
¿ENCUENTRAN LAS MUJERES OBSTÁCULOS PARA ACCEDER Y MANTENERSE EN LOS RECURSOS DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES? ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

AUTORAS

Nagore Oroz

Yolanda Cervero

Iosu Martínez



RESOLUCIÓN de 19 de junio de 2019, de la Directora de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, por la que se conceden y deniegan las becas de trabajos de investigación en materia de igualdad de mujeres y hombres, para el año 2019.

NOVIEMBRE 2020

Proyecto realizado en colaboración con GORETTI SOROA. Gracias, compañera.

ÍNDICE

Agradecimientos	5
Introducción	7
I. PARTE TEORICA	11
1. Evolución histórica de los trastornos aditivos y tratamiento	13
1.1. Perspectiva de género y adicciones	15
1.2. Evolución de la implementación de la perspectiva de género en adicciones	15
2. Impacto de la adicción en mujeres	17
2.1. Diferencias a nivel social	17
2.1.1. <i>Estigma</i>	17
2.1.2. <i>Doble penalización</i>	18
2.1.3. <i>Violencia y consumo de sustancias</i>	18
2.1.3.1. Abusos sexuales	19
2.1.3.2. Maltrato	20
2.1.4. <i>Impacto de la adicción en el ámbito laboral</i>	21
2.2. Contexto familiar y adicción	21
2.2.1. <i>Las mujeres como pertenecientes a la familia de origen</i>	21
2.2.2. <i>Las mujeres como conformadoras de su propia familia nuclear</i>	24
2.2.2.1. Consumo y maternidad	26
2.2.2.2. La vivencia del embarazo y parto en mujeres con trastornos adictivos	27
2.3. Impacto de la adicción a nivel individual	28
2.3.1. <i>Salud física</i>	29
2.3.2. <i>Salud mental</i>	30
2.3.3. <i>Salud reproductiva</i>	33
2.3.4. <i>Enfermedades de transmisión sexual</i>	34
2.3.5. <i>Prostitución</i>	34
3. Rasgos diferenciales en cuanto a consumo	37
3.1. Inicio de consumo	37
3.2. Motivaciones de consumo	39
3.3. Motivaciones para el tratamiento	43
4. Epidemiología CAE	45
4.1 Tasas de mujeres presentan adicción	45
4.2 Tasa de mujeres en tratamiento por problemas de adicción	49

5. Dispositivos de tratamiento en trastornos adictivos	51
5.1. Descripción del funcionamiento de los dispositivos de tratamiento de adicciones	52
5.2. Acceso a los dispositivos de tratamiento dependientes del Departamento de Salud	54
5.3. Listado de dispositivos de tratamiento de adicciones dependientes de la administración pública	56
5.4. Intervención en los recursos de tratamiento de adicciones dependientes de la Administración Pública	60
5.4.1. <i>Red de Salud pública</i>	61
5.4.1.1. Tratamiento sin ingreso o Centros de Salud Mental	61
5.4.1.2. Tratamientos con ingreso	62
5.4.1.3. Tratamiento en Centros Penitenciarios	62
5.4.2. <i>Asociaciones- Fundaciones</i>	63
5.5. Aproximación a los tratamientos de adicciones que ofrecen las instituciones concertadas	63
5.5.1. <i>Tratamiento Ambulatorio</i>	64
5.5.2. <i>Comunidad Terapéutica</i>	64
5.5.3. <i>Centro de Día Socio-Sanitario</i>	65
5.5.4. <i>Centro Penitenciario</i>	65
5.5.5. <i>Centro Socio Sanitario de Atención a las Adicciones (CESSA)</i>	65
5.5.6. <i>Haurtxoak (Comunidad Terapéutica especializada en mujeres en exclusión social con hijos o hijas menores a su cargo)</i>	65
II. PARTE EMPIRICA	67
1. Metodología	71
1.1. Objetivos	71
1.2. Muestras participantes	72
1.2.1. <i>Mujeres de la CAPV (N=27)</i>	72
1.2.2. <i>Profesionales sanitarios/as de la CAPV (N=96)</i>	76
1.3. Procedimiento	79
1.3.1. <i>Procedimiento de recogida de datos en el colectivo de mujeres</i>	80
1.3.2. <i>Procedimiento de recogida de datos en el colectivo de profesionales</i>	80
1.4. Herramientas de evaluación	81
1.4.1. <i>Herramientas de evaluación para el colectivo de mujeres</i>	81

1.4.2. <i>Herramientas de evaluación para el colectivo de profesionales</i>	81
1.5. Análisis de los datos	82
1.5.1. <i>Variables objeto de estudio en el colectivo de mujeres</i>	83
1.5.2. <i>Variables objeto de estudio ene colectivo de profesionales</i>	83
2. Resultados	
2.1. Resultados sobre el grupo de mujeres	85
2.1.1. <i>Perfil de CONSUMO de sustancias</i>	87
2.1.2. <i>Recorrido experiencias ANTES del tratamiento</i>	88
2.1.3. <i>Recorrido experiencial DURANTE/DESPUÉS del tratamiento</i>	94
2.1.4. <i>DIFICULTADES para acceder al tratamiento</i>	104
2.2. Resultados sobre colectivo de profesionales	107
2.2.1. <i>Situación actual de mujeres drogodependientes que ACCEDEN al sistema</i>	19
2.2.2. <i>Percepciones sobre las DIFICULTADES de acceso y mantenimiento de las mujeres en tratamiento</i>	120
III. DISCUSION Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACION	129
1. Recorrido experiencial de mujeres	133
1.1. Acceso a los tratamientos	133
1.2. Mantenimiento en los tratamientos	134
1.3. Percepción de los tratamientos	135
1.4. Emociones expresadas	139
1.4.1. <i>Acceso al tratamiento</i>	139
1.4.2. <i>Mantenimiento en el tratamiento</i>	139
2. Conclusiones del colectivo de profesionales	141
2.1. Visión de quienes trabajan dentro de los dispositivos de tratamientos específicos en adicciones	141
2.2. Visión del conjunto de profesionales encuestaos/as	142
2.3. Visión de quienes trabajan fuera de los dispositivos de tratamientos específicos en adicciones	144
2.4. Visión de genero	144
3. Propuesta de actuación e intervención	147
3.1. Prevención en drogodependencias y perspectiva de genero	148
3.2. Acceso a los tratamientos	149
3.2.1. <i>Publicidad y difusión de los recursos de tratamiento de adicciones</i>	149
3.2.2. <i>Visibilización y detección precoz</i>	150

3.2.3. <i>Atención telefónica especializada</i>	150
3.2.4. <i>Trabajo en el ámbito socio-laboral</i>	151
3.2.5. <i>Servicios de cuidado para personas dependientes</i>	152
3.3. Mantenimiento en los tratamientos	153
3.3.1. <i>Grupos de mujeres</i>	153
3.3.2. <i>Grupos de hombres</i>	155
3.3.3. <i>Trabajo con familiares</i>	157
3.3.4. <i>Trabajo con redes de apoyo</i>	157
4. Futuras líneas de investigación	159
4.1. Formación en género y el sexo del/a profesional de atención	159
4.2. Trabajo con perspectiva de género en los grupos mixtos	159
4.3. Variables que ha quedado fuera del alcance del presente estudio	159
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	 161
 ANEXOS	 175

AGRADECIMIENTOS

Esta iniciativa surgió a raíz de conversaciones de pasillo entre personas con inquietudes, fuerte sentimiento de justicia y con ganas de cambiar el mundo. Esas conversaciones fueron cogiendo forma, fuerza y cada vez nos íbamos convenciendo más de que había que hacer algo. Nos fuimos formando, leyendo, alimentando del trabajo de muchas compañeras, mirando a nuestro alrededor... La realidad y las ganas de poner un granito de arena confluyeron y convirtieron esas conversaciones de pasillo en necesidad. Tras mirar opciones y rastrear diferentes alternativas, presentamos nuestra iniciativa a EMAKUNDE, con la gran suerte de que quisieron ser partícipes del movimiento que ya había empezado gracias a todas aquellas personas que nos inspiraron e iniciaron este camino algunos años atrás.

Aquí el resultado de todo un año de trabajo. Agradecer enormemente a todas aquellas instituciones, entidades, fundaciones, asociaciones y compañeras que han querido participar: técnicas de igualdad de diferentes ayuntamientos, educadoras, trabajadoras sociales, psicólogas, enfermeras, monitoras, administrativas y médicas con diferentes especialidades.

Gracias a Mentalia Usurbil, en especial a Asun Santos que ayudó a iluminar nuestro camino; Etorkintza y Manuene, por la acogida que nos hicieron; Fundación Izan, por abrirnos las puertas de par en par; COTA, Fundación Jeiki y Centros de Salud Mental de los tres territorios históricos; Fundación Gizakia, por su enorme generosidad y hospitalidad; A Pilar Sanz de Pablo y Yolanda Montero, que nos abrieron camino en Araba; Por supuesto, especial mención a **AGIPAD**, quienes han sido especial promotoras, inspiradoras e instigadoras del presente proyecto.

Va por todas las compañeras que han prestado sus experiencias, vidas, trayectorias y que han participado con total sensibilidad e interés, incentivando todavía más nuestras ganas de cambiar el mundo. Gracias a todas.

Por mí y por todas mis compañeras...

INTRODUCCIÓN

Muchas de las patologías específicas que viven las mujeres surgen como consecuencia de experimentar en su vida cotidiana condiciones de existencia derivadas de un sistema patriarcal y de un contexto psico-socio-cultural que determina formas de vivir y funciones diferentes para ambos sexos, dando lugar a formas diferentes de enfermar por el hecho de ser hombre o mujer (Castaño, Plazaola, Bolívar y Ruiz, 2006; Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006). Socializarse en los modelos tradicionales y contemporáneos de género conlleva que las mujeres se vean sometidas a la sobrecarga de los cuidados, el trabajo reproductivo no remunerado, las situaciones de subordinación en diferentes contextos, de dependencia, abusos, malos tratos y violencia de género, así como la doble y triple jornada laboral, el modelo de éxito social y personal vertebrado por la competitividad, el ideal corporal modélico y la eterna juventud...

Las desigualdades sociales existentes entre sexos crean disparidad entre los mismos, con consecuencias negativas para las mujeres que trasciende en un perjuicio para su salud, desarrollo personal y bienestar en general (Ortiz y Clavero, 2014).

De la misma manera, en el sector de las adicciones existen también diferencias entre sexos en cuanto a patrones de consumo, sustancias consumidas, motivaciones de consumo, características sociales y fisiológicas, así como consecuencias diferenciales a nivel bio-psico-social (Arostegui y Martínez Redondo, 2018).

Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore (1995) concluyeron que las mujeres con drogodependencias:

- Difieren de sus homólogos varones en:
 - Patrones de uso de drogas.
 - Características psicosociales y fisiológicas.
 - Prácticas, sentidos y motivaciones de consumo.
 - Consecuencias que les acarrea dicho consumo.
- Comparten con otras mujeres no consumidoras otros aspectos que permiten colegir que las diferencias con respecto a los varones adictos no proceden tanto del hecho de consumir drogas sino de las experiencias o vivencias vinculadas a cuestiones de género.

Con el presente estudio, queremos poner de relieve la influencia de la estructura social en el análisis del consumo de sustancias de las mujeres, puesto que la estructuración social de género permanece en la base de este fenómeno, como indican también otras autoras (Arostegui y Martínez Redondo, 2018; Llorca, Ferrando, Borrás y Purroy, 2013). En la misma línea, el consumo de las mujeres se puede traducir como un intento de ejercer el control dentro de un sistema de desequilibrio relacional en cuanto al poder social, extendiendo la responsabilidad de la problemática a un nivel social y político (Kendall, 1994; Measham, 2002).

Así mismo, las mencionadas desigualdades entre sexos tienen influencia en el acceso y mantenimiento de las mujeres en los recursos específicos de tratamiento de adicciones. En líneas generales, las mujeres encuentran mayores problemas para acceder y mantenerse en los

tratamientos y estas dificultades pueden estar relacionadas, siguiendo la estructura planteada por Cantos (2016), con diferentes tipos de obstáculos:

A. Obstáculos relacionados con el modelo de tratamiento.

Hacen referencia a la falta de enfoque de género en los recursos de tratamiento:

- Diseño y planificación.
- Falta de formación de profesionales en perspectiva de género.
- Existencia de prejuicios e ideas falsas sobre las mujeres y sus procesos de adicción. Estas ideas están relacionadas con la creencia de que los problemas de consumo son más severos y difíciles de abordar en ellas que en sus homólogos varones (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007).

Los modelos de tratamiento basados en la confrontación pueden dificultar la permanencia de mujeres en los tratamientos. Además, muchas veces estas problemáticas son tardíamente detectadas por parte del entorno lo que, junto con la falta de información acerca de los recursos existentes, dificulta su derivación y correspondiente acceso a diferentes dispositivos (Sánchez Pardo, de Vicente y Bolaños, 2010).

B. Obstáculos relacionados con la invisibilidad o aislamiento de las mujeres consumidoras.

Muchas mujeres ponen en marcha estrategias de ocultamiento con el propósito de evitar el castigo y el estigma social que les acarrea el hecho de ser mujeres y consumir diferentes sustancias, prolongando en el tiempo la petición de ayuda. A este hecho se suma que las sustancias más consumidas por ellas son sustancias legalizadas, como el alcohol y los hipnosedantes. Al ser un consumo legal y normalizado, se complica su detección, por lo que puede pasar desapercibido más tiempo (Sánchez Pardo, et al, 2010). *“Raramente llegan a los centros de atención, salvo que exista una situación crítica como desentendimiento de los hijos e hijas, problemas económicos muy serios, grave deterioro físico o psicológico o bajo rendimiento laboral detectable”* (Mosteiro y Rodríguez Pérez, 2005).

C. Obstáculos relacionados con la pareja o mandato social de pertenencia y cuidado.

Es posible que muchas mujeres no accedan a los tratamientos porque temen una ruptura de pareja, ya sea porque la pareja no comparta su decisión de ponerse en tratamiento o porque imaginan que desde los recursos les van a orientar a romper la relación (Castaños et al, 2007). En un estudio realizado por Sánchez Pardo y su equipo (2010), se recoge que en ocasiones deciden priorizar el tratamiento de sus compañeros al de ellas, ofreciéndose como figuras de apoyo durante el mismo. Se recogen también testimonios de mujeres que abandonan Comunidades Terapéuticas por haberse enamorado. En el mismo estudio, se comprueba que muchas mujeres reconocen haber sufrido presiones por parte de sus parejas para que abandonen el tratamiento.

D. Obstáculos relacionados con responsabilidades familiares.

En muchas ocasiones, el reconocimiento de la problemática les puede acarrear la pérdida de las custodias de sus hijos e hijas y en algunos modelos de tratamiento pasan por separar a las

personas de su entorno habitual, lo que supone una ruptura con la familia y con su papel dentro de ellas. Entran así en conflicto, donde tiene tanto peso el cuidado de otras personas. Estas cuestiones hacen que las mujeres muestren mayores resistencias a la hora de pedir ayuda.

Como hemos podido ver existen evidencias de los obstáculos que encuentran las mujeres para el acceso y mantenimiento en los recursos de tratamiento de adicciones. Por lo que en el presente estudio trataremos de analizar la situación actual de este fenómeno en la Comunidad Autónoma de Euskadi. La primera parte trata de realizar una revisión teórica y sociodemográfica de la situación actual respecto a mujeres, adicciones y tratamientos (I. Parte teórica). En la segunda parte, se analiza el trabajo de investigación realizado mediante las experiencias recogidas tanto de mujeres como de profesionales de los tres Territorios Históricos que han participado (II. Parte empírica). Por último, una tercera parte donde se recogen las conclusiones extraídas de las dos partes anteriores, contrastadas con la literatura e investigaciones previas, se proponen prácticas de mejora y se abren nuevas líneas de estudio (III. Discusión y nuevas líneas de investigación).

I. PARTE TEÓRICA

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS Y TRATAMIENTO

El uso de drogas ilegales en España, sobre todo su uso en grupos amplios, es bastante reciente. Hasta el inicio del uso inyectado de heroína a finales de los 70, sus repercusiones son aparentemente irrelevantes. Tampoco hay muchas referencias de repercusiones negativas importantes asociados al uso de otras drogas durante la transición política, ni tampoco con el uso de derivados de la anfetamina utilizados para preparar exámenes, evitar la fatiga o adelgazar (De la Fuente et al., 2006).

Es a lo largo de los años 80 y finales de los 90 cuando, la “epidemia” de la heroína ocasiona en España un gran aumento de la mortalidad juvenil, de la demanda de atención sanitaria, y de la delincuencia lo que genera una gran alarma social. Las drogas empiezan a ser vistas como uno de los tres principales problemas que preocupan a la ciudadanía (junto al paro y al terrorismo). La aparición del VIH contribuye a esta rápida expansión de la alarma social. Aunque su mayor uso se da a principios de los 80, el mayor impacto se produce a principios de los 90, con un aumento de la mortalidad relacionada con el uso de la heroína (De la Fuente et al., 2006).

En 1985 se crea el Plan Nacional sobre Drogas. Este plan contribuye a estructurar una red de atención y asistencia. Algunas intervenciones son restringidas por algunas Comunidades Autónomas, como el tratamiento de mantenimiento con metadona (medida efectiva para disminuir las repercusiones del uso de heroína: mortalidad, infecciones, problemas sociales). Pero otras, en la medida en que van adquiriendo mayores competencias, van empleando otro tipo de estrategias para hacer frente a este fenómeno (De la Fuente et al., 2006). En cualquier caso, tanto el Plan Nacional sobre Drogas como los Planes Autonómicos, van prestando ayuda a las diferentes iniciativas tanto públicas como privadas que van surgiendo en materia de prevención y tratamiento. De esta manera, se van diseñando y poniendo en marcha multitud de actividades y programas.

La participación de la Atención Primaria en el tratamiento y prevención de las adicciones va aumentando a partir de los 80 con programas específicos de tratamiento para el alcoholismo. En 1989, Rodríguez Martos-Dauer publica un “Manual de alcoholismo para el médico de cabecera” y en 2001 Megías y cols. publican un estudio sobre la atención primaria de salud ante las drogodependencias.

También el número de Comunidades Terapéuticas (CT) para drogodependientes van aumentando a partir de 1985. En 1986 hay 81 CT y en 1987, tan sólo un año más tarde, su número es de 114. En 2006 el número de CT debidamente acreditadas y homologadas es de 119, con 3400 plazas, de las cuales el 81% son gratuitas o semigratuitas y el resto de pago (Comas, 2006). Todos los planes Regionales de Drogas ofertan plazas, y se dan unos 7000 ingresos al año con una duración media de estancia de 7-8 meses.

A nivel internacional, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) redactado por la American Psychiatric Association incluye en 1987 (en la versión DSM-III-R) diferencias esenciales con la anterior DSM-III de 1980. Se recogen nuevos modelos clínicos, que van sucesivamente evolucionando en las siguientes publicaciones del DSM-IV en 1994 y del DSM- IV-TR

en el año 2000, en las que se van recogiendo nuevos criterios y más ajustados en lo referente a los trastornos adictivos. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la OMS, también evoluciona e integra nuevos criterios clínicos para la Atención Primaria y para la investigación. Las siguientes revisiones del DSM, y la CIE, presentan variaciones que pueden ser esenciales en los conceptos y modelos relacionado con la dependencia, lo que influye también en los tratamientos y recursos existentes, y en la perspectiva con la que los profesionales enfocan su trabajo (Santodomingo, 2008). Ambos manuales, que ofrecen clasificaciones y pautas de diagnóstico basadas fundamentalmente en el trabajo de profesionales de la salud en general, y de la salud mental en particular, constituyen un aporte imprescindible en el tratamiento de las adicciones: la inclusión de la adicción a sustancias como una categoría diagnóstica más, supone que las instituciones fijen con mayor intensidad sus esfuerzos en la prevención y los tratamientos.

Euskadi, por su parte, dispone de una larga trayectoria en el abordaje de las adicciones y drogodependencias. En los 80, como en el resto del estado, se ponen en marcha las primeras iniciativas para hacer frente al problema que estaba emergiendo. Desde aquellas primeras intervenciones y durante tres décadas, el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, en coordinación con otras instituciones, van tejiendo la extensa red de recursos existente en la actualidad. La planificación y la normativa en materia de adicciones y el establecimiento de diferentes estructuras y foros formales para reforzar la coordinación por parte de instituciones, departamentos, agentes y diferentes niveles administrativos, van mejorando la intervención y adaptando los tratamientos e intervenciones en materia de adicciones a las nuevas realidades que han ido surgiendo a lo largo de los años. Desde 1982, con la presentación del primer “Plan de actuación en el ámbito de Drogodependencias” se desarrollan un total de seis planes de drogodependencias o adicciones en la CAPV y también numerosos planes locales y forales. En esta línea, el Departamento de Salud de Euskadi es quien goza de la competencia en materia de adicciones y su tendencia ha sido la de otros gobiernos a nivel internacional de ejercer liderazgo en temas de adicciones (VII Plan de Adicciones de Euskadi, 2017).

