoca diferentes momentos en los que sufrió agresiones sexuales. La primera fue por parte de un desconocido, cuando todavía era una niña. Pero también sufrió abusos dentro de su propia familia (este tema puede aparecer en el árbol genealógico fácilmente, o cuando hablemos de la biografía). Cuando escapó de casa (se escapó para huir de la situación, ya que los abusos sexuales se mantuvieron en secreto), se vio inmersa en redes de prostitución, y fue recurrentemente sometida a violaciones por el hombre que la acogió cuando escapó y la introdujo en las redes de prostitución...

*“Tienes 18 años y ya te han violado varias veces.... ¿cómo puedes seguir así? ¿de qué vas en tu vida? O le pones remedio a esto o yo no sé...”*

Esta frase se la dijo un profesional. Sacada de contexto, suena aún peor de cómo sonó, pero pone de relieve que se suele enmarcar el proceso como cuestión de responsabilidad de quien es violada, olvidando por completo un sistema jerárquico y de desigualdad que genera subjetividad. Una subjetividad que se queda inmóvil, victimada, sobre todo cuando la persona que pone en marcha ese sistema de dominación proviene de tus relaciones de confianza y afectivas (incluido el hombre que “la acogió”; era una figura de confianza...). Y amplíemos: cuando te sucede algo, lo primero que te preguntan es qué hacías tú a esas horas ahí, o tú vestida así, o tú SOLA... en definitiva, qué hacías tú, mujer, sola. Mientras no dejemos de ver como normal la agresión sobre las mujeres, seguiremos legitimándola... La violación existe porque está imaginada, concebida. Hacia la mujer. Hacia un hombre –por mujeres– no se concibe como posible, y es más: ni siquiera como abuso, sino que forma parte de cierto imaginario sexual, porque la disimetría se ha incorporado en las estructuras de la psique más profundas, y a algunos varones les resulta hasta “divertida” la idea de verse ‘agredidos’ sexualmente por mujeres (lo cual quita cualquier componente de ‘agresión’).

Si piensas en un agresor, piensas en un hombre (independientemente de que yo pueda serlo); si piensas en una víctima, piensas en una mujer...<sup>2</sup>

En el taller visibilizamos las relaciones de poder en esas violaciones. La primera cuando ella era aún una niña... Y posteriormente: no son desconocidos, son figuras cercanas, sobre todo en relación de prostitución; no puedes ir a denunciarlo (ni en tus esferas más íntimas, no me refiero sólo a lo judicial) porque como eres prostituta y además consumes drogas... **¿cómo no te van a violar?**

LA CULPA LA TIENES TU POR HABER SALIDO SOLA,  
POR HABER PROVOCADO, POR...

NO TE DEFENDISTE LO SUFICIENTE...

SÉ GUAPA, PONTE GUAPA, GUSTA,  
PERO TEN CUIDADO:  
NO HAGAS NADA QUE LES PROVOQUE...

**TÚ TE LO HAS BUSCADO...  
POR SER DROGODEPENDIENTE...**

Yo misma he estado presente cuando, en un recurso residencial mixto, un compañero de trabajo, desde su autoridad médico-psiquiátrica, hizo el siguiente comentario sobre una chica de 18 años recién cumplidos que estaba en el recurso:

*“Esta chica lo que necesita que le pase, y le terminará pasando, es algo grave, tipo una violación, o algo así, traumático, entiéndeme: que lo supere, claro, y entonces dejará de comportarse así, de erotizar y usar las relaciones que establece con los hombres...”\**

Porque la chica erotizaba sus relaciones, profesionales varones incluidos. Y con las mujeres: o competía, o las-nos situaba como ‘madres’...

---

\* Este libro recoge determinado tipo de actitudes que, desafortunadamente, son más habituales de lo que pareciera. Mi intención es poner el punto de atención en el análisis que subyace a este tipo de afirmaciones (en este caso: que para que deje de erotizar las relaciones va a tener que pasarle algo malo... que la agredan... porque ‘mujer que utiliza su erótica, mujer que es susceptible de castigo, de agresión...’), no en el ‘mal quehacer’ profesional. Y esto es así porque, que yo refleje este tipo de actitudes para poner el punto de atención en el análisis que subyace, no quiere decir que no haya mucho ‘buen quehacer’ entre los equipos de personas que atienden estas realidades tan complejas, y que se implican y luchan por acompañar en el día a día a las personas que acuden a los centros en busca de orientación y ayuda. (Debo agradecer a Mónica Castaños Izquierdo el apunte que originó esta nota).

Su padre la abandonó, su madre consumía con ella, el padrastro le decía que se pusiera guapa e iba presumiendo de ella ante los amigos (que ella nos contase, porque eso la llenaba de orgullo...): “¡Mirad que novia más guapa me he echado!” La duda que nos entraba es si no habría sido víctima de abusos sexuales por parte del padrastro, y no nos lo contaba... porque socialmente está reprobado y ella “adoraba” al padrastro. Ergo: ¿cómo no iba a erotizar las relaciones con los varones y competir con las mujeres? Su fuente de poder y (auto)reconocimiento venía de su cuerpo, de su erótica... Es más... ¿por qué el hecho de que una mujer erotice sus relaciones están tan problematizado?

*“–¿Sabéis? Yo podría estar en la droga como podría haberme suicidado... Ya lo he intentado, pero ya no lo intento... ni quiero...”* Nos cuenta otra mujer, que podría ser esa chica de 18, varios años después...

Situaciones vitales, de condiciones de vida, que no son agradables. ¿Por dónde pasa que yo pueda decidir o cambiarlas? ¿Por dónde pasa la autonomía? ¿Qué puntos y claves debemos trabajar para ello? Porque nos dejamos llevar por ‘la superficie’ y entran en juego todos nuestros mecanismos de juzgamiento, victimización, etc. Conocí también la situación de una mujer inmigrante sin papeles en estado de prostitución, embarazada, que tomaba alcohol con los clientes. Un compañero la criticaba por beber estando embarazada... Le preocupaban los efectos nocivos sobre el bebé (este tema es recurrente en drogodependencias; en cuanto se quedan embarazadas, el centro de atención pasa a ser “los efectos nocivos de la sustancia sobre el feto”). Pero esta chica nos contaba que con el dinero que ganaba estaba ahorrando para volver a su país y montar un negocio propio. Que lo del embarazo fue un desliz, sí, pero que no pensaba abortar, que lo tendría y que ya iría tirando. Que se había puesto de acuerdo con el camarero para que le echase más agua-refresco que licor en las bebidas, pero que esto los clientes no lo sabían... y así ella

seguía ganando más que si pidiera refrescos, y protegía “al bebito” del alcohol...

Pero ahí la tenías: en la barra del bar, ejerciendo de “señorita de compañía”. Es fácil quedarse en eso y verla a ella como una ‘irresponsable’ que sigue ejerciendo la prostitución, bebiendo, estando embarazada. Enfrente tiene un cliente, varón. Y está en un local que se dedica a eso. Hay todo un sistema que la coloca en determinada posición vital... Pero es a ella a quien se la ve...

Igual que a una chica de 18 años que erotiza las relaciones que establece... Es a ella a la que se identifica como ‘problema’ en un recurso mixto de tratamiento para la ‘adicción’...

### **Superando barreras...**

Han hecho el descanso, y tienen el espacio informal para ellas... entre ellas, sin la irrupción de los chicos, de los varones... cosa que se da en los grupos mixtos. Han estado hablando de hacer una excursión juntas... Una de ellas lo comenta en el aula; estar con las compañeras le ha hecho darse cuenta de que tiene una barrera con las mujeres en general... Le sale esa barrera de no dejar que las otras entren en ella... un mecanismo incorporado, el cual ella nota que quiere vencer en el taller... Por eso lo cuenta...

Mujer independiente. El ejemplo lo tiene en su madre, que la cría sola (a ella y a su hermano). Ella se compra una casa, tiene una profesión... Esto ya salió cuando hablamos de la independencia. Ella ha sido independiente, en teoría, pero siempre ha vuelto a recaer...

Le pido que dibuje sus parejas en el árbol genealógico.

Parejas consumidoras, siempre. Se mantiene el consumo en esas relaciones.

Rechazo familiar hacia ella, se la culpabiliza... porque se supone que las mujeres estamos para cuidar, no para consumir también. La familia de él la culpaba a ella. No había un análi-

sis de que la dinámica de pareja era negativa para ambos. El mensaje es que no estás ejerciendo un rol bueno... Ella me confirma que la madre de él –el novio más importante en su vida– sobre todo la culpabilizaba, la atacaba más que a él. Y él al final la dejó. Ella le quería mucho. 10 años después se enteró de que él se había casado, dejado las drogas, y tenido hijos... y dice que se alegra... pero... es ella la que sigue en la droga... y por qué con ella no pudo ser... Pero ella se ha dado cuenta de que dio más que recibió. Y le sucede habitualmente.

Con el VIH ha dejado de lado la idea de encontrar un compañero.

Ha tenido varias recaídas, su madre no la echa. Su madre se ha volcado en ella y su hermano. ‘Madre coraje’. Nunca la ha abandonado. La ha echado alguna vez de joven. Pero la ha llevado a centros. Luego, al preguntarle que cómo es su madre, me dice que es muy diferente a ella (alegre, vital, abierta...). Que su madre es muy reservada, muy suya, que nunca han hablado profundamente, que cuando ella tuvo la regla ni se lo dijo... “¿Cómo no vas a sentirse sola?” Le pregunto. Porque no ha habido rechazo... pero hay formas de ser muy diferentes, y la madre quiere que ella sea de otra forma, claro. Y: ¿seguro que son tan diferentes? Porque todo esto ha empezado con la reflexión en torno a una barrera por romper a raíz de que está en el taller...

Esta mujer, con su hermano, se entrega. Él no la quiso en su casa, pero ella luego sí lo acogió en la suya hasta que lo echó porque “*se ponía de pastillas y montaba unas muy gordas, muy agresivas*”.

Surge la dificultad de ella para el manejo de los afectos, porque se entrega en todas sus relaciones, y luego se lleva decepciones... Dice que no le importa que no le den tanto como ella da, que forma parte de su ser...

Contrae el VIH/SIDA sin saberlo, compartiendo material inyectable. Hace mucho que no hace el amor con nadie, porque le dicen que sin preservativo, y ella no quiere. Lloro

cuando eso sucede, con lo que hace mucho que no se expone a esa situación.

Con su relación más importante mantuvo relaciones con preservativo.

“*Me veo solterona y sola...*” Nos dice.

Hablamos del VIH una vez más.

Empezar a tomar medicación es admitir que lo tienes...

¡Cambiar cómo lo vives y enfocas es tan poderoso! Te hace más libre...

*Un antes...\**

“...la sensación de todo lo que has perdido. Todo lo que nunca puedes volver a recuperar. Hasta ahora siempre he intentado dejar este tema a un lado como si no fuera conmigo. Parece como si así no estuviera, como si no miras algo y así no lo ves. Cada tratamiento supone enfrentarte a ello y ser consciente de todo lo que has dejado otra vez en ese tramo de infierno porque eso no es vida.