Los dispositivos de tratamiento que conocemos en la actualidad son la consecuencia directa de todo el trabajo realizado durante todos estos años y, a su vez, de la distribución y organización de recursos realizada por las instituciones competentes en materia de adicciones.

1.1. Perspectiva de género en adicciones

A pesar de todo el trabajo y esfuerzo realizado en materia de adicciones, la aplicación del enfoque de género a los programas de drogodependencias no se ha tenido en cuenta en muchas ocasiones (Castaños et al., 2007) y puede que la causa fundamental sea el androcentrismo existente en materia de investigación (Gignac, 1999). Los resultados de las memorias o estudios realizados han sido extraídos a partir de una realidad androcéntrica (Rekalde y Vilches, 2005) y no ha sido hasta hace relativamente poco tiempo cuando se ha empezado a plantear la necesidad de un abordaje diferencial en la intervención con mujeres con adicciones (Arostegui y Martínez Redondo, 2018). Las intervenciones en materia de adicción están diseñadas y actúan tomando como referencia la realidad de los hombres y se generalizan a mujeres que han ido accediendo a los recursos asistenciales (Arostegui y Martínez Redondo, 2018), quedando ignoradas muchas cuestiones que son fundamentales para ellas en los tratamientos.

Las diferentes propuestas teóricas y prácticas de tratamiento han ido evolucionando con el paso de los años, para tratar de adaptarse a la evolución de la sociedad. Pero esas nuevas propuestas siguen implementándose de forma indistinta en hombres y mujeres con drogodependencias, sin advertir cómo las realidades sociales condicionan y afectan de forma diferencial a unas y a otros. No es hasta fechas recientes cuando se plantea la necesidad de un abordaje adaptado a las realidades de las mujeres, evidenciando y respondiendo de manera adecuada a todos los factores que, de manera diferencial, afectan e interfieren en los accesos y procesos terapéuticos (Lozano, Miano y Campos, 2007).

1.2. Evolución de la implementación de la perspectiva de género en adicciones

Antes de los años 70 el consumo de drogas por parte de las mujeres, al igual que otros problemas de salud, estuvo invisibilizado. No es hasta 1997, tras la Conferencia de Beijing, cuando el ECOSOC (El Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas) define el “enfoque conceptual” de la perspectiva de género en una forma de “mirar” la diversidad entre hombres y mujeres, poniendo sus necesidades, preocupaciones y experiencias en el centro de cada política y programa. Dicha declaración y el impulso del enfoque de género originado en los 70 como una práctica de desarrollo feminista, fuerza que salgan a la luz temas de las “mujeres” (Romo, 2005). Y comienza a desquebrajarse la tendencia androcéntrica predominante en el ámbito científico, que también envolvía el área de las drogodependencias (Gignac, 1999; Rekalde y Vilches, 2005).

En 1981 Rosenbaum publica en EEUU un texto en el que se reconceptualizan los términos relacionados con el uso de drogas. Se incorporan los roles de género y las diferencias sociales y culturales que inciden en la construcción de lo masculino y lo femenino (Anderson, 2001).

Si de alguna manera, los estudios van demostrando cómo los efectos, causas y consecuencias del consumo y abuso de sustancias difieren entre hombres y mujeres, también se va demostrando cómo las diferencias de género inciden en el proceso y el éxito terapéutico. Por ejemplo la motivación

para buscar ayuda profesional, la selección del tipo de tratamiento y la valoración de su eficacia están bajo el paradigma del género (Castaños et al., 2007). Todos los datos que las diferentes investigaciones van aportando en esta línea hacen que en (1973-74) el NIDA (Instituto Nacional de Abuso de Drogas) diseñe el primer programa específico basado en evidencias para tratar mujeres con problemas por abuso de drogas (Beschner, Reed y Mondanaro, 1981; Reed y Leibson, 1981).

Organismos nacionales e internacionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias como el EMCDDA, OMS y NIDA postulan como necesario implementar enfoques cada vez más sensibles al género en los tratamientos de adicciones. Según la EMCDDA (2009):

“El reconocimiento de las diferencias resulta útil no sólo para evitar la estigmatización de las mujeres adictas, sino también para reorientar las prácticas de trabajo de los servicios públicos y privados, al objeto de garantizar que también las mujeres reciban la información y los cuidados más adaptados a sus necesidades en todos los aspectos. Y es que la comprensión del género en los comportamientos relacionados con las drogas es el primer requisito para desarrollar respuestas eficaces ante el problema” (EMCDDA, 2009).

En la actualidad, hablar de programas sensibles al género es hablar de programas que se centran en la persona, en los que las mujeres son agentes de su propia salud y su experiencia de recuperación implica un proceso dinámico que mejora la satisfacción respecto del tratamiento a través de la participación y toma de decisiones compartida (Arostegui y Martínez Redondo, 2018). Estos programas además, recogen, desagregan y analizan los datos de evaluación y las medidas de satisfacción de las usuarias. Incluye a las propias mujeres en la planificación del proceso. Esta participación es empoderadora y reconoce y refuerza fortalezas de las mujeres (NIDA, 2012; OMS, 2005).

Instituciones y entidades relacionadas con las drogas en sus diferentes ámbitos, van incorporando perspectiva de género, y se reconocen como “programas de atención de alta calidad” aquellos capaces de garantizar la igualdad de acceso a los servicios y que trabajan con un enfoque sensible al género (EMCDDA, 2009).

Conocer esas características diferenciales en el consumo de sustancias adictivas e intervenir sobre ellas desde un nuevo enfoque, puede resultar clave en el trabajo sobre la drogodependencia femenina (Arostegui y Martínez Redondo, 2018).

2. IMPACTO DE LA ADICCIÓN EN MUJERES

2.1. Diferencias a nivel social

La infracción de las normas sociales es valorada de diferente manera en función de los roles de género asignados, ya que tiene mayor peso en el caso de las mujeres. Cuando éstas presentan consumo abusivo de sustancias, resisten mayor juicio social por incumplimiento del rol de género. Además, el consumo de sustancias ilegales es percibido con más extravío en las mujeres que en los hombres (Inciardi, Lockwood y Pottieger, 1993).

Las mujeres y los hombres no optan por igual a los dispositivos que permiten su desarrollo, siendo las mujeres quienes encuentran más obstáculos procedentes del impacto que tiene sobre ellas la infracción de las normas sociales (Walters, Carter, Papp, y Silverstein, 1991). Las atribuciones sociales e imagen o ideario existente sobre los sexos, genera una significativa presión social hacia las mujeres, en relación con los siguientes aspectos:

A nivel social, **se valora con mayor prejuicio** su abuso o dependencia a sustancias, existiendo mayor rechazo a nivel social para ellas (De Miguel, 2015; Ettorre, 1998). Según un estudio realizado en 2003 por el Instituto de la Mujer de Madrid, el 90% de las mujeres siente que se les **culpa más** que a los hombres sobre el consumo de drogas.

La valoración negativa que las mujeres hacen sobre sí mismas, genera un **menor sentimiento de autoeficacia** y una mayor actitud pesimista ante el cambio (Mosteiro y Rodríguez Pérez, 2005).

En el caso de ellas, se ponen en marcha una serie de **estereotipos** que llevan al ocultamiento del problema que se realiza también por parte de su entorno, quedando recluidas y denegándoles el derecho a pedir ayuda; ello genera mayor vulnerabilidad y agravamiento del problema. Al retrasar o impedir la petición de ayuda, las mujeres con problemas de consumo se encuentran en clara desventaja a la hora de acceder a un tratamiento (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). La literatura también muestra que la familia y el entorno de estas mujeres respaldan la estrategia de ocultamiento del problema, priorizando el mantenimiento del papel doméstico y de cuidado que ejercen ellas (Arostegui y Martínez Redondo, 2018; Finkelstein, 1994).

2.1.1. Estigma

Algunos estudios feministas (Burke, 2002; Covington, 2008; Sanders, 2014) sugieren que las mujeres se perciben más descarriadas, puesto que, con el uso de drogas, además de infringir las normas sociales, desafían las normas en torno a lo que se espera de ellas, como ser “una buena mujer” y “una buena madre” (Gunn y Canada, 2015). Estas normas sociales dictan que las mujeres deben cumplir con los estándares de inocencia y pureza moral y actuar desinteresadamente como cuidadoras principales de niños y niñas proporcionando así el sostén de la familia (Gunn y Canada, 2015; May, 2008). Por lo tanto, las mujeres, especialmente si son madres, se perciben más descarriadas que los hombres, que están más protegidos por el propio rol masculino, directamente opuesto al femenino (Burke, 2002).

Se pone en duda la competencia de las mujeres consumidoras, percibiendo que han fracasado como mujeres, como madres, parejas... (Ettorre, 1998). Se cuestiona también su moralidad por tener conductas éticamente inaceptables y pierden más estima social ante el incumplimiento de su “rol de mujer”.

El imaginario social asociado a las mujeres consumidoras pasa por asociarlas con el ejercicio de la prostitución, la degradación de la maternidad, consumo abusivo y el vicio (Ortiz y Clavero, 2014). Existe una mayor tendencia a atribuir la etiqueta de “alcohólica” en el caso de ellas, en comparación con sus homólogos varones, hecho que demuestra una mirada más castigadora por parte de la sociedad (Cantos, 2016).

2.1.2. Doble penalización

El término *doble penalización* viene dado por la percepción de dos infracciones, sinérgicas entre ellas: Ser mujer consumidora y la derivada de la transgresión del rol femenino (Rodríguez, 2001).

Las que usan drogas ilegales son doblemente rechazadas: por ir en contra de lo que se espera de ellas y por su relación con la ilegalidad (Romo, 2005), por ello reciben una doble penalización moral y social (Martínez Redondo, 2009).

2.1.3. Violencia y consumo de sustancias

“Una de las posibles causas y a su vez posible consecuencia que acarrea una adicción es el uso y ejercicio de la violencia, así como su padecimiento” (Urbano, 2017). La conducta violenta se entiende como una conducta intencionada que se utiliza en conflictos relacionales con un fin o una intencionalidad específica (Andrés y Redondo, 2007).

La **asimetría entre los géneros** influye en el género masculino incidiendo en el uso de la violencia como medio para obtener el poder en las relaciones. Bajo el mismo paradigma sociocultural, a las mujeres se les inculca el deber de mantener y generar vínculos afectivos en cualquier tipo de relación y al renuncia a su propio proyecto de vida (López-Doriga, Nogueiras, Arechederra, y Bonino, 2012). A todo esto se añade la violencia de género que, rescatando la definición de Barbara Biglia (2015) se trata de toda violencia procedente de una visión estereotipada del género y en las relaciones de asimetría o poder en los que estos se basan. Por lo tanto, se trata de toda violencia ejercida sobre cualquier persona en base a su sexo o género y que afecta a la identidad y bienestar de la persona sobre la que se ejerce dicha violencia.

Cuando añadimos el consumo de sustancias, la autora Ramos-Lira (2000) sostiene que el haber sufrido violencia de género tiene efectos en el consumo de alcohol y otras drogas, aumentando el riesgo de consumo en víctimas de este tipo de violencia. Existe también **mayor riesgo de consumo** de sustancias en aquellas mujeres que han sufrido violencia sexual en la infancia y/o adolescencia (Moncrief, Drummond, Candy, Checinski, y Farmer, 1996). En yuxtaposición, el propio consumo de alcohol y/u otras drogas aumenta el riesgo de experimentar violencia por lo que las mujeres que consumen sustancias son más proclives a sufrir violencia por parte de familiares, conocidos, desconocidos, personal sanitario y personal de justicia (Fazzone, Holton, Reed, Cook, y Gartner,

1997). Aumenta también la probabilidad de sufrir violencia sexual y encuentran más dificultades a la hora de pedir ayuda por sus problemas de consumo.

En un estudio realizado en 2004 por Arostegui y Urbano con mujeres con problemas de consumo de sustancias que han realizado algún programa de deshabituación en la Comunidad Autónoma de Euskadi, se puede observar que el 55,4% de la muestra entrevistada ha padecido abuso físico, psicológico y/o sexual en algún momento de su ciclo vital. La mitad de las consumidoras de alcohol constatan haber sufrido alguna experiencia de maltrato, de las cuales el 32,3% sufrió maltrato físico, otro 32,2% maltrato psicológico y el 35,4% de las mujeres violencia sexual. En el mismo estudio, se comprueba que todas las mujeres que han sufrido algún tipo de maltrato, padecieron abusos a edades tempranas, antes incluso de instituirse la adicción. La investigación también determina que la experiencia de maltrato es un factor de riesgo en el consumo de drogas y que en muchos de los casos, el maltrato es producido por parte de padres, hermanos y otras figuras masculinas cercanas.

Las mujeres en estado de embriaguez son menos respetadas, por lo que se las considera más accesibles sexualmente, convirtiéndolas en más vulnerables a los abusos y agresiones sexuales. Por ello, en casos de agresión sexual se llega a minimizar las consecuencias para el agresor, culpabilizándolas a ellas por el hecho de estar bajo los efectos de sustancias (Cantos, 2016).

2.1.3.1. Abusos sexuales

Orte (2000), basándose en los estudios que el National Institute of Drug Abuse (NIDA) realiza desde 1996 sobre la incidencia del maltrato/abuso recibido en la infancia en las personas con drogodependencias, señala problemas relacionados con la sexualidad, una mayor tendencia a conductas de riesgo, autodestructivas y de problemas psicológicos.

Existe una **altísima correlación** entre victimización infantil y posterior uso de sustancias. Son más las niñas que los niños que padecen estas experiencias, las cuales manifiestan comúnmente dos modalidades: violencia física y psíquica (por parte de progenitores) y abuso sexual infantil (familiar y no familiar) (Marcenko, Kemp y Larson, 2000). La mayor parte de las veces, los abusos sexuales infantiles sobre las niñas son ejercidos por su entorno familiar inmediato (Llopis, Castillo, Rebollida, y Stocco, 2005). En la investigación de Marcenko y su equipo (2000), se ratifica que la victimización infantil tiene una conexión específica con el desarrollo de problemas de **alcoholismo** entre las mujeres, aunque Llopis y sus cols. (2005) también la vinculan al consumo de otras sustancias. En estos casos, el uso de drogas es interpretado como una **forma de automedicación**, es decir, el abuso de sustancias se percibe como una reacción «normal» frente a situaciones anormales. Las propias mujeres identifican los problemas en sus relaciones familiares como origen del dolor que «medican» (Pollock y Pollock, 1998). Muchas de ellas refieren haber comenzado el consumo tras sufrir un trauma vital (Hurley, 1991). Resulta evidente que pertenecer a una familia abusadora y experimentar desde la niñez relaciones violentas en ese contexto, condiciona la vida de las mujeres y actúa como factor de riesgo en su consumo (Chesney-Lind, 1997).

Otros autores señalan que el abuso sexual durante la infancia es un factor de riesgo de conductas autodestructivas entre las mujeres (Winfield, George, Swartz, y Blazer, 1990).

Las cifras que aporta Meneses (2002) sobre otras investigaciones sitúan la incidencia de abusos sexuales en la infancia en mujeres con drogodependencias entre el 23% y el 74%. Asimismo Copeland (1997), respecto a los índices de retención en el tratamiento, relaciona la existencia de

abusos sexuales con la vinculación al proceso terapéutico, en el caso de centros de tratamiento especializados para mujeres.

Según plantea Orte (2000), refiriéndose a los estudios de Finkelhor (1979), la drogodependencia podría ejercer de antecedente o de consecuente de la historia de abuso o violencia sexual:

“Como antecedente, estaría relacionado con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo y supervisión parental, menor capacitación para discriminar señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso. Como consecuente, los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y/o drogadicción como mecanismo de afrontamiento de ese suceso estresante o como consecuencia del estigma llevaría a la víctima a relacionarse con grupos marginales”.

2.1.3.2. Maltrato

Respecto a la incidencia de los malos tratos, (López-Doriga et al., 2012) indican que:

“Los malos tratos producen efectos en todos los ámbitos de salud. La depresión es uno de los efectos característicos del maltrato. El maltrato mina la autoestima y crea dependencia emocional y, por tanto, inseguridad para tomar decisiones, sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia para salir de la situación. Asimismo, como consecuencia del miedo y el terror, las mujeres sufren dificultades para concentrarse, problemas de ansiedad, ataques de pánico, fobias, reviven la violencia de forma intrusiva en pesadillas o ante estímulos que les recuerdan las experiencias, dificultades para concentrarse”.

En la línea de las repercusiones que produce la violencia contra las mujeres, Groeneveld y Shain (1989) encontraron que un 74% de las mujeres maltratadas tomaban tranquilizantes y que un 40% ingería somníferos, otras mujeres consumían alcohol y otras sustancias adictivas.

Por todo ello, se puede plantear que el maltrato es un **factor de riesgo** de padecer abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, pero a su vez, se puede considerar que las mujeres con problemas de adicción, al vivir más situaciones de riesgo y tener menos capacidad para cuidarse, pueden ser más proclives a sufrir una experiencia de maltrato.

2.1.4. Impacto de la adicción en el ámbito laboral

Varios estudios realizados con población femenina en recuperación de adicciones, enfatizan la mayor dificultad que existe en ellas a la hora de la **incorporación al mercado laboral**. Dichos estudios muestran que el estigma que recae sobre ellas hace que sea más difícil la búsqueda de empleo (Van Demark, 2007; Van Olphen, Eliason, Freudenberg, y Barnes 2009). Además, el estigma social generado por el problema de consumo actúa de freno en las personas empleadoras, cerrándoles oportunidades de desarrollo laboral.

Dado que en muchas ocasiones el consumo incide en la etapa de formación de las personas, existe población con problemas de drogodependencias con carencia de formación educativa y profesional. En el caso de las mujeres, esta situación se agrava al haber desigualdades de género *per se* en el mercado laboral. El mercado laboral deja fuera con más frecuencia y facilidad a las mujeres, a las que se les mantiene dentro de una más pronunciada precariedad laboral (Rodríguez, Solveig, Córdova, y Fernández Cáceres, 2015).

En la fase de reinserción de los procesos de recuperación de adicciones, la oferta formativa o de preparación profesional suele ser más amplia para los hombres. Para las mujeres, la oferta está orientada a **reproducir los roles de género** tradicionales (peluquería, costura, cuidado de personas dependientes...) (Rodríguez et al., 2015), que muchas veces les aleja de salarios facilitadores de autosuficiencia económica y las perpetúa en el rol de cuidadoras en precario y con total responsabilidad sobre el mismo, aumentando aún más su brecha laboral y salarial (Castaños et al., 2007). No se puede ignorar que la independencia económica repercute positivamente en el desarrollo de una buena autoestima, mejora de la imagen social, autonomía y ayuda a establecer nuevas relaciones sociales, rompiendo con un aislamiento, muchas veces generado por el propio consumo (Castaños et al., 2007).

2.2. Contexto familiar y adicción

La familia, tanto la de origen como la formada por la mujer con adicción, constituye un elemento fundamental para la calidad de vida, el apoyo y el buen resultado de su evolución y tratamiento, aunque también puede actuar como factor desestabilizador de todo ello.

2.2.1. Las mujeres como pertenecientes a una familia de origen

La familia es el primer entorno de socialización donde se desarrollan, construyen e integran afectos, valores, expectativas, roles, creencias sociales, autoimagen... en función del sexo con el que se nace. De esta manera, las mujeres son socializadas de manera diferencial con respecto a los varones. En ellas se fomenta que desarrollen papeles relacionados con el vínculo afectivo y las tareas emocionales: mantener las relaciones, criar hijos e hijas, y cuidado de personas (Walters et al., 1991). Las mujeres se desarrollan en un contexto de **apego y afiliación** con otras personas.

El consumo de la hija “obstaculiza” estas tareas, generando una relación de mayor conflictividad y falta de confianza intrafamiliar (Walters et al., 1991). En este sentido, Ettorre (1998) señalaba que tener una madre o una hija con adicción en una familia causa mayor **vergüenza y culpa** que cuando esta situación la presenta un hombre.

En cuanto al **apoyo o acompañamiento**, un gran número de mujeres con drogodependencias o con abuso a sustancias acuden solas a tratamiento, y refieren no querer implicar a la familia o no contar con un apoyo familiar:

- El estudio Eldred y Washington (1976) señala que:
 - o El 73% de varones viven con los padres, en comparación con un 42% de las mujeres al comienzo del consumo.
 - o El 57% de los varones viven con los padres, en comparación con un 33% de las mujeres al iniciar el tratamiento.
- Las mujeres con drogodependencias salen de su casa a una edad más temprana y aun viviendo en casa manifiestan un mayor **nivel de autonomía** (Rodríguez, 2001).
- **La familia no suele enterarse** del consumo directamente por la hija, sino a través de situaciones límite o hechos fortuitos. En algunas situaciones, aun mostrando síntomas claros de deterioro (pérdida de peso, de hábitos de higiene y alimentación, hábitos de vida irregular) no se producía la petición de ayuda ni la detección por parte de los padres del problema (Rodríguez, 2001).
- La madre suele vivir el consumo como una **transgresión que afecta a su rol** en los aspectos de educación y crianza y a la continuidad de la familia, ya que ambas (madre e hija) comparten la misión socializada de estabilizar las relaciones intrafamiliares (Walters et al., 1991). El consumo de drogas es vivido además por la madre, como un fracaso muy grave en la crianza y educación de su hija.