Siempre intento pensar que podía haber sido peor y que no pasa nada, pero en verdad siento miedo, miedo de lo que pueda pasar.

---

\* Tengo la suerte de contar con una persona que, como tantas otras en estos años, me ha dejado sus pensamientos por escrito. Ella no sabía que se los iba a pedir después de leerlos. Por supuesto, no los escribí para mí, sino para sí misma. Un día me dejó verlos. Y desde entonces, su experiencia me ha acompañado. Ningún escrito alcanza a recoger el *proceso* de libertad que vivió en torno a su enfermedad, el cambio de perspectiva y emoción(es), pero este párrafo que he llamado ‘Un antes...’, y el que recojo pocas líneas más tarde: ‘Y un después...’, son extractos casi íntegros de sus escritos. La he llamado para pedirle permiso y publicarlos en este libro, y me ha dicho que sí. Mantengo su anonimato por razones obvias (aunque quién sabe, quizás un día esas razones obvias dejen de ser necesarias, como lo dejaron de ser para Frederik Peeters y su pareja, Cati), pero ella sabe que me gustaría poner su nombre bien grande, porque su apuesta por la vida es la mejor de las apuestas (y la más costosa en cualquier caso...). Así que no me queda más que volver a darle las gracias de forma anónima, pero ella sabe quién es...

En realidad pienso que el VIH es un gran desconocido para mí, pero siento su aliento en mi espalda.

Está ahí.

Tener que empezar a medicarte supone como si lo aceptaras, como si le hicieras sitio en tu vida, como si ya no pudieras ignorarle.

No quiero llorar pero es lo que me provoca, es como si en vez de que sirva para reducirle, le abrieras el camino para que se pueda hacer contigo y es que aunque pretendas que no está, vives con todos esos fantasmas que se han ido propagando en tu mente a lo largo de los años y con otros que son imágenes vivas; “limitaciones”, dicen, qué palabra más imbécil cuando las sientes porque existen y sientes que te quitan cosas que quizás nunca has tenido y cuando pasas de ellas porque te taladra la culpabilidad, la incertidumbre y la certeza de no tener derecho ni siquiera porque alguien lo quiera así.

Qué de cosas. Ya no debería pensarlas.

Más vale y que me ponga las pilas, más vale y recoja información real y todo lo malo que tenga que ser al menos que sea real, no en ese plano de la mente que todavía tiene más poder de dañarte...

La evidencia de que con medicación es mejor la tienen los médicos. El mío dice que todo es controlable si se hacen cosas para ello. Dice que es mejor aunque vayas a 300km/hora poder accionar el freno e ir cambiando de marchas para reducir velocidad que dejarte llevar y esperar estrellarte...

Siento como si me hubiera ganado la partida. Debería pensar que es para bien como dice todo el mundo, pero no sé por qué yo tengo esta sensación de derrota, sería que hay que enfrentarlo y no quiero. Vaya mierda.

Vale, vale, estoy saturada, ya lo sé que eso es lo que hay que hacer pero me cuesta tener que ceder.

¿No debería pensarlo al revés? ¿cuándo cedés? ¿cuando no haces nada o cuando te atreves a luchar por algo? ”

Suelo utilizar de ejemplo la diferencia con el discurso socio-subjetivo en torno a la diabetes. Tengo una amiga a la que con 4 años le descubrieron diabetes. Tiene ya casi 30 años. Tiene callos en todos sitios, no puede pincharse más, por lo que van a ponerle una maquinita enchufada con un catéter todo el rato, y esa maquinita le administrará la medicación.... Lo grave, para ella, es que nadie le dice que se va a morir sino que “no pasa nada, que no se preocupe”. Insisten en eso: no te preocupes. No pasa nada. Tampoco le dejan espacio para sus malestares a la hora de sentir que tiene una máquina pegada a su cuerpo, y con otras cosas que le pesan... Porque el discurso en torno a la diabetes es totalmente positivo, resaltando en todo momento que es una enfermedad con la que *se puede vivir*. El VIH no ha recibido un discurso acerca de que se puede vivir con ello hasta ahora, al contrario... A mi amiga que tiene diabetes nadie le cuestiona si quiere ser madre o no, por ejemplo.

Y es que vuelvo a insistir: las enfermedades se construyen, igual que la relación para con el cuerpo, que la tenemos. Es algo social que se vive subjetivamente (como todo, en definitiva...). Y en el taller una de ellas comenta:

–Los límites me los pongo yo, no es la sociedad...

–Ya, pero ¿tú estás en una burbuja o qué? ¿lo que sientes por el VIH se te ha generado a ti espontáneamente, sin que tenga relación con cómo se vive en la sociedad o qué?

–No, claro... no... es verdad...

*Y un después...*

“Estoy un poco impresionada. Patry me ha dejado un cómic que me ha golpeado de entrada, vaya título... PILDORAS AZULES, dice mucho y está genial, me lo

he leído casi entero en los viajes de metro de hoy. Es como una panacea para los guerreros del Final Fantasy, ¡qué pasada!, me ha reconfortado muchísimo y me da un ejemplo de normalidad, de desdramatizar el drama que hay en mi cabeza, la verdad que de unos cuantos plumazos, bueno, en unas muchas viñetas, me ha aclarado más cosas que todo lo que he leído en internet en estos días, lo veo una historia tan de verdad con todas las preocupaciones de ella, con toda la normalidad de él...

He tenido una charla con Patry y también (además) me ha abierto otros caminos que por desconocidos se añadían a esas... limitaciones, cosas prohibidas...

El SEXO, tremendo enemigo ¿no? Pues eso: que parece ser que no tiene por qué.

El sentirte privado de tantas cosas y que alguien te lo ponga en duda. Me encanta que haya caído en mis manos este libro.

Da la sensación de que todo es posible.

¡SI,

SI,

SI!

Es verdad que a veces cuesta mucho tomar decisiones y que ésta por postergada no es ni mucho menos poco importante. Considero una gran ayuda el encontrarme donde me encuentro y un privilegio el momento interior al que he llegado. También que *Píldoras Azules* me ha impresionado mucho y para bien.

Creo que es ahora cuando puedo decir que tengo el VIH y que voy a comenzar a medicarme para tenerlo bajo control y no tanto estar bajo su control. Puede que haya cosas “malas”, “efectos secundarios” y todos esos demonios con los que estaba luchando, pero creo que merece la pena el resultado global. Además no estoy sola y me encanta la tranquilidad que he encontrado en el planteamiento de pareja que





y ‘no puedes’... Tienen miedo a volver solas a casa por la noche por ejemplo... y... otros miedos, como: “*miedo a desviarme*”.

–¿Desviarte? ¿Cómo? ¿Consumiendo?

–...no, no... no es eso...

–ah!, ya... él...

Miedo, miedo a desviarse de la decisión que ha tomado, y seguir bien.... porque su pareja la machacaba. Ella decide dejarle. Allá en... ¿cuándo fue? hace meses, ¿no?, pero qué más da. Ahora él le pide perdón y le da ánimos para que siga bien... porque la quiere... Hay una teoría, la del *círculo de la violencia*. Si una teoría existe, es porque de la práctica recurrente surge...

Le ponemos un rayo en el árbol genealógico, pero días después, sesiones después... él vuelve a aparecer...

### Vínculos que no se trabajan...

En el taller, que es de trabajo grupal, encontraremos que podemos detectar el vínculo, indicadores de que la relación vuelve a las fases en que ella quiere volver a intentarlo, verle, etc. pero no servirá de nada si no se acompaña de un trabajo específico...

Le dejó. Estaba muy triste, pero autoafirmada en su decisión. Le dejó y por eso lloraba, y por eso “la mandaron” al taller. Le dejó... y a los dos meses recibía llamadas, y un día, una nota, de él...

“No sé si verle” (ergo: quiero verle). En el taller, nadie ejercimos presión sobre ella. Y el ejercicio consistió en enfocarlo desde los roles que ejercemos como mujeres, y la construcción del amor... pero el trabajo psicológico no se había podido dar...

*“Es que necesita ayuda, que le lleve y acompañe al centro...  
Porque no me despedí de él...”*

*No me quedé con él... le abandoné...*

*Me pegó sólo una vez...*

*(la mandó al hospital, pero fue sólo una vez...)*

*Él es muy luchador...*

*Sé que no es bueno para mí...”* (mientras llora)

Él le escribió una nota. No la reproduzco porque no soy quién para hacerlo, aunque haya tenido acceso a ella en el taller, porque nos la enseñó y me dejó copiarla, apuntarla. Esa nota. Casual, animosa, cercana... Lo que para mí es una falta de respeto y consideración hacia ella, para ella es una piedra de toque para poner en marcha todos los anhelos de volver a estar con él, de que todo vaya bien... *Sabe* que no debe volver pero eso no está en consonancia con lo que *siente*...

Porque con un taller... **no es suficiente...**

## NOTAS

<sup>1</sup> Carme Valls Llobet para un abordaje de la ‘medicalización’, y Nuria Romo Avilés para su aplicación específica en la cuestión de las drogodependencias y los consumos invisibilizados en las mujeres.

<sup>2</sup> En los cursos que imparto a profesionales, utilizo fragmentos del libro *Las hijas de Egalia*. Es una novela que nos ubica en un mundo “al revés”, donde todo lo asociado a lo femenino está asignado a los hombres, y todo lo masculino está asignado a las mujeres. Pone de relieve muchos mecanismos sutiles (y no tan sutiles) de discriminación y abuso, y hay un capítulo donde violan al protagonista: Petronio. No le introducen nada por ningún orificio de su cuerpo, y las atacantes son mujeres, a las que él, como varón en esa sociedad del revés, ha aprendido a tener miedo... Él, como varón, se sabe susceptible de agresión. Al leer esa parte del libro en voz alta, muchas mujeres me piden que deje de leerlo, o que les genera un desasosiego en tanto que se perciben identificadas con lo que estoy leyendo. Los varones, en general, no sienten dicho desasosiego, y sobre todo: no pueden imaginarse a un hombre en esa situación, sino que lo que se imaginan es a una mujer, o a un adolescente, en todo caso... pero no a un hombre... Y añadiré más, algunos me han revelado que han podido llegar a resultarles sugerentes las acciones efectuadas por las denominadas agresoras en esa parte del libro. Recomiendo su lectura íntegra en cualquier caso. Lo escribió una mujer noruega: Gerd Bratenberg, allá por 1975. *Las hijas de Egalia*. horas y HORAS la Editorial, 1994

### OCTAVO EJERCICIO:

#### Una mirada biográfica a la autoestima, soy quien he sido

Se trataría de escribir la autobiografía de cada una. Señalar los acontecimientos que nos han marcado o definido, que han marcado-separado etapas, etc. (pueden fijarse en variables como la edad, la familia-casamientos-separaciones, maternidad, trabajo, etc. Y en este caso: la drogodependencia podrá estar o no interrelacionada con todos los hitos de la vida). Describir la historia de vida de cada una, señalar las coincidencias de cuestiones relacionadas con el género.