En un documento realizado por el Instituto de adicciones de Madrid (Barreda et al., 2005) se recogen los siguientes aspectos, entre otros:

- Es habitual encontrarnos con mujeres con drogodependencias que no cuentan a su madre el problema (sienten vergüenza, ven a su madre muy sobrecargada, etc.) y a madres que no detectan el consumo de sus hijas o a quienes les resulta más difícil tolerar la adicción. Ambas refieren frecuentemente **falta de una relación íntima y de confianza**.
- La madre suele ser reprochada por el resto de la familia, incluida la hija con drogodependencia, sobre su responsabilidad en el consumo. Ello provoca un nivel de conflictividad mayor en las relaciones familiares con la mujer consumidora.
- La relación con el padre suele estar marcada por la ambivalencia. Presentándose, en ocasiones, una relación de coalición frente a la madre.

- Al igual que en el caso de la madre, **el rol social asignado al padre** dificulta su participación en el tratamiento. La definición de “padre periférico” ha sido utilizado con mucha frecuencia como si se tratara de una decisión individual o un desajuste particular del padre, cuando podría entenderse como consecuencia del rol socialmente asignado.
- Del mismo modo que a la madre se la responsabiliza de la crianza de la descendencia, al padre se le encarga “que ponga orden en la familia” reprochándole que no tome medidas. Las actitudes paternas de alejamiento o desconocimiento del problema que se presentan con frecuencia, podrían tener que ver con una necesidad de eludir ese reproche proveniente desde el ámbito social.
- Con relación al padre, se mantienen también diferencias significativas: los varones con drogodependencias habitualmente manifiestan poca o nula relación con el padre, actuando la madre de mediadora. En el caso de las mujeres, existe una mejor relación con el padre, pero ello no facilita el que éste desarrolle una relación de ayuda. Este aspecto podría apuntar a que el padre no tiene asignado en su rol articular esta relación de ayuda aunque, en un número importante de mujeres con drogodependencias, se encuentre más próximo y más vinculado afectivamente.
- Si comparamos las familias de varones y mujeres con drogodependencias (aunque se trate de la misma), nos encontramos con los siguientes aspectos diferenciales:
 - Con el varón la madre suele hacerse cargo de forma más clara de la problemática del hijo, incluso puede **asumir como suyas la responsabilidad y consecuencias** del consumo del varón, la tendencia es centrípeta, se tiende a dar respuesta al problema en el seno de la familia.
 - Con la mujer la madre tiene más dificultades para conocer o percibir el consumo de la hija, existe una **mayor tendencia a que se provoque la salida** del entorno familiar de la mujer consumidora o a que ésta se autoexcluya. La tendencia es centrífuga, de salida de la mujer consumidora de la familia de origen.

En líneas generales, se puede señalar que existe una **importante diferencia en las dinámicas** familiares en función del género: en general, existen menos recursos familiares para ayudar a una mujer con problemas que a un varón. Si además el problema es una drogodependencia, se genera un sentimiento de mayor culpabilización y vergüenza tanto en la mujer como en la familia, lo que dificulta la prestación de ayuda a la mujer con adicción.

Por otra parte, las dinámicas, tipos de organización y de **estructura intrafamiliar** de las mujeres correlacionan muchas veces con el uso de drogas por parte de éstas (Barret y Turner, 2005). Revisando la literatura existente, Hagan, Finnegan y Nelson-Zlupko (1994) reseñaban que frecuentemente algunas mujeres con adicción se han desarrollado en sistemas familiares caóticos.

Tal y como recogen Arostegui y Martínez Redondo (2018) se han identificado ciertas dinámicas que relacionan a la familia de origen con el posterior uso de drogas de las mujeres:

- Algunos datos demostrarían que, en multitud de ocasiones, las mujeres con problemas de adicción provienen de familias donde alguno o algunas/os de sus miembros son igualmente dependientes de alguna sustancia (Cook, D'Amanda, y Benciavengo, 1981; Forth-Finegan, 1992). La recaída femenina es más probable cuando las mujeres provienen de familias en las que se utilizan las drogas como estrategia de afrontamiento para alterar los estados de ánimo (Blankfield, 1991; Forth-Finegan, 1992), toda vez que es habitual que ellas, a su vez, establezcan sus propias familias con parejas que presenten alguna adicción (Reed, 1985).
- A menudo, la historia vital de estas mujeres muestra experiencias de sobre-responsabilidad en el contexto de su familia de origen (Bepko, 1989; Bepko y Krestan, 1985), siendo más probable que los hombres hayan podido lograr una ruptura efectiva con su familia (Blume, 1990; Mummé, 1991). Ellas tienden a responsabilizarse (y la familia les atribuye la responsabilidad) del cuidado de la descendencia y de otras personas dependientes funcionales de la familia, también de las personas consumidoras (dependientes) de la familia de origen, así como del cónyuge consumidor en la familia creada.
- En 2006, el estudio cualitativo de Polansky, Lauterbach, Litzke, Coulter y Sommers analizó las relaciones entre las tríadas de mujeres: abuela, madre, hija y las complicaciones que surgen cuando quien presenta una adicción es la madre y no es posible que se establezca un vínculo entre ella y su hija. En este caso resulta frecuente que sea la abuela la que ejerza la crianza de la nieta, agravándose los conflictos entre la que tiene la adicción (madre) y su propia madre (abuela), que es de quien depende en mayor medida la crianza y la desarrolla según sus propios criterios. En estos casos, es posible que se precipite la salida de la madre con adicción del contexto familiar para asumir únicamente su **rol de hija**. Una vez que finaliza el tratamiento, es posible que los conflictos se reanuden cuando la hija pretenda retomar su rol de madre.

Lo cierto es que existe muy poca producción científica respecto de las experiencias psicológicas y sociales de las mujeres en este tipo de relaciones madres-hijas, así como de las mujeres entre sí, incluso a pesar de la importancia dada a la **función maternal como eje de la identidad** de género. En todo caso, **la intervención familiar** resulta ser una pieza clave en el abordaje y avance del proceso de tratamiento de las drogodependencias.

2.2.2. Las mujeres como conformadoras de su propia familia nuclear

Cuando una persona presenta una adicción a sustancias, tarde o temprano comienzan a aparecer **consecuencias negativas en todas las esferas de su vida**, y una de ellas es la pareja, pudiéndose llegar incluso a provocar la ruptura de la misma.

Suele ser habitual que sean los hombres consumidores quienes inicien a las mujeres en el consumo de drogas en el contexto de las primeras relaciones de pareja y que continúen posteriormente siendo sus proveedores (Bloom, Owen, y Covington, 2002).

En la siguiente tabla (Tabla 1) se presentan en compañía de quién comienzan a consumir las mujeres:

Tabla 1. En compañía de quién inician las mujeres el consumo de sustancias

COMPAÑÍA DE LAS MUJERES CUANDO INCIAN EL CONSUMO	
COMPAÑÍA EN EL INCIO	PORCENTAJE DE MUJERES
Sola	7,1%
Pareja	53,3%
Amistades	33,9%
Pareja y amistades	5,4%

Fuente: extraído de Urbano y Arostegi (2004)

Posteriormente, y para sufragar este consumo, es posible que las parejas de estas mujeres las insten a cometer actos delictivos o a que se prostituyan mediante influencia directa o por medios coercitivos para conseguir este dinero (Cruells e Igareda, 2005).

Es ampliamente observable que a las mujeres que consumen les resulta más difícil que a sus homólogos varones construir relaciones de pareja con alguien que no consume. Una explicación posible, según Bowen (1991), sería que teniendo en cuenta el eje individuación-pertenencia (en la mujer las necesidades de pertenencia son mayores que las necesidades de individuación), las mujeres con drogodependencia pueden tender con más probabilidad que los hombres (que estarían más cerca del polo de la individuación) a mantener relaciones de pareja incluso poco gratificantes.

Muchas veces estas situaciones están relacionadas con las vivencias experimentadas y los valores transmitidos en la familia de origen de la mujer con drogodependencia. Diversos autores han afirmado que la drogodependencia sería una **pseudoindividuación de la familia de origen** (Stanton y Todd, 1985) y el establecimiento de la relación de pareja sería un intento “fallido” de separación de su familia o, siguiendo a Cancrini (1988), un intento de autoterapia frente a una situación personal o interpersonal dolorosa, buscando en la sustancia aliviar dicho sufrimiento.

Cuando en la relación de pareja hay una crisis o una amenaza de ruptura, se aumenta el consumo como una forma de anesthesiarse del propio sufrimiento, creándose de este modo un círculo vicioso: se consume porque existen dificultades en la relación y hay dificultades porque se consume (Barreda et al., 2005). Por otra parte, continuar con el consumo permite soportar y mantener la relación insatisfactoria, privándose de la determinación necesaria para cambiar. Como afirma Norwood (1985), **las soluciones se convierten en el problema**, se consume para aguantar el dolor de una relación insatisfactoria y al consumir se aumentan las dificultades de la pareja.

La sustancia puede cumplir la función de mantener una situación poco gratificante y de **mantener determinadas pautas de relación**, anestesiándose del dolor de la misma. La abstinencia implicaría afrontar de manera diferente la relación y los conflictos, cambiar el tipo de relación, las necesidades y lo que se pide tanto al otro miembro de la pareja como a la relación, con lo cual aumentaría la probabilidad de recaídas con objeto de volver a preservar el vínculo.

2.2.2.1. Consumo y maternidad

Que la mujer con problemas de adicción tenga hijas e hijos ha sido un aspecto que, tradicionalmente, ha sido estudiado desde el punto de vista de la existencia de las criaturas y de la repercusión que la toxicomanía de sus madres tiene en su adecuado desarrollo. Se ha prestado una atención mínima a estas madres como mujeres, dejando a un lado sus necesidades e intereses. Es importante analizar y reflexionar en torno a la influencia de los estereotipos de género en su vivencia de la maternidad, del embarazo y del parto; la relación entre maternidad y adicción; el peso de la parentalidad en su proceso de drogadicción y de rehabilitación (Castaños et al., 2007).