*Objetivo:* Desvelar el *sincretismo* de género, la identidad sincrética, que favorece la identificación positiva de género más allá de las diferencias entre unas y otras.

#### Cuestiones metodológicas y de contenido

Ya con los árboles genealógicos nos introducimos sin querer en la biografía. Es difícil, a estas alturas del trabajo, separar... Hemos ido haciendo los árboles, y hemos ido hablando de temas relacionados con las biografías. Pero **es importante que la hagan independientemente**, que podamos hacer con ellas un recorrido vital.

(pp.124) “Desde una perspectiva feminista cada mujer es su propia historia. La explicación profunda de las fortalezas y los problemas de autoestima se han producido en su circunstancia, en su tiempo y su espacio. Sólo al re-conocer la propia vida y ubicarla en el mundo es posible atar cabos y encontrar conexiones para explicar por qué cada una es como es y por qué los procesos vividos y la manera de procesarlos impactan la autoestima. (...) Ninguna ha sido creada, no nació así sino que ha devenido en la que es, en quién es y en cómo es. Necesitamos hacer conciencia histórica de nuestra vida y hacer la historia de nuestra conciencia de vida.”

Concretar tu vida, la historia concreta de cada una, explica dónde está y cómo está... Es necesario poder echar esa mirada a la historia, entendiendo la forma en que te conviertes en la persona que eres... Porque parece que sólo las personas “importantes” tengan biografía...

### 1778, Filadelfia: Si él hubiera nacido mujer...

“De los dieciséis hermanos de Benjamín Franklin, Jane es la que más se le parece en talento y fuerza de voluntad.

Pero a la edad en que Benjamín se marchó de casa para abrirse camino, Jane se casó con un talabartero pobre, que la aceptó sin dote, y diez meses después dio a luz su primer hijo. Desde entonces, durante un cuarto de siglo, Jane tuvo un hijo cada dos años. Algunos niños murieron, y cada muerte le abrió un tajo en el pecho. Los que vivieron exigieron comida, abrigo, instrucción y consuelo. Jane pasó noches en vela acunando a los que lloraban, lavó montañas de ropa, bañó montoneras de niños, corrió del mercado a la cocina, fregó torres de platos, enseñó abecedarios y oficios, trabajó codo a codo con su marido en el taller y atendió a los huéspedes cuyo alquiler ayudaba a llenar la olla. Jane fue esposa devota y viuda ejemplar; y cuando ya estuvieron crecidos los hijos, se hizo cargo de sus propios padres achacosos y de sus hijas solteronas y de sus nietos sin amparo.

Jane jamás conoció el placer de dejarse flotar en un lago, llevada a la deriva por un hilo de cometa, como suele hacer Benjamín a pesar de sus años. Jane nunca tuvo tiempo de pensar, ni se permitió dudar. Benjamín sigue siendo un amante fervoroso, pero Jane ignora que el sexo puede producir algo más que hijos.

Benjamín, fundador de una nación de inventores, es un gran hombre de todos los tiempos. Jane es una

mujer de su tiempo, igual a casi todas las mujeres de todos los tiempos, que ha cumplido su deber en esta tierra y ha expiado su parte de culpa en la maldición bíblica. Ella ha hecho lo posible por no volverse loca y ha buscado, en vano, un poco de silencio.

Su caso carecerá de interés para los historiadores.

*Mujeres.* Eduardo Galeano”

Común es que las mujeres carezcan de conciencia de que su historia es importante. Es más:

“mujeres escolarizadas o autodidactas han adquirido una visión histórica como fundamento del pensamiento. Pero los hechos concretos enunciados por la historiografía son masculinos y los protagonistas son hombres. En la historia hegemónica patriarcal aparecen sólo unas cuantas mujeres poderosas, generalmente heroínas o mártires, y alguna escritora o científica, notables por su excepcionalidad. La ausencia, la invisibilidad y la desvalorización de las mujeres en la historia marca la identidad de género (...) y permite explicar, en parte, la sobreidentificación de las mujeres con los hombres como protagonistas de lo trascendente. Al aprender las interpretaciones del pasado como si fueran la verdadera historia, la única, muchas mujeres no desarrollan una conciencia de género sobre esos relatos.” (p. 127)

Deseable sería que Jane Franklin no se hubiese visto abocada a un destino (que de eso se trata: de tener derecho, como mujer, a no cuidar, de que sea una elección, una más... no un destino...) pero, efectivamente, su caso carecerá de interés para los historiadores... Porque la vida, el cuidado, lo necesario para vivir, y no las “grandezas”, “batallas”, “proezas”, “guerras”, y demás cosas relacionadas con el honor y hacer “cosas importantes”, deberían ser la historia... Mientras tanto, para mí, el reto estará en que nos no importe que carezca de

interés o no para “los historiadores”, porque ‘ellos’, y el sistema de valoración que simbolizan y materializan, nos dará igual... y entonces... sólo entonces, desaparecerán realmente (y desde aquí, rescatar que hay multitud de historiadores e historiadoras que consideran importantes esas otras cosas y que han hecho un trabajo impresionante para sacar a la luz la historia de “las mujeres”, criticando además la visión androcéntrica y belicista-militarista que convierte en guerreros a todos los pueblos y nos ha educado en que la guerra es inevitable, etc.)

### **El hilo vital en drogodependencias**

*Clave metodológica:* realizamos un hilo vital, en el que señalamos sobre todo los periodos de abstinencia, y los hitos de la vida (hechos claves o fundamentales que recuerden). Para que resulte más ameno y dinámico es aconsejable realizar dos hilos vitales paralelamente, pero siempre que el grupo goce del clima necesario (confianza, etc.) y las dos personas no tengan inconveniente en ello.

En personas cuya drogodependencia se ha dado a edades avanzadas (es decir: que no se han visto envueltas en dinámicas de consumo desde los 12-13-15 años, etc.) esta dinámica es muy útil para ver que la drogodependencia “no viene de golpe” porque una empiece a consumir (en las personas que empiezan a edades tempranas en el consumo parece más clara esa idea de que la drogodependencia se ha ido configurando poco a poco; sin embargo, es importante también desnaturalizar procesos y ubicar a cada persona en su historia vital, realizar una explicación de sí misma para reconocerse en ese itinerario). Por eso se realiza el hilo vital en una sesión tardía del taller, porque ya nos conocemos mejor, ya hay un clima de confianza y podemos examinar la historia vital de forma cronológica, estableciendo la relación comprensiva entre unos hechos y otros. Abstinente hasta los 23 (por ejemplo), sí, pero... ¿qué

otros elementos podemos encontrar que hayan ido encadenándose hasta llegar a las situaciones de consumo y abuso de sustancias? Examinar el ‘antes’ que llevó a una historia de consumo y adicción...

*“(...) mi padre nos abandona. Pasábamos las noches sin dormir, porque mi padrastro no era buena gente con nosotras. Discutían mi madre y él. Recuerdo a mi madre con un cuchillo detrás de él... Mi hermano y yo salíamos mucho por el barrio. No queríamos estar en casa. Y estábamos todo el día por ahí, con la gente mayor del barrio. (...) de mí se esperaba que me casase y tuviera hijos... Yo quería estar normal: con mis hijos, mi marido apoyándome en todo, vivir, trabajar... Esto no es vida. Así no....que nadie te tenga que decir nada de que consumes, etc. ni de cómo cuidas a tus hijos. Ni de horarios, ni de qué comer... y sobre todo: no sentirme sola...”*

Porque la maternidad fue su destino y su soledad... Eso es lo que se esperaba de ella, eso es lo que fue, y eso fue lo que la llevó a la depresión y a consumir...

A los 33 años de edad.

Luego, ya vino la adicción...

### **“Sentir que a quien me escucha, le importo...”**

Y retomo esta frase que salió en el tercer ejercicio (qué te subía la autoestima y qué te la bajaba), porque cuando llegan a los centros de atención se suele hacer una ‘historia de vida’. Y la tienen que repetir una y otra vez cada vez que llegan a un recurso y/o profesional nuevo. O si no, se tienen los informes que recogen esa ‘historia de vida’. Últimamente yo he optado por no leerlos más. Es curioso, porque ellas (y ellos) están esperando que sí lo haya hecho, que sepa cosas de sus vidas que no me han contado... Pero he optado vitalmente por

no hacerlo. No lo necesito para trabajar. No, si quiero establecer un proceso de conocimiento paulatino, de relación que se vaya desarrollando poco a poco... y sin dirigir previamente, como “profesional”, mi atención hacia cosas predeterminadas en esos informes... No digo desde aquí que no haya que leerlos, pero sí pararse a reflexionar cuántos de nuestros mecanismos se ponen en marcha cuando leemos según qué cosas en los informes que recibimos y hacemos. Valoraciones personales, interpretaciones de la realidad según nuestro criterio... Si vamos a entrar en la vida de alguien, que es lo que hacemos continuamente como “profesionales” de los servicios sociales, de los centros de atención a drogodependencias, etc., etc., que al menos sea desde el profundo respeto al hecho de que se trata de la vida de una persona, a la cual tenemos acceso desde una posición desequivalente... ¡Ay! el mito de la asepsia y la objetividad profesional... como si no transfiriésemos nada, como si no fuésemos ‘subjetividades andantes’.

*“Sentir que a quien me escucha, le importo. Porque al final resulta que no somos más que números, historias... Y no te estoy pidiendo que te hagas mi amiga, no sería cierto, porque las amigas se cuentan cosas la una a la otra, y aquí soy yo quien cuenta, no más. Pero sí que me des muestras de que importo, de que soy persona, de que yo, y mi historia, somos importantes, somos particulares...”*

## PARA IR ACABANDO, UNA PROPUESTA...

Y es que el libro de Marcela no es sino una batería de preguntas, y reflexiones, que hacen que se centren en sí mismas, cuidando de poder recogerlo y analizarlo con las aportaciones de los muy diversos feminismos, la antropología, la educación social...

Nosotras acabamos este taller con un ejercicio en torno al cuerpo –la salud, como eje vital, recogido en las páginas 170 a 173 del libro de Marcela. Les di el ejercicio fotocopiado, procurando recoger el concepto integral de salud que ella transmite en sus palabras (que existan clases sociales es un “oprobio a la salud”). Risas les causaron las preguntas en torno a si se habían hecho la prueba del VIH alguna vez, y si habían ido a revisión dental... porque muchas andan sin dientes, y el tema del VIH va indisociablemente unido a la drogodependencia si compartiste material inyectable, etc.

Dejé por tanto el ejercicio de la “*Etnografía de la vida cotidiana: soy como vivo*” sin realizar dentro del taller. El ejercicio consistía en que incorporaran las nociones que venían siendo trazadas en el taller en forma de reflexión colectiva, y en aspectos muy íntimos de la vida actual de cada una: cuerpo y autoimagen corporal, nudos conyugales y familiares, salud,

maternidad –no maternidad, jornada laboral– quehaceres, cotidianeidad, atención a su salud y a sí mismas...