Tradicionalmente se ha identificado ser mujer con ser madre. **Desarrollarse como mujer pasaba por ser madre** y se consideraba la maternidad fuente de **valoración social y de realización** personal. Actualmente, coexisten distintos modelos que posibilitan diferentes proyectos de vida de las mujeres. Ha cambiado el imaginario social, de modo que, podamos elegir ser madres o no, si bien sigue existiendo un modelo ideal de ser madre. A menudo, para muchas mujeres y especialmente para las que presentan problemas de adicción ser madre va a suponer nuevas exigencias por los mandatos internalizados, que generarán dificultades en el ejercicio de la parentalidad: se idealiza la maternidad de la mujer y las funciones que tiene que desempeñar (Barreda et al., 2005).

Si para cualquier mujer es dificultoso cumplir con esa imagen idealizada, suele serlo aún más para aquellas mujeres con problemas de adicción que puedan tener dificultades para atender las funciones básicas maternas. Los obstáculos reales que atraviesan estas mujeres en el ejercicio de su maternidad unidos a las exigencias derivadas por estereotipos de género, suelen provocar las siguientes consecuencias en estas madres (Barreda et al., 2005):

- Profundos sentimientos de culpa por los **problemas en la atención a la descendencia** (comparativamente mucho mayor que en el hombre, que de hecho la suelen desatender en mayor medida).
- Mayor **estigmatización y presión social** sobre la madre con problemas de adicción.
- La necesidad de **negar sus conflictos** en relación a la maternidad como forma de protegerse frente a los sentimientos que despierta esta realidad.

En cualquier caso es necesario tener en cuenta que existen perfiles muy diferentes de adicciones y también de mujeres y, por lo tanto, de formas de ser madre (Arostegui y Martínez Redondo, 2018).

2.2.2.2. La vivencia del embarazo y parto en mujeres con trastornos adictivos

En algunas ocasiones, las mujeres con drogodependencia planifican el embarazo, planteándose la necesidad de controlar el consumo o abandonarlo. En otros casos, los embarazos no son planificados, al menos de forma consciente, debido a (Castaños et al., 2007):

- Dificultades en la planificación de metas y también en la planificación familiar.
- La amenorrea y dismenorrea producidas por las alteraciones hormonales que provocan las sustancias es entendida por las mujeres como pérdida de la ovulación, circunstancia que influye en la disminución del uso de métodos anticonceptivos. Así, las mujeres que consumen determinadas drogas **pueden tardar más en tomar conciencia del embarazo**, confundidas por las alteraciones menstruales o por la poca atención prestada al calendario de sus ciclos.

A menudo, la confirmación del embarazo se vive como una salvación, una oportunidad de interrumpir el consumo y una fuente de valorización personal. En algunos casos, incluso previos al embarazo, las mujeres fantasean con el embarazo como solución mágica para abandonar su adicción. De hecho, suelen dejar el consumo por este motivo aunque, posteriormente, pueda producirse una recaída (Castaños et al., 2007).

Según la investigación realizada por Stocco, Llopis, DeFazio, Calafat y Mendes (2000) en población con adicción a opiáceos: el embarazo no suele ser buscado, ni planificado, pero da lugar a la reflexión y supone un factor de refuerzo y adherencia a los tratamientos de desintoxicación, aumentando cuando es el primer tratamiento o el primer hijo o hija.

La ambivalencia con la que algunas mujeres viven el embarazo se traduce en un mantenimiento del consumo, a pesar de reconocer los beneficios que pueda tener su interrupción. Este consumo genera intensos y angustiosos sentimientos de **culpa**, lo que les puede llevar a disminuir la dosis o cambiar a otras sustancias percibidas como menos perjudiciales para el embrión. Además, la toma de **conciencia tardía del embarazo** y su falta de planificación va a suponer que el seguimiento de este proceso de salud se realice tarde y de forma poco sistemática (Castaños et al., 2007).

El embarazo para las mujeres con drogodependencia supone una etapa de gran carga emocional y a menudo, angustia por distintos motivos (Barreda et al., 2005):

- El embarazo, el parto y la maternidad constituyen para cualquiera, con drogodependencia o no, un momento de cambio personal y de reorganización propia, de la familia o pareja.
- Existe miedo a tener un hijo o hija **con problemas de salud** debido a su adicción.
- Necesidad de **apoyo** familiar, en un contexto de ruptura o dificultades previas con la familia de origen.
- **Miedo a perder al hijo o hija** por la dificultad de cuidarles y por la intervención de los servicios sociales.

A la vez, las mujeres se ilusionan ante el deseo de cambio en su relación con el consumo de drogas y se ven inmersas en un rol de gran prestigio social, que les da una nueva oportunidad de

valorización. En ciertas ocasiones, la maternidad puede implicar diferentes funciones que faciliten el manejo de sus propios conflictos emocionales. Así, puede ser utilizada la maternidad para (Castaños et al., 2007):

- Dotar de una nueva identidad y proyecto de vida revalorizado.
- Sustituir emocionalmente la ausencia de sus cónyuges o pareja.
- Proteger de sus angustias de abandono...“La necesidad de encontrar para sí una buena madre se confunde con el deseo de ser madre” (Diniz, 1995).
- La necesidad de tener “algo propio” en situaciones de carencia.

2.3. Impacto de la adicción a nivel individual

Según el efecto que producen las sustancias psicoactivas en el cerebro de las personas que las consumen, nos encontramos ante tres tipos de drogas (Martín, Lorenzo, y Lizasoain, 1998):

1. Las drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central actúan sobre el cerebro acelerando su actividad, y originando un estado de excitación que va, desde una mayor dificultad para conciliar el sueño hasta un estado de hiperactividad después de su consumo. Entre éstas se encuentran: cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina, teína, etc.

2. Las drogas depresoras del Sistema Nervioso Central actúan sobre el cerebro disminuyendo, entorpeciendo su propio funcionamiento y el proceso cognitivo de la persona. Entre éstas están: el alcohol, los derivados de los opiáceos, como son la heroína, la metadona, la morfina, etc. Los tranquilizantes y los hipnóticos (pastillas o medicamentos para calmar la ansiedad, o para provocar el sueño).

3. Las drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central actúan sobre el cerebro alterando su funcionamiento y provocando distorsiones perceptivas y alucinaciones visuales y acústicas. Entre éstas se pueden encontrar: los alucinógenos (LSD, diversas clases de hongos, y de cactus), los derivados del cannabis (hachís, marihuana, resina, etc.) y las drogas de síntesis y sus derivados (MDMA).

Según Blanco, Sirvent y Palacios (2005) los hombres y las mujeres tienen distintas características físicas, psicológicas y sociales: 1) Físicas como son el peso, la altura, el funcionamiento hormonal, el tipo de **respuesta biológica ante las drogas**, etc.; 2) **Psicológicas** como son la existencia de diferencias en el funcionamiento del cerebro de hombres y mujeres, autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, etc.; 3) **Sociales** (reconocimiento, valoración y participación social, etc.) que intervienen en el impacto diferencial de los consumos de drogas en ambos sexos.

A pesar de que el consumo problemático de drogas es más elevado en el colectivo masculino, las mujeres presentan **problemas de mayor gravedad**. Ellas son más vulnerables a los efectos de las drogas que los hombres, por los factores biológicos (la metabolización: procesos de absorción, distribución, transformación y eliminación de las drogas en el organismo son más lentos), psicológicos, personales y sociales (NIDA, 2005). Consecuencia de ello, existen diferentes

investigaciones que señalan que existen elementos característicos en las mujeres con drogodependencias como son (Sánchez Pardo, 2009):

- El consumo de drogas en las mujeres comienza a una edad más tardía.
- Las adicciones a las drogas son más severas en las mujeres, ya que se instauran y evolucionan de forma más rápida.
- Las mujeres consumen menos cantidades que los varones, pero los trastornos físicos derivados de los consumos son más frecuentes y graves en ellas, teniendo mayor probabilidad de padecer alguna enfermedad. Además, presenta mayor porcentaje de padecer otros trastornos psiquiátricos asociados a las drogas.
- Las mujeres con drogodependencias acuden a tratamiento con más bajos niveles de autoestima en comparación con los hombres.
- En las mujeres con drogodependencia existe una alta probabilidad de intentos de suicidios que los hombres.
- Las mujeres con frecuencia reaccionan, ante la depresión, la ansiedad y el estrés, consumiendo drogas.
- Las mujeres con drogodependencia cuentan con mayores problemas laborales y económicos que los hombres.

2.3.1. Salud física

Queda mucho por estudiar sobre las **consecuencias orgánicas** del consumo en las mujeres. No podemos perder de vista que la alteración de la salud como efecto del abuso de las sustancias no sólo depende del efecto directo de la droga, sino del estado previo del organismo sobre el que actúa en las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social. Las drogas afectan al funcionamiento y la estructura del cerebro, que provocan modificaciones neuroquímicas que se traducen en alteraciones del comportamiento.

A continuación se muestran algunos aspectos relacionados con las sustancias.

ALCOHOL

Si bien a largo plazo los efectos adversos del abuso de alcohol afectan a ambos sexos, hay que precisar que, tras establecerse el consumo crónico, la repercusión a nivel orgánico **es mayor en la mujer**. Es más vulnerable a los efectos deletéreos del alcohol y desarrolla lesiones hepáticas más graves que los varones, pese a que comparativamente tanto el tiempo de consumo como la cantidad de ingesta sean menores (Gual, Lligón, y Mondón, 1999).

De igual modo, hay diferencias a corto plazo; si un hombre y una mujer ingieren igual cantidad de alcohol por kilogramo de peso, la concentración de alcohol en sangre será más alta en el caso de la mujer. Una de las razones de este hecho radica en el menor porcentaje de agua en la composición corporal de la mujer en comparación con la del hombre, lo que provoca que el etanol se diluya en menor volumen líquido, alcanzando así una concentración mayor. Otra causa es la menor capacidad de la mujer para **metabolizar el etanol**, debido a la menor cantidad de enzima

alcoholdehidrogenasa presente en su organismo. La investigación acerca de la influencia de las variaciones hormonales del ciclo menstrual sobre el metabolismo del alcohol, encuentra de momento resultados contradictorios. Presenta una relación directa con el desarrollo del Síndrome Alcohólico-Fetal. Y por lo que respecta a la relación entre cáncer de mama y alcohol, aunque numerosos estudios establecen asociación, difieren en la cuantificación del riesgo, que valoran desde mínimo aumento hasta incrementos del 50% (Bagnardi, Blangiardo, La Vecchia, y Corrao, 2001; García-Sempere y Portella 2002; Parés y Caballería, 2002).

COCAÍNA

Efecto anorexígeno de la cocaína: Esta propiedad, que comparte con otros estimulantes, es motivo en no pocas ocasiones del inicio y mantenimiento del consumo, al ser usada por parte de la mujer como herramienta para el control del peso corporal.

Las mujeres tienen mayor sensibilidad a los **efectos cardiovasculares** de la cocaína. Durante la fase del ciclo menstrual en la que el nivel de estrógenos es más alto, no hay cambios en el flujo sanguíneo cerebral tras la administración de cocaína; sí ocurren en cambio, cuando se administra la sustancia en la fase en la que el nivel estrogénico es menor (NIDA, 2002). Estos efectos, a largo plazo, podrían conducir a una respuesta diferente en el sexo femenino en cuanto a la severidad de la posible disfunción cerebral generada por el abuso crónico de cocaína.

PSICOFÁRMACOS

Se trata de fármacos que modifican la actividad psíquica por su acción sobre el sistema nervioso central. La dependencia a psicofármacos se caracteriza por la falta de conciencia de su existencia, tanto por parte de la mujer que la padece como generalmente del entorno. En la actualidad los ansiolíticos-hipnóticos son los más extensamente usados, seguidos de los antidepresivos. Aunque la categoría ansiolítico-hipnóticos (también se denomina tranquilizantes a los ansiolíticos y somníferos o “pastillas para dormir” a los hipnóticos) incluye distintos tipos de fármacos, las benzodiacepinas son las más representativas del conjunto debido a su consumo masivo. En contraste con las drogas ilícitas, las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres en todos los grupos de edad, tanto bajo prescripción médica como tomados sin control sanitario; aunque tal como ocurre a veces con el alcohol, pueden ser “**consumos invisibilizados**” (De la Cruz y Herrera, 2002). Parece que tanto por parte de la mujer como del entorno, se catalogan las reacciones emocionales (ansiedad, tristeza, enojo) ante las condiciones de vida como enfermedad y por tanto se recurre a los fármacos para “curarla”. Pero hay que tener muy presente que los psicofármacos “ni suprimen la causa del malestar, ni por sí solos tienen acción curativa, pudiendo impedir el reconocimiento de la causa que produce el malestar contribuyendo así a la resignación ante condiciones de vida insatisfactorias” (Instituto de la Mujer de Madrid, 2003).

2.3.2. Salud mental

Puede darse la presencia inicial del trastorno psiquiátrico y que el paciente use las sustancias como forma de alivio a los síntomas del trastorno (teoría de la automedicación) o puede darse como situación primaria el consumo de drogas y como secundaria la aparición del trastorno

psiquiátrico a consecuencia de dicho consumo. También puede suceder que ambos trastornos se den juntos o separados en el tiempo sin ningún tipo de implicación causal. La relación entre el uso de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro. Según Blanco y su equipo (2005) la mujer con adicción además de la adicción, suele padecer un problema añadido tanto o más grave que puede ser incluso la causa que originó el trastorno adictivo.

Asimismo, Moral y cols. (2011) afirman que en las mujeres con drogodependencias existe una mayor prevalencia a trastornos de estado de ánimo y de ansiedad que en los hombres. Estas patologías afectan en mayor medida a las mujeres, con prevalencias que pueden llegar a duplicar a las de los varones.

En la siguiente tabla (Tabla 2) se recoge la proporción de trastornos psiquiátricos en población que presenta diferentes adicciones:

Tabla 2. Trastornos psiquiátricos en población con adicción

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN POBLACIÓN ADICTA (ENE.- DIC. 2009)			
	SEXO		TOTAL
	M	V	
Ausencia de trastornos no adictivos	34	187	221
	23%	58,80%	47,42%
Trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación	0	1	1
	0,00%	0,31%	0,21%
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	3	21	24
	2,00%	6,66%	5,15%
Trastornos del estado de ánimo	38	45	83
	25,60%	14,10%	17,81%
Trastornos de ansiedad	47	39	86
	31,70%	12,20%	18,45%
Reacciones a estrés graves y trastornos de adaptación	0	2	2
	0,00%	0,62%	0,43%
Trastornos de somatización y disfunciones fisiológicas	14	2	16
	9,40%	0,62%	3,43%
Disfunción sexual no orgánica	0	1	1
	0,00%	0,31%	0,21%
Trastornos de la personalidad y del compromiso del adulto	12	20	31
	8,75%	6,20%	6,87%
TOTAL	148	318	466
	31,76%	68,24%	100,00%

Fuente: Extraído de Moral, Sirvent, Blanco, Rivas, Quintana y Campomanes (2011)

Centrándonos en los efectos de las drogas como origen de alteraciones psiquiátricas, Martínez y Rubio (2002) describen el proceso explicando que el abuso de drogas sería el generador de cambios a nivel biológico, psicológico y social que facilitarían la aparición del trastorno. **A nivel**

biológico, “los efectos tóxicos de las drogas sobre la neurotransmisión cerebral o sobre otros órganos, pueden representar un riesgo para los trastornos depresivos, de ansiedad o psicóticos. Se sabe que el consumo continuado de alcohol, cocaína o heroína produce disminución del funcionalismo de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica y noradrenérgica similar al encontrado en las depresiones”. Estos cambios a nivel orgánico pueden producir **alteraciones emocionales** que, unidas a las consecuencias que **a nivel social** puede tener el consumo, como problemas laborales, familiares o de pareja, son terreno abonado para la aparición de cualquier disfunción mental. También, Blanco y su equipo (2005) al hablar de las mujeres con drogodependencia señalan que los trastornos psiquiátricos que habitualmente presentan éstas son: la depresión, trastorno de ansiedad y trastorno de alimentación.

En un estudio con mujeres con consumos abusivos, Urbano y Arostegui (2004) hallaron que un 37,5% de las mujeres había padecido problemas relacionados con la alimentación en algún momento de su vida: el 23,8% había padecido “bulimia” y el 14,3% había padecido “anorexia”, el 4,8% “anorexia-bulimia” y en el 57,1% de la muestra habló de “agrado por la delgadez”.

El consumo crónico de **ALCOHOL** produce deterioro cognitivo de distinto grado, alteración de la memoria y de la expresión emocional; trastornos psicóticos, síntomas depresivos y de ansiedad; trastornos del sueño y de la conducta que producen desadaptación social. La demencia alcohólica y la psicosis de Korsakoff son las principales enfermedades psiquiátricas. En la mujer, la dependencia alcohólica aparece asociada más frecuentemente a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

En el caso de la **COCAÍNA**, no es necesario llegar a la administración crónica, ya que incluso en los consumos iniciales puede producir síntomas psicóticos; desde la frecuente paranoia transitoria que los usuarios describen como “rayarse”, hasta la psicosis cocaínica que cursa con gran componente de agresividad y agitación. La depresión, irritabilidad, ansiedad y distimia, acompañan también a la dependencia cocaínica.

La dependencia de la **HEROÍNA** no se ha establecido como origen de la aparición de trastornos psiquiátricos; Cabrera y Del Río (2004) refieren, “sí se ha mencionado, por algunos autores, cierto deterioro intelectual y trastornos psíquicos leves”. Se describe una especial predisposición en las dependientes a la heroína para la presentación de episodios depresivos, pero admitiendo que el origen puede ser tanto secundario al consumo como previo a éste.

Las reacciones adversas más frecuentes que puede originar el consumo de **CÁNNABIS** son la ansiedad y los ataques de pánico; la probabilidad de que ocurran aumenta con la dosis y disminuye con la experiencia en el consumo. La disminución del rendimiento intelectual (atención, memoria) es la consecuencia que más comúnmente relatan los abusadores de cannabis y que se confirma en la investigación (Solowij et al., 2002). Es frecuente la apatía, falta de interés y motivación. Si existen factores previos o predisponentes, pueden desencadenarse cuadros psicóticos por intoxicación aguda o precipitar una psicosis esquizofrénica (Sopelana, 2000).

2.3.3. Salud reproductiva

Los efectos del **ALCOHOL** sobre el sistema reproductor femenino pueden deberse tanto al efecto de éste sobre la regulación hormonal, como a las consecuencias indirectas asociadas al abuso, como malnutrición, hepatopatía, etc. El resultado es la aparición de ciclos menstruales irregulares, con ausencia de ovulación, mayor riesgo de aborto y menopausia temprana (Mendelson y Mello, 1988). Incluso con cantidades de alcohol no suficientes para dañar otros órganos, se pueden producir alteraciones del ciclo menstrual (Emanuele, Wezeman, y Emanuele, 2002).

Además, El consumo de alcohol produce mayor desinhibición sobre la conducta sexual, aumentando el deseo para algunas mujeres, pero disminuye la respuesta de excitación, inhibiendo o suprimiendo la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo, este consumo produce disfunción sexual e insatisfacción sexual. Esta insatisfacción induce al consumo de alcohol, como una manera de afrontamiento ante dicha insatisfacción (Barreda et al., 2005).

La **COCAÍNA** también se asocia a la disfunción reproductiva. La experimentación animal muestra efectos sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (Walker, Francis, Cabassa, y Kuhn, 2001), y estudia tanto un posible efecto tóxico directo sobre las células ováricas (Thyer et al., 2001), como el aumento de los niveles de prolactina como factor causal de infertilidad (Saso, 2002), (Honoré et al, 2001). El efecto final es la alteración de los ciclos menstruales, amenorrea, disminución del número de ciclos ovulatorios y galactorrea (Ibáñez, 2017). La cocaína al ser un estimulante del sistema nervioso facilita la excitación y la respuesta sexual. Sin embargo, tras los momentos de euforia aparecen los de depresión y su uso prolongado puede producir un deterioro del sistema nervioso central que conduce a una disminución importante de la función sexual (Barreda et al., 2005).

Los **OPIÁCEOS**, entre otros efectos hormonales, provocan aumento de la prolactina y disminución de la hormona luteoestimulante (Rubio y Santo-Domingo, 2003). Ambos hechos, por separado, ya disminuyen la fertilidad de por sí. Tanto la ausencia de menstruación como las alteraciones de ésta, son frecuentes compañeras de la mujer que consume opiáceos, ya sea de forma ilegal o bajo prescripción médica como en el caso de la metadona. Producen también disminución del deseo sexual y dificultan el tener un orgasmo (Frago y Sáez, 2017).

El **CÁNNABIS** actúa sobre el sistema hormonal produciendo disminución de los niveles de las hormonas foliculoestimulante, luteinizante y prolactina. Como consecuencia, pueden presentarse trastornos menstruales, ciclos anovulatorios, aumento de abortos y embarazos más prolongados. Estos efectos revierten si se suspende el consumo (Pascual, Rubio, y Martínez, 2002). A corto plazo, en la medida en que desinhibe, puede facilitar el encuentro sexual. Pero, a largo plazo produce la reducción de los ciclos menstruales y la aparición de ciclos menstruales sin ovulación, lo que reduce la fertilidad (Frago y Sáez, 2017). También, su consumo continuado provoca baja lubricación vaginal y suele conducir al desinterés por el sexo (Ibáñez, 2017).