Y la propuesta fue que nos veíamos (ellas a sí mismas) dentro de unos años, realizando de nuevo este ejercicio, examinando sus condiciones de vida, y el estado de su autoestima...

### **Fin del extrañamiento y alguna idea que creí importante...**

*TIC's, una tarde de junio de 2006...*

“No sé cómo presentar lo que tengo. Quiero decir: ¿debería repasar las grabaciones y anotar? ¿o quizás seguir el libro de 'Claves Feministas' y en base a las grabaciones anotar con ese hilo conductor? No sé. Quizás lo mejor es que me ponga a ello. Me da pereza. Sobre todo porque no he terminado y aún quedan sesiones que preparar. Sobre todo ahora que les he dado el ‘autoretrato corporal’. Me meto de nuevo en un berenjenal. “Van salir todas nuestras miserias”, dijo ‘Manuela’. Hemos caminado mucho juntas. Saben echarse una mirada más a sí mismas y a lo que son y quieren ser. Pero los ‘tics!’ permanecen. Son poderosos. He pedido un sándwich de pollo con patatas y salsa barbacoa. Tengo enfrente un tío que hace que lee mientras toma un café. Me mira. Furtivamente, pero a menudo. Se levanta y se va. ¡Ah! ¡No!, va a por el periódico. No, si yo también estoy pendiente de él... ‘Tics’, a eso me refiero. Es como ir por la calle y mirar en los escaparates a ver a quién llevas detrás... Pues las chicas igual: no se quieren. No hablan de estas cosas. El taller es como una isla. Como yo escribiendo intentando estar ajena a lo que me rodea. Reflexionando sobre ello. Un isla escribiendo. Una isla para llorar, para quererse, para enunciarse y emocionarse distinto, si es que existe eso de emocionarse distinto.. Pero yo sé a qué me refiero. Sólo me falta poder escribirlo para

que otros, los otros, puedan referirse a ello también. Me han traído lo que he pedido. Es una pechuga con ensalada. El cocinero se ha confundido. El camarero me deja un precio intermedio entre lo que he pedido (más barato) y esto... En fin... ‘Lola’ está generando vínculo con ‘Javier’ de nuevo. “Sólo” le pegó una vez, que la mandó al hospital y le ha dejado secuelas en las vértebras. El maltrato era sobre todo psicológico. Me quedan 4 minutos para levantarme e irme a por July a la escuela de música. No puedo seguir escribiendo si quiero comer esto que me han traído... Tres señoras a mi izquierda charlan animadamente. Son muy mayores. De pequeñas andamos siempre juntas. Y de ancianas allá que vamos otra vez. Entre medias debe ser que nos volvemos tontas y nos da por entregar nuestra vida a esos pazguatos que son muchos hombres... Estoy generalizando ¿injustamente? ¡Claro! Pero es lo que me ha dado por pensar. July: con niñas. La señora de al lado: con señoras. Las chicas: entre ellas, hasta en el descanso del taller. Su isla.

No es lo habitual. Ellos siempre están en medio, llenándolo todo. Como el día que entramos y coincidimos con todos los chicos del mundo CAID... Entra otra señora a sumarse al resto. Otra cañita. “Pero no de esas grandes, eh?”. Y otro descafeinado. “Ni muy fuerte, ni leche”

Mientras pago, otra. Ya son cinco.

‘Josefa’ se marchará a comunidad terapéutica a final de mes. ‘Marian’ encontró trabajo. El grupo, la isla, se rompe. Hay que darle continuidad... fuera de las estructuras. Ojala las superen.

El valor de la compañía femenina. Eso es lo importante... porque ‘Marian’ siente que está sola, y ‘Francisca’ que su objetivo son sus hijos...”

Elas han desarrollado una problemática *diferente*, que es la drogodependencia, que ha configurado las relaciones... pero *son mujeres*. Eso es lo que hay, ‘Tics’: si recaen o tienen con-

sumo, no llaman, no acuden, porque quedan juzgadas en base al consumo. El consumo, la adicción, configura las relaciones. Como en los varones, ¿no? La diferencia sigue siendo que en ellas es algo doblemente reprochable por el hecho de *ser mujer*. Como con todo lo que hemos ido viendo a lo largo del taller.

### ¿Qué ha sido el taller para vosotras?

Les pido itinerario del taller. Qué han sentido, vivido, qué han hecho en este taller. Ante una pregunta como “¿te ha subido la autoestima?”, sus respuestas se complejizan: no contestan que ‘sí’ o que ‘no’. Contestan que es más complicado, que no es eso: “pero me siento más fuerte, más viva, más segura de mí y de lo que quiero o no quiero... me siento más a gusto conmigo misma, y más capaz de hacer las cosas que quiero hacer”.

Y es que este tipo de trabajo no tiene por objetivo “subir la autoestima”, o “acercarse al problema de los malos tratos”, etc. Se trata de establecer un proceso, un espacio y una metodología que posibiliten el trabajo, pero no para lograr objetivos y resultados. Los procesos de vida son eso: procesos. No sé si “les cayó el veinte”, como decía Marcela en la ‘pedagogía feminista’, pero al leer sus entrevistas iniciales, en contraste con su estado de conciencia actual, varios cambios se habían dado...

“–Leo de mi cuaderno de campo: *‘confirma los malos tratos del marido... Hacia los hijos no hay violencia por parte de él. No desecha la idea de volver con él algún día’*.”

–¿En serio dije eso? ¡Madre! ¡Es verdad! No lo desechaba, ¡pero es que ahora no quiero ni pensar en eso! Y antes me afectaba más lo del piso, por ejemplo, era el centro, ahora ya estoy más centrada en ver qué quiero yo...

–Sigo leyendo: *‘no puedo venir. Es que interfiere en mis planes. Además voy a ir a la Agente de Igualdad del distrito para estos temas...’* ¿Te reconoces? (y miro a una de las participantes, que sonrío porque vino con el ‘no’ en la boca)

–... sí.

–¿Y...?

–*Que allí no podría haber hablado de todo lo que hemos hablado aquí... Es como que tienes que esconder que eres drogodependiente, y aunque aquí es algo que no ha sido el centro, lo hemos puesto siempre en relación con las demás cosas que nos pasan.*

–¡Otra!: *‘se está arreglando la boca. Dice que le da corte sonreír. Considera que su temblor de manos puede dificultar que escriba...’*

–*¡Ésa era yo! ¡ésa era yo!... ¿Queréis que os lea qué ha sido para mí el taller? –nos pregunta con una gran sonrisa en la boca, sin taparse con la mano...–, pues ha sido: unión con la sociedad, sentirme escuchada, sentir que soy capaz de cumplir, (auto) control, sentirme valorada como mujer... y sobre todo: que no me creía capaz de venir, y lo he hecho.’*

Manifiestan la *necesidad* de seguir viéndose fuera del CAID, en una asociación, fuera de una red centrada en el consumo, la drogodependencia. El último día quedamos para ir todas juntas a la Librería de Mujeres. Nunca la habían visitado. Y les gustó...

### Trabajando el vínculo (feminista) entre mujeres

Algo que me llamó mucho la atención con la realización de este taller (mi primer taller, el más especial, el único segregado sin interferencias...) fue que en los descansos, ellas bajaban a fumarse un cigarro y charlaban, reían juntas... En ese horario no coincidían con la afluencia masiva de personas –principalmente varones– que se da en los CAID por la dispensación de metadona o la realización de analíticas, y además estaban en un grupo terapéutico no mixto... Así que allí las tenías: se mantenían juntas, riendo, comentando “sus cosas”, y quedando a desayunar para el día siguiente, o pla-



neando hacer una excursión de fin de semana al campo todas juntas...

*“Oye! Que P. llama a M. y quedan! –me decía una psicóloga–*

*–Sí, lo sé. Y tú lo sabes porque te lo ha contado P. ¿no?*

*–Sí*

*–Y M. se lo ha contado también a su psicóloga.*

*–Pero no deben quedar, no pueden establecer vínculo...”*

Porque resulta que sí, que el grupo se convirtió en un espacio en el que me vi –y me sorprendí a mí misma– trabajando el vínculo entre personas drogodependientes... Llevo demasiados años en esto como para no apercibir(me) de “el peligro” en las relaciones entre personas que han tenido una misma adicción. Muchas veces se meten en dinámicas en que “se arrastran” a consumir, o se ponen en situación de riesgo porque van a ayudar a “fulanito” a no recaer, etc. Pero la diferencia aquí –y recalco mi sorpresa– es que lo estaba trabajando con mujeres, por eso estaba trabajando el vínculo, porque es necesaria esa perspectiva feminista para trabajar con mujeres drogodependientes...

Trabajar con ellas pasa por romper el *no pacto intragénero*, la rivalidad entre mujeres...

Y esto pasa a su vez por poner de relieve la realidad de que no conozco profesional que observe como pauta que las mujeres se arrastren entre sí a consumir (como excepción, sí, alguien ha podido verlo en su trayectoria profesional... pero insisto: ¿como pauta?). Sí a los varones entre si, y sí a los varones con las mujeres y viceversa... Y así, aplicando el mismo sesgo androcéntrico, decidimos no trabajar el vínculo entre mujeres drogodependientes tampoco... Pero después de este taller, descubrí que es necesario trabajar el **vínculo, feminista**, entre las mujeres... porque, de hecho, funcionó como **factor de protección** una vez más, **como lo hace frente a tantas otras cosas que nos agreden en el cotidiano...**

En la evaluación del taller, con el equipo profesional del CAID –al que por cierto, vuelvo a mostrar mi agradecimiento–, hablamos de ello:

*–Algunas me habéis comentado que veis que las chicas quedan entre ellas... Y es que es una consecuencia directa del grupo y la metodología de trabajo... hemos estado trabajando el vínculo, de forma determinada, pero vínculo al fin y al cabo.... Y yo también veo el posible problema... pero ¿cómo veis a las chicas? ¿cómo las percibís?*

*–Fuertes, mejor, cambiando cosas y hablando de cosas que tenían muy enterradas... Bien...*

*–¿Creéis que es un ‘handicap’ lo suficientemente importante como para no realizar este tipo de grupos? ¿O podemos trabajar desde ese vínculo y lo que pueda conllevar?*

*–Se puede trabajar. Yo creo que merece la pena... –afirma una, y otras compañeras asienten...*

Porque leerlo en un libro no es igual que generarlo, hacerlo realidad... El equipo del CAID, al completo, valoraba lo beneficioso de un trabajo como éste con las mujeres, independientemente de que se llamasen y quedaran... Independientemente de que se estuvieran haciendo *compañeras*...

*“Patri: que M. tiene deseos de consumir. Nos lo ha dicho y le hemos dicho que lo contase en el grupo, que ni hablar de hacerse la cama como se la estaba haciendo.”*

*“No quiero consumir porque quiero seguir en el grupo...”*

### **Y a partir de aquí, un reto:**

Superar las redes de atención, trascenderlas, trabajar por la auto-organización... Porque las redes asistenciales son eso: asistencia, y mantienen las relaciones de subordinación y desequivalencia... Un saber unidireccional asentado en la creencia de que drogodependencia y auto-organización, agencia<sup>2</sup>,

son antónimos... Y sobre todo, porque también llevo demasiados años en procesos grupales, cambiando –o intentándolo– lo que nos rodea, como para saber que la vida va más allá del empleo, la vivienda, y tratar de “triunfar” en lo afectivo a través de la pareja y “la perfecta familia”.

*“Se ha alargado el taller, porque todas contaban cosas y se sentían a gusto.*

*Todo lo que hemos estado haciendo, estamos ya terminando. ¿Qué se hace con el grupo ahora?.”*

### **Y una posdata:**

Resulta que estuve realizando estos talleres también en grupos mixtos (de mayoría masculina, claro) o exclusivamente de varones<sup>3</sup>. Como le decía a Elena Lasheras, me impresionó el buen resultado en el proceso de algunos varones... No podía adaptar el trabajo de Marcela exactamente, pero sí utilizar su metodología para hacer con ellos un viaje de reflexión sobre sus condiciones de vida y sus acciones. Con ellos no se trataba tanto de plantearse cuestiones como la autoestima de género, sino cómo el sistema de relaciones de género los situaba de forma desequivalente en sus relaciones, negativa siempre hacia aquellas personas que más cerca tenían... Igualmente, muchos de ellos habían asumido sus roles en torno al empleo y la identidad masculina hegemónica, sin ver que esa “vida normal” –de casa al trabajo, y del trabajo a casa, pasando por el bar (fiesta, cena de negocios, etc.); “amén” de una forma de resolución de conflictos anclada en la violencia y la prepotencia–, y el sistema de valores asociado a ella, eran la fuente de sus problemas... Su proceso de dejar su dependencia a la droga pasaba por un profundo cambio de su situación vital y su forma de relacionarse consigo mismos y las demás personas. Y eso necesita tiempo. Reaídas, posiblemente. Porque la gestión del cotidiano hace que sea complicado...

El texto que sigue está extraído de un 'Blog' en el que suelo escribir...

Abril de 2008:

### *Los combates cotidianos*

–Me he cruzado con el viejo Mesribes... Le he puesto mi cara de 'no hablo con los antiguos torturadores de Argelia'... No le he dicho nada... Agachó la cabeza y se fue.

–¿Y qué!? ¿estás orgulloso? ¿qué clase de ética gilipollas es esa que te hace sacrificar a un amigo por un pasado al que él ha renunciado definitivamente?... Está bien tener una ética... pero es algo parecido a la lógica: es demasiado simple como para dejarla intervenir en las relaciones humanas.

–A veces hay que ser radical...

–El radicalismo es el arma de los fachas.

–Hay cosas que no deben olvidarse...

–¡Nadie te pide que olvides nada! Pero todos evolucionamos... nos arrepentimos... Tienes derecho a tu opinión, pero cuando juzgas la vida de los otros me parece que te sales de tu jurisdicción, *sheriff*...

Francamente, creo que a quien más castigas con esa historia es a ti mismo.”

*Los combates cotidianos. Manu Larcenet.*

En donde trabajo un chico me cuenta que salía a dar palizas a ‘gente diferente’... que no se habla con su hermano homosexual... que insiste con las chicas hasta que logra llevárselas a la cama... que... que no le gusta cómo ha sido, y que necesita ayuda para construir un otro ser... Está donde trabajo porque tiene problemas con las drogas. Pero ése no es el problema, aunque el centro donde está se emperre en que sí. “No me gusta cómo he sido...” me dice. Y sus médicos insisten en que el problema es su adicción...

Combates cotidianos, gente cambiando, viviendo... De repente te las ves hablando de sentidos de vida, formas de habitar el planeta. Por cada uno que quiere dejar de odiar, te encuentras diez que son puro egoísmo y que también creen ciegamente en que su problema es la adicción y punto. Como si no tuviera nada que ver con nada más. Tienen todo un sistema de atención médico y ‘psicologicista’ a su favor: volverán a trabajar más de ocho horas al día, a formar una familia (basada en las relaciones de dominación y la jerarquía), a ser *normales*, estarán *insertados*... porque no nos corresponden los combates cotidianos, me dicen (más o menos, claro, que eso de ‘los combates cotidianos’ es si acaso una expresión poética...) en mi trabajo. No nos corresponde trabajar si habla o no con su hermano homosexual... ¿qué más da si es homófobo? No nos corresponde si basa sus relaciones en la dominación masculina, imagino que no nos corresponde apoyarle en su proceso de cambio de forma de vivir la vida... porque nadie piensa que la forma de vivir la vida que hemos construido es enfermiza, dañina... es lo *normal*...

Cuando leí el comic (*Los combates cotidianos*, de Manu Larcenet) me vino a la mente una conversación con unos amigos acerca de la película *Las Horas*<sup>4</sup>. No hay lógica que valga... La protagonista no es una “perturbada esposa de 1951” –como recogen en alguna sinopsis de la película–. No podía marcharse, y optó por irse. Huyendo de lo normal... Una apostó por la vida, la otra por la muerte... pero ninguna se quedó quieta, muda, amordazada... Optaron por el cambio, y el cambio siempre conlleva dificultades, enterezas, a veces injusticias, ¿cosas imperdonables?... Juzgar la vida de alguien es una lectura desde la misma posición que marca qué es lo normal... y que ejerce de sheriff, de médico, de psiquiatra...”

## Para todas nosotras

**Capercita** dijo NOOOOOOOO!, dio esquinazo al lobo y disfrutó del bosque en su plenitud.

**La Princesa del Guisante** harta de trepar colchones noche tras noche, se fue a México, donde descubrió las hamacas...

**La Sirenita** vivió feliz al descubrir el goce que supone amarse a una misma, por encima de cualquier océano, pasión y principado, disfrutando por siempre de las libertades de los mares de todo el mundo.

**Blancanieves** decidió independizarse de la tiranía de los enanos del bosque, y desde ese día tuvieron que apañárselas para compartir entre todos su vida laboral y familiar.

**Fiona** trabó amistad con la enamoradiza **dragona** y no necesitó de príncipe ni de **Shrek** alguno que la salvara de sí misma.

**Harry Potter**, utilizando inteligentemente el poder de su varita, hizo crecer y crecer sus orejas para poder escuchar mejor los sabios consejos de su amiga **Hermione**.

**La Cenicienta** decidió mandar a freír espárragos a alguien cuya obsesión eran unos zapatos de cristal.

**Rapunzel** cortó sus fuertes cabellos para utilizarlos por una vez en beneficio propio, escapando así de su torre-cárcel.

**La Bella Durmiente** se propuso alcanzar en lo que le quedaba de vida, en estado de vigilia, la libertad con la que durante años soñó, soñó y soñó...

Fuente: *Contar cuentos cuenta*  
Mateos Gil, Almudena y Sasiain Villanueva, Itxaso  
Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.  
Consejería de Educación Junta de Andalucía.  
Colección Plan de Igualdad 9, Lettergraf, Madrid, 2007

## NOTAS

<sup>1</sup> Un apunte de última hora: en uno de los cursos de formación que he dado en 2009, algunos profesionales me manifestaron que en su Comunidad Terapéutica de mujeres sí observaban que las mujeres se arrastraban a consumir. He estado pensando mucho sobre ello, contrastando con otras Comunidades Terapéuticas exclusivas de mujeres y su experiencia, y no en todas afirman lo mismo que estos profesionales del curso que menciono, la experiencia se diversifica... pero ese comentario me hizo querer redactar esta nota. Porque yo he tratado de transmitir el error de volver a utilizar un sesgo androcéntrico en el análisis de las relaciones entre personas drogodependientes, a la par que constaté con esta experiencia del taller la necesidad del vínculo intencionadamente feminista entre mujeres como factor de protección; pero creo que es un nuevo apunte para la reflexión que en espacios *convivenciales* –con cierto aislamiento del exterior y en los cuales se elimina temporalmente la presencia de varones (*ergo* se eliminan los componentes de género derivados de las relaciones con varones, a excepción de los profesionales)– podamos encontrarnos con vínculos emocionales entre mujeres donde se den relaciones que sean un factor de riesgo por la drogodependencia y las dinámicas a su alrededor... Y entonces, abrimos otra ‘caja de pandora’: las relaciones entre personas con problemas de drogodependencias... ¿cómo lo trabajamos? Porque son numerosos los recursos que las prohíben sin más... Y desde luego, apostar por trabajar desde un vínculo intencionadamente feminista apuesta por encontrar un trabajo que no niegue el vínculo *per-se*, sino que, efectivamente, lo *trabaje*... Como decía una querida amiga: “es increíble que se prohíban las relaciones...”

<sup>2</sup> ‘Agencia’ es un término que se emplea en la disciplina de la Antropología, y que hace referencia a la variada capacidad de acción, diversidad y opciones de las personas de una cultura o sociedad; se plantea en contraposición a la idea determinista de la pasividad de los individuos que, insertos en esa cultura o sociedad, no son más que producto de la misma. La idea de la ‘agencia’ introduce el elemento relacional, y visibiliza esa capacidad de acción de las personas. Se me hacía interesante utilizarlo en este contexto, ya que ‘la drogodependencia’ es un término ‘reificado’ por excelencia, que sitúa directamente a la persona drogodependiente como alguien pasivo, sujeto como está por “la adicción”.

<sup>3</sup> Este párrafo me ha recordado una reciente investigación que he realizado con la UNAD, para examinar las dificultades de acceso al tratamiento para mujeres drogodependientes, y explorar posibles propuestas de actuación y mejora. En una de las preguntas del cuestionario pasado a los y las profesionales, interrogaba acerca de la posibilidad de realizar grupos específicos de mujeres. En más de una ocasión me encontré con una respuesta a mi juicio curiosa cuanto menos: ‘Estaría de acuerdo si se realizasen también sólo de hombres, para evitar discriminaciones’. Mi pensamiento era: si ya se realizan. En todas partes.... Solo que no lo percibimos como tal...

<sup>4</sup> Película estrenada en 2002, basada en el libro homónimo de Michael Cunningham, narra la vida de tres mujeres y sus seres más cercanos, en tres épocas distintas y conectadas entre sí a través de la novela *Mrs. Dalloway*, de Virginia Woolf. Con mi frase “No podía marcharse, y optó por irse. Huyendo de lo normal... Una apostó por la vida, la otra por la muerte...” me refiero a que –frente al suicidio de Virginia Woolf y de otro de los personajes de la historia– la mujer interpretada por la actriz Julianne Moore, que representa a las mujeres ‘amas de casa’ de la época tras la Segunda Guerra Mundial en EE.UU., decide que no se suicida –no ‘se marcha’–, pero se irá: dejará a su marido e hijos “abandonados”... Esta magnífica película necesita de bastante literatura feminista para alcanzar a apreciar algunos de los matices en que se desenvuelve...

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

He creado esta lista de libros, que he intentado que no sea muy extensa, para recomendar teorías y escritos con los que he nutrido mi actividad. Son libros que no he recogido en la bibliografía ni en el material específico de apoyo en el taller, pero que o bien aparecen mencionados en alguna nota a pie de página, o sencillamente no quiero dejar de lado su referencia porque para mí han sido importantes para las nociones que empleo. Aún así, seguro que me dejo alguno en el tintero, pero ¡alguna vez tenía que entregar el libro y dejar de añadir notas y referencias!:

- Cuerpos Sexuados*, de Anne Fausto-Sterling (2000). Melusina, 2006. Aunque lo había dejado ya recogido en la bibliografía, es un libro que no puedo dejar fuera de esta lista.
- Píldoras azules*, de Frederik Peeters Astiberri ediciones 2003. Un cómic...
- Las hijas de Egalia*, de Gerd Bratenberg, (1975). Horas y horas la Editorial, 1994. Magnífico relato en el cual la sociedad que vivimos está completamente al revés. Imprescindible para comprender muchas sutilezas (y no tan sutiles) de nuestro sistema sexo / género. No es el mundo que queremos, por eso luchamos para cambiarlo...
- Feminismo para principiantes*, de Nuria Varela. Ediciones B. 2001. Por fin alguien reunió en un libro accesible y de

fácil lectura algunas de las corrientes de pensamiento feminista más importantes y ¡en orden!

- Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*, de Virginia Maquieira, Elena Beltrán, Silvina Alvarez, Cristina Sánchez. Alianza editorial, Ciencias Sociales. 2001. Para quien quiera acercarse a los feminismos desde una perspectiva más académica.
- Fenomenología de la percepción*, de Maurice Merleau-Ponty (1945). Editorial Planeta-Agostini. Barcelona, 1984. “Preámbulo”, “Capítulo I” y “Capítulo II” de la primera parte. Un poco de filosofía y habitar en el mundo como ser situado...
- Metáforas de la vida cotidiana*, de Mark Johnson y George Lakoff, editado en 1986 por Cátedra. Imprescindible. Un libro sencillo y ameno para un planteamiento teórico de atinada y afinada observación...
- Mujeres, espacio y sociedad. Hacia una geografía del género*. De Ana Sabaté Martínez, Juana M<sup>a</sup> Rodríguez Moya, y M<sup>a</sup> Ángeles Díaz Muñoz. Editorial Síntesis. Madrid, 1995. Para ir un poco más allá de nuestra propia sociedad...
- La mitad invisible. Género en la educación para el desarrollo*. De Luisa Antolín Villota y otras autoras. Editado por ACSUR-Las Segovias en 2003. Se encuentra disponible en su página web.
- El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. De Monique Wittig. De 1992, y publicado en castellano por editorial EGALES en 2006. Para empezar por algún lado en el extrañamiento de “lo normal” de la heterosexualidad y otros contratos sociales...
- “Proceso de la memoria: cronotopos genéricos”, en *Perspectivas feministas desde la Antropología*, de Teresa del Valle (coord.), Ariel: Barcelona, 2000. El primer artículo que me leí dentro de la Antropología para empezar a pensar sobre el cuerpo y su memoria, también atravesados por el género...

- Lo que quiere una mujer*. De Alessadra Bocchetti. Textos de 1981 a 1995, editados en 1996 por la editorial Cátedra. Textos escritos desde la experiencia, para iniciarse en el reconocimiento entre mujeres y mirarnos muy adentro...
- Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos*. Ed. Icaria 2003. De varias autoras: Cristina Carrasco, María Inés Amoroso, Anna Bosch, Neus Moreno y Hortensia Fernández. Un libro pequeño pero imprescindible para iniciarse en la crítica feminista a la lógica del beneficio, al concepto de trabajo entendido en términos productivos y de empleo, etc.

Y para finalizar, tendría que mencionar a tantas y tantas mujeres maestras feministas a quienes he leído a lo largo de estos años... Gracias a ellas - enfrentadas, iguales, opuestas, discursivas, complicadas, sencillas, rebeldes, institucionalizadas, diferentes...- he podido comprender muchas cosas del mundo que vivo. Me sería imposible quedarme con una solamente, pero es un libro -y su autora- el que me viene a la mente:

*Tres Guineas*, de Virginia Woolf.  
Editorial Lumen 1999.

Publicado en 1938 por primera vez...

Espero que lo hayáis disfrutado... Muchas gracias por haber llegado hasta aquí, conmigo.

Si tenéis cualquier comentario, duda, sugerencia, crítica, etc., será bien recibido. Para ello, mi correo electrónico de contacto es: [kiruconk@gmail.com](mailto:kiruconk@gmail.com)

Hasta pronto...

## **ANEXOS**

Estos anexos se dirigen especialmente a personal técnico y profesional

**ANEXO 1**  
**Propuestas\* de mejora en la intervención  
en drogodependencias desde perspectiva de género**

Proyecto EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’.  
UNAD–UAM 2005-2007  
Sesión de trabajo para la elaboración de este documento.

***Introducción***

El trabajo se ha centrado en la intervención con mujeres, ya que la perspectiva de género pone de relieve su invisibilización en la/s problemática/s en torno a la drogodependencia, y la existencia de una serie de dificultades tanto para el acceso como para la permanencia en los tratamientos.

Estas observaciones surgen en un contexto en el que la demanda de tratamiento por parte de las mujeres es significati-

---

\* Estas propuestas son fruto del trabajo en grupo con las 4 entidades participantes en el proyecto: ACLAD (Valladolid), SAFA (Albacete), La Huertecica (Murcia) y PATIM (Castellón), una vez que el personal técnico implicado en el mismo había recibido formación en perspectiva de género aplicada a las drogodependencias, y llevaban más de año y medio de ejecución de las actividades previstas inicialmente en el proyecto. Decidimos realizar una jornada de trabajo para elaborar una serie de propuestas que mejorasen la intervención en drogodependencias desde una perspectiva de género, partiendo de nuestra experiencia directa en campo como psicólogos/as, trabajadores/as sociales, educadores/as, personal sanitario...

Este documento en concreto lo realizamos con las ideas de Begoña Esparcia y Ana Belén Rodríguez (SAFA), Pablo Safont y Encarna Pozo (PATIM), Ignacio Guerra y Salvador Vallejo (ACLAD), Juan Antonio Cueto, Leyre García y Lourdes Barceló (La Huertecica).



vamente más recudida que la de los hombres (la demanda de tratamiento de ellas se sitúa en torno al 15%\*). Esto ha llevado a que los tratamientos se diseñen tomando a la población masculina como objeto y referente, a la par que las mujeres han sido recurrentemente presentadas como la excepción, asociadas al ejercicio de la prostitución y/o al abandono de su papel como madres (Meneses Falcón, 2002). En este sentido, se constata que, tal como recogen diversos trabajos (VV.AA., 2001; Avilés, et. al., 2006 y 2004; y Valls Llobet, 2006) existe una tendencia a la invisibilización de la drogodependencia femenina (en relación al consumo de alcohol y psicofármacos sobre todo), pues estos casos a menudo no llegan a los centros de atención especializados en drogodependencias y quedan, si acaso, en el ámbito de la atención primaria (centros de salud), sin protocolos de detección, derivación y/o coordinación con los centros especializados.

Así mismo, en relación a la escasa atención específica que se presta a las mujeres en este ámbito, se constata también que las redes de atención y los programas de intervención de drogodependencias no están adecuadamente preparados para la atención integral de las mujeres que demandan tratamiento y llegan a los centros de atención. En estos casos se percibe la interacción de una serie de problemáticas (identificadas entre otros por: Etorre, 1996; Velasco, 2002; Urbano, et. al., 2005; Rodríguez, et. al., 2005), que subrayan la incidencia de elementos diferenciales por una construcción social del género, que están insuficientemente integrados en la formación de los equipos profesionales de los centros, ni en los itinerarios diseñados a tal efecto:

---

\* Datos referentes a 2002, obtenidos del Instituto de la Mujer a partir de los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Así mismo, este porcentaje se confirma en la demanda de tratamiento por parte de mujeres en las cuatro entidades: ACLAD, PATIM, SAFA y La Huertecica, en sus memorias anuales.

- presencia de malos tratos en las relaciones de pareja,
- sexualidad y relación con el cuerpo,
- autoestima (específica por una cuestión de género),
- presencia de hijos/as en el tratamiento,
- centralidad de relaciones heteroafectivas como eje vital fundamental,
- falta de apoyo familiar y social por una doble penalización social ante el consumo de drogas,
- y conductas de alto riesgo para la salud.

### ***Metodología***

Las personas asistentes a los grupos de trabajo leyeron un documento (aún inédito) elaborado por la técnica experta en género y drogodependencias, que recoge un diagnóstico y evaluación de la intervención en drogodependencias desde perspectiva de género, enfocado principalmente a las dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos para las mujeres (en torno a los temas anteriormente señalados).

Tras esa lectura procedieron a debatir en grupo su contenido, y elaboraron las propuestas que consideraron necesarias para poder superar o minimizar las dificultades señaladas en el documento. Se definieron tres ejes principales en torno a los cuales realizar las propuestas de forma organizada.

De esta forma, se llevó a cabo un trabajo en dos grupos: dos entidades por grupo, bajo las directrices de esos ejes desarrollados en equipo, y finalmente se realizó la puesta en común de los puntos que se recogen a continuación.

Los tres ejes planteados para organizar las propuestas fueron:

#### *1. “FASES” o momentos del itinerario de incorporación socio-laboral*

- Acceso al tratamiento; acceso a los centros de atención. Acogida.

- Tratamiento
  - Ambulatorio
  - Residencial (Régimen Abierto y Régimen Cerrado)
- Incorporación socio laboral

Aparte: Centros de emergencia o reducción de daños-riesgos, etc.

## 2. QUIÉN

- Equipos profesionales
- Administraciones Públicas
- Recursos Comunitarios
- Centros de Atención Primaria
- Iniciativa privada, empresariado, ONG's, etc.
- Entorno social inmediato
- Personas beneficiarias

## 3. CÓMO Y QUÉ

- Formación
- Protocolos de atención
- Dispositivos y recursos

## Resultados de los grupos de trabajo

### GRUPO DE TRABAJO 01: PATIM-SAFA

Para abordar los tres ejes de forma integrada hacen una matriz con eje vertical (FASE), eje horizontal (QUIÉN) y en cada casilla de la matriz establecen el CÓMO Y QUÉ.

	Equipos Profesionales	Administración Pública	Etc.
Acceso	Cómo y qué	Cómo y qué	
Etc.			

Por motivos de presentación, hemos optado por exponer las propuestas de este grupo de trabajo organizadas en base a las “FASES”:

### Acceso a los centros de atención

- Para una adecuada detección de mujeres con problemas de drogodependencias: facilitar pautas de actuación a los y las profesionales que mantienen un primer contacto (centros de atención primaria, por ejemplo) o que estén en cualquier dispositivo que dé derivación o acceso a centros. Facilitar unas pautas comunes para iniciar a la persona en el circuito de tratamiento.
- Formación mínima en perspectiva de género para todos los equipos profesionales de los centros de atención de primer contacto (desde el/la administrativo o recepcionista hasta la dirección).
- Incrementar el conocimiento de la red de recursos y vías de acceso en los y las profesionales para que puedan realizar las derivaciones.
- Generar un programa ‘Bola de Nieve en femenino’ que fomente la aparición de agentes promotores de perspectiva de género para incrementar el acceso de mujeres al tratamiento.
- Coordinación en el acceso a recursos de personas con problemáticas múltiples (ej: adicción y maltrato). Que no se derive en función de una sola variable.

### Tratamiento

- Provisión de nuevas plazas concertadas para mujeres en los centros
- Coordinación de los recursos para la atención integral de las problemáticas en torno a la prostitución, maltrato en la pareja, adicción...
- Plantear recursos específicos con equipos multidisciplinares preparados para atender todas esas variables de

forma conjunta y sin aislar los problemas del contexto vital, familiar, sentimental y relacional de las mujeres.

- Desarrollo, capacitación e incorporación de nuevos perfiles profesionales (terapeuta especialista en pareja, terapia sexual,...)
- Formación mínima exigible en enfoque de género para todos los y las profesionales que atienden en los centros de tratamiento, de acuerdo a sus funciones.
- Cambiar las prioridades / contenidos dentro del propio tratamiento. Que la mirada no se centre principalmente en su perfil de consumidora sino en su perfil de mujer con problemáticas interrelacionadas, entre ellas el consumo de drogas. Priorizar el trabajo de sexualidad, relaciones afectivas, autoestima de género...
- Adaptar los tratamientos a la presencia de hijos/as en el proceso.

#### *Inserción sociolaboral*

- Coordinación con los recursos fuera de la Red de Atención a las drogodependencias que oferten apoyo al proceso de búsqueda de empleo activa.
- Formación homologada
- Adoptar medidas que contemplen las dificultades de las mujeres para el acceso a recursos de inserción y adaptar la propia infraestructura: red de guarderías públicas, ludotecas, etc. Si fuera necesario, se incorporarían medidas de conciliación dentro del propio proyecto de la Entidad.
- Trabajar el ocio y tiempo libre con las mujeres, independientemente de que tengan hijos/as o no.

#### **GRUPO DE TRABAJO 02: LA HUERTECICA-ACLAD**

Este grupo abordó las posibles medidas propuestas separando los ejes “FASES” y “QUIEN”.

#### *Respecto a las FASES:*

##### *Acceso a los centros de atención*

- En los recursos mixtos, no restringir el número de plazas de acceso a mujeres. Permitir el acceso según demanda (con el tope de plazas según recurso, no por sexo\*).
- Campañas de difusión para la captación y derivación de mujeres a través del trabajo de calle, en los centros de salud o servicios de urgencia.
- Trabajo de sensibilización en pisos donde se ejerce la prostitución y clubes nocturnos. Especial atención las problemáticas derivadas de los procesos de inmigración “sin papeles”.
- Trabajo de captación y derivación en juzgados y prisiones.
- Reparto de preservativos y talleres de sexo seguro.
- Habilitar una serie de recursos (pisos tutelados, servicios de urgencias, psiquiatría...) antes de entrar a intervenir y no cuestionar a las mujeres.
- Garantizar la estancia de mujeres en albergues para que se estructure mínimamente su vida de cara a iniciar un tratamiento.

---

\* Actualmente, en los recursos mixtos suele haber una ratio de plazas que, como poco, triplica las disponibles para hombres frente a las disponibles para mujeres. No se regula en función de una única lista, sino en dos: una para hombres y otra para mujeres. Las plazas para mujeres suelen ser de 4 frente a 20 para varones en un mismo recurso. Esto condiciona notablemente los procesos de acceso y de estancia en los centros.

También debemos señalar que aunque no exista esta condición y la totalidad de las plazas sean indistintamente para hombres que para mujeres, se dan otros problemas en el acceso por cuestiones de género que hacen que el ratio de hombres en recursos residenciales siga siendo muy superior al de mujeres; por ejemplo: los tiempos de incomunicación inicial. En la mayoría de los recursos es de un mínimo de 15-30 días. Aunque es beneficioso para centrarse en el tratamiento para la persona que lo inicia, en el caso de muchas mujeres esta incomunicación –obligada– con sus seres queridos –pareja, padres, hijos/as, etc.–, por muy conflictuada que esté o pueda estar la relación, es motivo directo de abandono del recurso. La propuesta no sería eliminar esa incomunicación inicial, sino flexibilizarla cuando sea necesario.

### *Tratamiento*

- Habilitar recursos dónde puedan estar con sus hijos y haya equipos preparados para atenderles. (En prisión existen programas de madres con hijos/as antes de escolarizar)
- Desarrollar un trabajo de pareja en centros ambulatorios o incluso con la ex pareja en la medida en que ésta pueda apoyar el proceso y siempre que no existan antecedentes de malos tratos.
- Fomentar la corresponsabilidad en la crianza de los/as hijos/as mientras las mujeres estén en proceso de tratamiento con especial atención de que esto no se vuelva en contra de ellas y pierdan la custodia.
- Realizar un trabajo familiar desculpabilizador, no centrarse exclusivamente en las madres. Mediación con familia de origen.
- Desarrollar gabinetes psicoeducativos dónde se impartan talleres de sexualidad, escuela de padres, manejo de la ansiedad y herramientas de cuidado a los/as hijos/as (tanto para padres como para madres) .
- Grupos de apoyo de mujeres (en clave feminista de desarrollo personal)
- No aislar la adicción como problema prioritario dejando de lado el resto de su vida (familiar, afectiva, relacional...). El itinerario no puede basarse en una “priorización del tratamiento vs. todo lo demás”. *El tratamiento debe contemplar la persona de forma integral y flexibilizar algunos aspectos.*

### *Incorporación sociolaboral*

- Formación pre-laboral como un elemento de gran importancia que apenas se contempla en el itinerario de inserción. (Habilidades Sociales, informática, alfabetización, manejo del tiempo libre, igualdad de género para prevenir y detectar situaciones de abusos o discriminaciones en este sentido...)

- Formación laboral o en oficios.
- Trabajo específico de relaciones (familiares, personales y laborales. Figuras de autoridad, relación con iguales. Mantenimiento del puesto de trabajo)
- No centrarse sólo en la inserción desde lo económico sino contemplar también la inserción social. (Ej: Programa en Murcia con personas difícilmente reinsertables cuyo objetivo es la inserción social y no el número de contratos realizados).
- Mediación laboral: Campañas de sensibilización en empresas y sindicatos para aplicar medidas de igualdad de oportunidades. Trabajo para la conciliación de la vida familiar-personal y laboral, y eliminar las discriminaciones por la maternidad... Actuación a nivel social.
- Fomentar las medidas de acción positiva en la contratación a mujeres.

### *Respecto al QUIÉN:*

#### *Equipos profesionales*

- Formación en igualdad de género para todos los y las profesionales.
- Trabajar por la eliminación de roles, prejuicios y reparto de tareas por sexo .
- Siempre equipos multidisciplinares según recurso (profesionales médicos, educativos, de la psicología, sexología y abogacía, etc.)
- Desarrollo de nuevos perfiles profesionales

#### *Administraciones*

- Que provean, financien, subvencionen y deriven a los diferentes centros y recursos.
- Que favorezcan una complementariedad entre los recursos (lo que exige una mejora en la coordinación).

### *Recursos comunitarios*

- Demandar la intervención en drogodependencias en recursos que atienden mujeres con otras problemáticas (inmigración, malos tratos...)
- Si no es posible tener un recurso dónde se les pueda atender de forma integral, coordinarse con los otros centros y recursos
- Cuestión a debate: Existen grandes dificultades para trabajar con los menores que acuden con las mujeres con problemas, ya que los dispositivos con menores tiene requisitos que los centros de atención a drogodependencia no cumplen.

En esta jornada de trabajo también se empleó el Documento elaborado por la U.A.F.S.E.\* *“La Perspectiva de Género en proyectos EQUAL de Inserción. Guía Práctica de Aplicación.”* (2004), que establece una serie de indicadores para la planificación, diseño, desarrollo y evaluación de proyectos EQUAL de inserción laboral desde perspectiva de género. Extrajimos algunos de los puntos más operativos de cara a propuestas concretas de actuación en nuestros programas, con **aportaciones específicas para programas de incorporación sociolaboral de personas drogodependientes:**

–“Obligatoriedad de presencia de profesionales especializados/as en perspectiva género.” (p.53) No sirve de nada que sea una sola persona, o que se quede como un tema aparte; se debe implicar todo el personal técnico, para no reproducir estereotipos y mecanismos de discriminación. Es necesaria una metodología participativa que favorezca una comunicación fluida entre todo el equipo.

–“Captación participantes. Problemas de acceso a los recursos. Identificar esas problemáticas y actuar sobre ellas”

---

\* Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, Secretaría General de Empleo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

(p.55) Ya este documento establece esta dificultad, que en nuestro programa no nos habríamos planteado de cara a las mujeres de no ser por la aplicación de la perspectiva de género, que pone de manifiesto **problemáticas estructurales** en el acceso al tratamiento para las mujeres. Es necesario establecer análisis que vayan más allá de la demanda detectada y establecer estrategias de acercamiento y “captación” para llegar a quienes no acuden a los centros especializados. Herramienta imprescindible: coordinación con otros recursos (servicios sociales, centro de atención primaria...)

–“De la atención y asesoramiento en incorporación laboral, desde perspectiva de género” (p.57-60). Es necesario revisar las cuestiones que tienen que ver con la ‘empleabilidad’ de las personas, y que afectan directamente a las mujeres por el hecho de serlo: segregación horizontal y vertical, dificultades en el acceso a la formación (horarios, menores a su cargo, etc.), habilidades sociales y habilidades requeridas para el empleo, prejuicios a la hora de la contratación en yacimientos tradicionalmente masculinos, etc.

–“Servicios de intermediación laboral. Trabajo con el tejido empresarial” (p.61), y “Medidas concretas de intermediación, pactando con las empresas...” (p.62). Es necesario intervenir con la iniciativa empresarial privada, en base al principio rector de establecer los cuidados como una cuestión de responsabilidad social.

–“Servicios complementarios (sobre todo dirigidos al cuidado de personas con necesidades especiales)” (p.66) y “Coordinación entre recursos” (p.70). Como ya se ha señalado, hay que realizar un esfuerzo a nivel de creación de protocolos y coordinación entre recursos que habitualmente no trabajan juntos. Es necesario que las Administraciones Públicas se impliquen y favorezcan este tipo de funcionamiento, estableciendo las políticas necesarias para ello.

–“Acciones de difusión: evitar lenguaje sexista y/o imágenes androcéntricas” (p.68). En el ámbito de las drogodepen-

dencias se hace especialmente complicado evitar una imagen androcéntrica cuando la realidad en los centros de atención es una gran mayoría de varones como demandantes de tratamiento. Se hace necesario realizar acciones específicas de difusión dirigidas a mujeres, incidiendo en problemáticas específicas por construcción social del género, así como adaptarse a las diferentes formas de consumo de sustancias.

## ANEXO 2

### **Guía para la evaluación de las acciones de empleo introduciendo la perspectiva de género**

Proyecto EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’.

UNAD–UAM 2005-2007

Otra de las acciones llevadas a cabo ha sido la revisión de programas y protocolos de forma que pudieran incorporar la perspectiva de género. Tras examinar diversos procedimientos de seguimiento y evaluación de un programa de incorporación sociolaboral, se elaboró la siguiente guía\*, con nueve cuestiones que **toda acción orientada al empleo** debería contemplar.

#### ***1. Lenguaje androcéntrico***

En los informes que se entregan y los productos asociados a las actividades de este proyecto, se ha vigilado el uso de términos neutros (Ejemplo: ‘el equipo profesional’ en lugar de ‘los profesionales’; ‘las personas beneficiarias’ en lugar de ‘los beneficiarios’; etc.) o se han incluido los dos géneros en lugar de utilizar el ‘genérico masculino’ (Ejemplo: ‘los y las profesionales’ en lugar de ‘los profesionales’).

#### ***2. Datos desglosados por sexos***

El informe cuatrimestral y el formulario para el programa informático recoge todos los datos de las personas beneficiarias desglosados por sexo.

---

\* Este documento es fruto del trabajo con Carla López y Carmen Benítez, de UNAD. Buscamos que fuese concisa, accesible y manejable.

### **3. Orientaciones para las mujeres hacia los yacimientos de empleo**

Explicar las *medidas específicas* adoptadas para orientar a las *mujeres* beneficiarias al mercado de trabajo remunerado. Indicar *el sector* hacia el que se las orienta (teniendo en cuenta si es un yacimiento de empleo tradicionalmente masculino, femenino, o mixto...).

Explicar las *medidas específicas* adoptadas con el personal laboral *profesional* y técnico que asesora a esas mujeres hacia los yacimientos de empleo (¿han recibido y/o tienen formación en perspectiva de género?, etc.).

Explicar las *medidas específicas* adoptadas con los y las *responsables de RR.HH. de las empresas* que ofertan los puestos de trabajo a las mujeres beneficiarias.

Ejemplo: la albañilería o jardinería son sectores tradicionalmente masculinos, y el acceso a mujeres se ve dificultado por estereotipos y prejuicios –el ejemplo al revés sería que “los hombres no saben cuidar”, y no se les enfoca hacia trabajos en lo doméstico y el cuidado de personas–. Se ofertan cursos de formación para mujeres en estas ocupaciones → ¿Se trabaja con el tejido empresarial para garantizar que puedan incorporarse a esos empleos sin ser discriminadas por ser mujeres?

### **4. Medidas de conciliación personal y laboral**

Explicar las medidas dirigidas a fomentar la conciliación familiar, personal y laboral adoptadas en hombres y mujeres beneficiarios/as. Especificar las medidas y el nivel de participación de hombres y mujeres separado por sexo.

¿Ha habido medidas dirigidas a las empresas? (sensibilización, apoyo en el diseño de planes, etc.)

La conciliación no debería ser cuestión sólo de las mujeres, de ahí que nos interese recoger si participan los varones, y si no lo hacen, visibilizarlo.

También queremos recoger si se ha trabajado con las empresas para creación de guarderías, flexibilización de las jornadas,

u otras medidas que favorezcan la conciliación. Igualmente, debemos tener en cuenta si esas medidas van dirigidas realmente a la ‘conciliación’ de la vida personal, o son medidas dirigidas exclusivamente a la empresa (Ejemplo: una guardería que posibilite que los/as trabajadores/as tengan turnos de doce horas no es una medida para la conciliación sino para que la vida personal de los/as trabajadores/as no interfiera en la productividad...)

### **5. Mecanismos previstos que apoyen el cuidado de personas dependientes**

Explicar los mecanismos previstos para apoyar a mujeres (y hombres) beneficiarias con hijos, personas de la tercera edad y “discapacitados/as”\* a su cargo. Ya sea a la hora de recibir formación o para su incorporación en el ámbito laboral. También desglosar por sexos.

### **6. Mecanismos de selección que favorezcan la participación de las mujeres**

Explicar los mecanismos previstos para favorecer la participación de las mujeres como las cuotas, la prioridad o la exclusividad para favorecer su acceso tanto a la formación como al mercado de empleo, así como en entidades sociales y asociativas de su entorno.

### **7. Cooperación y coordinación entre los recursos dirigidos a mujeres y los de drogodependencias**

Explicar el trabajo de colaboración y cooperación que se está llevando a cabo entre recursos de drogodependencias y

---

\* Se utiliza este término, pero aparece entrecomillado para poder señalar que estimamos más oportuno utilizar términos como ‘personas con diversidad funcional’.

los específicos para mujeres para ofrecer un servicio más adecuado e integral a las problemáticas que puedan presentarse asociadas.

Muchos de los puntos anteriores pueden verse reforzados y realizados si nos ponemos en contacto con los recursos específicos para ello que ya estén funcionando en la zona.

### 8. Acciones que favorezcan el aprendizaje en mujeres

Explicar brevemente las acciones que favorezcan el aprendizaje y que estén intencionadamente dirigidas a las mujeres beneficiarias. Facilitar guarderías, formación a distancia, reforzar habilidades directivas y promover a mujeres hacia puestos de responsabilidad, formación en horario laboral, etc.

### 9. Invisibilidad del trabajo femenino

Indicar si hay –y su número– beneficiarias del proyecto que hayan realizado empleos no regulados (se entiende que ajenos al proyecto).

Convendría recoger el tipo de trabajo realizado; consideraremos todas aquellas actividades por las que la persona haya realizado un intercambio monetario.

## ANEXO 3 Modelos de Intervención en Salud

En el siguiente cuadro, adaptado\* de una elaboración realizada por Catep Intervención Social, s. Coop. Mad., se expone un análisis de dos modelos de intervención en materia de salud: el hegemónico médico (que entronca con las problemáticas abordadas por Frederik Peeters en su historia *Píldoras Azules*), y una propuesta de modelo liberador o emancipatorio.

### Modelos de intervención en materia de salud

MODELO MÉDICO	MODELO LIBERADOR O EMANCIPATORIO
<b>¿Qué entiende por Salud?</b>	
Ausencia de enfermedad desde una perspectiva biológica. La salud es un <b>estado</b> biológico.	Una de muchas alternativas a través de las cuales las personas, se adaptan a su ecosistema en un momento dado de la historia y ese ecosistema se adapta a las personas. Salud como <b>proceso</b> . No está tan definida ya que es la propia comunidad la que debe definirlo en cada caso.

\* Adaptado por Patricia Martínez Herranz, en su trabajo: *La violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico y su construcción como problema social. Evidenciando la influencia de la teoría y práctica feminista y la desapropiación de su poder en los discursos oficiales*. 2005. Inédito.



MODELO MÉDICO	MODELO LIBERADOR O EMANCIPATORIO
<b>¿Qué entiende por Enfermedad?</b>	
<b>Alteración</b> anatómica o fisiológica.	<b>Dificultad</b> de la persona en su conjunto o de alguno de sus subsistemas para adaptarse al entorno. Se manifiesta en forma de queja. Incapacidad del entorno para adaptarse a las personas. Existe una interdependencia en la <b>responsabilidad</b> entre la persona y el sistema..
<b>¿Cuáles son sus objetivos y su objeto de intervención?</b>	
Conseguir que las personas que tienen problemas de salud dejen de tenerlos. <i>Es imposible abarcar a toda la población de esta forma.</i> Individuos con problemas: “enfermos”.	Desarrollar comportamientos y estilos de vida saludables. Desarrollar comunidades y organizaciones competentes que promuevan la salud. Modificación y mejora de las situaciones y contextos del entorno y de los repertorios conductuales.
<b>¿Qué tipo y nivel de Intervención plantea?</b>	
A nivel individual, clínico. Tipo curativo: tratamiento.	A nivel individual, grupo y comunidad. Promoción, Prevención y Tratamiento. Educación y desarrollo de la organización de los grupos sociales y acciones legales de defensa de la salud.
<b>¿Qué disciplinas se relacionan con este modelo?</b>	
Medicina, Psicología clínica, Psiquiatría...	Psicología Social, Psicología Social Comunitaria, Psicología de la Salud, Animación Sociocultural, Educación Popular...
<b>¿Cuál es el papel de las personas?</b>	
Ser pasivo, ser un/a paciente.	Prima la capacidad de las personas para aumentar el control y mejora sobre su salud y la de la comunidad. Ser activas y participativas.

MODELO MÉDICO	MODELO LIBERADOR O EMANCIPATORIO
<b>¿Cuál es el papel del profesional?</b>	
Es el experto, el “gurú”. Receptor de las demandas: espera a l@s usuari@s.	Es una tarea interdisciplinar. Hace de “matrona”, facilita. Ayuda en la definición de los problemas, toma de decisiones y actividades encaminadas a promover la Salud.
<b>¿Tiene en cuenta el contexto ambiental y el contexto social?</b>	
Difícil o poco probable que los tenga en cuenta.	Si, con la intención de cambiar el propio contexto ambiental y social.
<b>¿A qué nivel se contempla la participación de la comunidad?</b>	
Se delega la solución en l@s especialistas por tanto la participación es nivel de recibir las <b>informaciones</b> que dan est@s.	La participación de la comunidad se contempla a nivel de informar, consultar y debatir. Además participa en decidir, controlar, gestionar y actuar en aspectos relacionados tanto con el proceso propio de salud, como con el proceso comunitario de salud (de forma “micro”, individual y de “forma macro”, comunidad).
<b>Tipo de comunicación que plantea desde el proceso de educación</b>	
Comunicación <b>Unidireccional</b> . Educación convencional relacionada con la transmisión de conocimientos y con el mantenimiento del orden social establecido. Pretende controlar a las personas. Asistencialista.	Comunicación en Diálogo. <b>Multi-direccional</b> . Educación transformadora y liberadora que pretende cambiar a la sociedad para que sirva a las necesidades de la gente. Trabaja para efectuar un cambio social controlando tanto los factores internos como los factores externos a la salud. Capacitador y transformador..

El modelo médico ha incorporado otras disciplinas, como la psicología o la sociología, de forma que muchas veces aborda la salud desde un marco 'bio-psico-social', que trata de dar un enfoque más global y relacional sobre la persona y su salud. Opino, sin embargo, que este modelo sigue ofreciendo un supuesto enfoque 'neutral-objetivo' que sitúa el conocimiento profesional –experto– por encima del de las personas 'pacientes', 'usuarias', etc. así como que se dirige en muchas ocasiones a controlarlas antes que a contribuir a su cambio y transformación como agentes de su propio desarrollo. Igualmente, no desarrolla la idea de la 'salud' como un 'proceso relacional' en el que hay que considerar múltiples factores y complejizar el análisis, etc.