Podemos concluir que a largo plazo, el efecto del consumo de drogas en la mujer sobre **el ciclo deseo-excitación-orgasmo**, es negativo (Orte, 2000).

2.3.4. Enfermedades de transmisión sexual

En mujeres con problemas de adicción, cabe distinguir distintas circunstancias que las hacen especialmente vulnerables a la infección por esta vía:

- Según recoge Patricia Insúa (1999), la mujer es más susceptible a la **infección por vía sexual** que el varón. Se debe entre otros factores al mayor tiempo de exposición al virus por la permanencia del semen en tracto genital femenino tras el coito, la mayor capacidad infectiva del semen frente a las secreciones vaginales por su distinto PH y la mayor vulnerabilidad de la mucosa vaginal a la infección por el **VIH** en comparación al pene (Castillo-Aguilella, Llopis, Robodilla, Fernández, y Orengo, 2003).
- En las mujeres con consumos problemáticos de drogas la presencia de enfermedades infecciosas (hepatitis, VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, etc.) es muy elevada (Castillo-Aguilella et al., 2003). Esto incrementa el riesgo de transmitir las por vía sexual (Meneses, 2010).
- Práctica de **sexo desprotegido**. Los efectos del consumo de drogas sobre la conducta sexual, dificultan tanto la percepción del riesgo de contagio como la asunción de medidas protectoras.
- Falta de pareja estable (Castillo-Aguilella et al.; 2003Orte, 2000).
- Tener compañero sexual seropositivo, circunstancia más frecuente en la mujer con adicción que en el varón (Orte, 2000).
- Mantener relaciones sexuales con usuarios de drogas por vía parenteral con prácticas de riesgo, debido a la mayor probabilidad de éstos de estar infectados por el VIH. Este hecho es también más usual en la mujer con drogodependencia que en el varón con adicción (Orte, 2000).

2.3.5. Prostitución

Muchas mujeres con problemas de adicciones a las drogas, especialmente a la **heroína** ya la **cocaína**, recurren de forma esporádica o sistemática a la prostitución como una forma de financiarse dicho consumo. Así mismo resulta frecuente, que ciertas mujeres intercambien sexo por droga. Es decir, algunas mujeres acceden a mantener relaciones sexuales con individuos que les ofrecen una dosis. Se trata de una forma sutil de prostitución, basada en el intercambio de **favores sexuales por drogas**. Estas prácticas suponen un mayor riesgo y consecuencias negativas para la salud de las mujeres (Meneses, 2010):

- El ejercicio de la prostitución, en muchas ocasiones, obliga a estas mujeres a aceptar prácticas sexuales de riesgo con sus clientes, ya que tienen un menor control para negociar la protección en las relaciones sexuales. Consecuencia de ello, están más expuestas a sufrir diversas infecciones.
- Estas mujeres son más vulnerables y su estado de salud es peor.
- Tienen una mayor probabilidad de ser víctimas de violencia o agresión.

Blanco y colaboradores/as (2005) también, recogen que la mitad de las mujeres con adicción financian su consumo de drogas con la prostitución. Además, encuentran que muchas

mujeres a fin de paliar las experiencias asociadas a la prostitución desarrollan un consumo más **caótico**, mezclando más sustancias. También, hallaron que las mujeres son más vulnerables al riesgo de infección por VIH/Sida, a través de equipos contaminados o por mantener relaciones sexuales sin protección.

Rekalde y Vilches (2005), consideran que no acaba de resolverse si las mujeres empiezan a prostituirse para pagarse la droga o, si se drogan para soportar la dureza de este oficio. Lo que sí está claro, es que el consumo de drogas y la prostitución van de la mano en muchas ocasiones. En este sentido, en un estudio realizado por Arostegui y González de Audikana (2016) se señala que efectivamente existe relación entre el consumo de drogas y la prostitución, que muchas mujeres que comienzan a ejercer la prostitución y conocen en ese contexto el consumo de drogas lo utilizan como herramienta de trabajo o para aguantar el ejercicio de esa actividad.

Meneses (2010), encontró en su estudio que las sustancias psicoactivas más consumidas por este colectivo eran la cocaína, el alcohol y las anfetaminas. La probabilidad de consumo se incrementa cuando el cliente lo demanda, y presenta a cambio ciertos beneficios para las mujeres, como el incremento de los ingresos económicos. Además, según estas mujeres, el uso de drogas les permitía conseguir un mayor rendimiento en su trabajo ("**aguantando**" más horas), combatir el aburrimiento, soportar las largas horas de espera, quitarse el miedo de entrar en la habitación con el cliente, generar un clima favorable con los clientes o porque lo demandan éstos.

Consecuencia de todo ello, según Meneses (2010), los consumos pueden convertirse en intensivos y compulsivos, siendo la prostitución un **contexto de inicio y adquisición de la dependencia** a sustancias. A esto se suma, que el uso de diferentes drogas en los contextos de prostitución se ha empleado como un elemento facilitador para la realización de los servicios sexuales y como forma de enfrentar las consecuencias y los sentimientos negativos generados por el ejercicio de la prostitución. Es decir, las repercusiones psicológicas que genera en las mujeres el ejercicio de la prostitución, lo que puede provocar un incremento del consumo de drogas.

Cantos (2016) afirma que "mujer, con drogodependencia y prostituta son tres etiquetas que no hacen sino provocar estigma social y un devastador proceso de exclusión social del que es muy complicado recuperarse".

Elisabete Arostegui Santamaría y Aurora Urbano Aljama (2004) concluyen que existen consecuencias en las mujeres derivadas del ejercicio de la prostitución, como son en su imagen social, en su salud física y psicológica: mujer, con problemática de consumo y ejercicio de la prostitución son tres ingredientes que acarrearán en ellas un estigma social y un nivel de exclusión difícilmente recuperable. A todas estas consecuencias, se le suman el alto riesgo de sufrir violencia, abuso, maltrato físico, psicológico y sexual. Además, la autoras señalan que el ejercicio de la prostitución, al ser una profesión no reconocida como tal, según un punto de vista legal y **sin derechos laborales**, está obligada a la clandestinidad, aumentando el riesgo para las mujeres que la ejercen, sufriendo situaciones peligrosas y exponiéndolas a situaciones de indefensión.

3. RASGOS DIFERENCIALES EN CUANTO AL CONSUMO

3.1. Inicio de consumo

Existen numerosos factores que incrementan el riesgo o posibilidad de que una persona se inicie al consumo de las diferentes drogas, de que repita los mismos, de que termine abusando o dependiendo de estas sustancias. Por un lado, están los **factores de riesgo** que pueden aumentar la probabilidad de que una persona consuma drogas, así como que se instauren conductas de abuso y/o dependencia a las drogas, problemas de salud o sociales asociados a dichos consumos. Por otro, están los **factores de protección** que pueden reducir la probabilidad del uso de sustancias (Robertson, David, y Rao, 2004).

La existencia de múltiples factores de riesgo, la ausencia en muchas ocasiones de factores de protección y la interacción entre ambos elementos determina una mayor vulnerabilidad en las personas para adentrarse en el consumo de drogas y desarrollar conductas de abuso o de dependencia a las mismas. Estos factores pueden afectar a cualquiera ejerciendo un efecto diferente dependiendo de variables como la edad, la etnia o el género (Robertson et al., 2004).

En una investigación realizada por Pedrosa (2009), en la que participó un grupo de adolescentes, distribuidos por sexos, se encontró que los factores de riesgo aumentan ante la presencia de determinadas variables como la baja percepción del riesgo de consumo, del acceso a la obtención de las sustancias, el absentismo escolar injustificado y/o el consumo de las amistades que lo rodean, a medida que se incrementa el número y el tipo de sustancias.

Los resultados del estudio que López Larrosa y Rodríguez-Arias (2010) llevan a cabo en una muestra de 2440 personas muestran que los **factores de riesgo** funcionan de manera muy diferente entre chicos y chicas: los chicos se diferencian de las chicas en que perciben que las leyes y normas respecto al consumo son más favorables, las exigencias familiares son más escasas, la actitud de los padres ante el consumo es más favorable, el consumo de los amigos, el fracaso académico y el escaso compromiso con la escuela son mayores, se da un inicio más temprano en drogas y en conducta antisocial, el poco riesgo percibido es más elevado, la búsqueda de sensaciones, mayor. En cambio, en ellas **los conflictos familiares, las transiciones y la depresión** son significativamente mayores.

Por su parte, los chicos tienen menos factores de protección que las chicas. Los factores de protección en las chicas son los mismos que los de riesgo (personales y familiares) de modo que puede operar el mecanismo riesgo-protección. En los factores de protección, los efectos son más puntuales, no tan generalizados como los factores de riesgo y tienen, a veces, efectos contradictorios, al estar en el caso de algunas sustancias más relacionadas con el riesgo de consumo que con la protección, especialmente con las drogas «más sociales», como alcohol y tabaco. En esta línea, otro estudio realizado en España (Cava, Murgui, y Musitu, 2008), se obtiene que los chicos con más autoestima social, y supuestamente más protegidos frente al consumo, son los que tienen más riesgo de consumir ya que pasan más tiempo con sus iguales.

Sánchez Pardo (2014) señala que las motivaciones de hombres y mujeres para iniciarse en el consumo de las distintas sustancias psicoactivas o para mantener este consumo no siempre son

iguales. Por esta razón, desde la perspectiva de género se trata de poner en evidencia las motivaciones existentes en el inicio del consumo y el mantenimiento de las situaciones de abuso de las drogas por parte de los hombres y las mujeres.

Así, según reseñan Navarro, Ruiz y Vargas (2007) hay investigaciones consideran que el inicio o experimentación de la población adolescente con drogas como el alcohol, el tabaco o el cannabis y sus derivados se asocian a una amplia variedad de motivaciones relacionadas con la transgresión de las normas adultas, la curiosidad, el hedonismo, la reafirmación de una identidad en construcción, la satisfacción de las necesidades de integración grupal, déficits en las relaciones sociales, la diversión o la respuesta a ciertos estados emocionales.

El **inicio y la continuidad** de los consumos de sustancias tienen una influencia diversa en la población joven. Por su parte, los chicos tienden a iniciarse en el consumo de sustancias para buscar nuevas sensaciones y mitigar el aburrimiento, por placer, por curiosidad, por transgresión de las normas, para aumentar su sentido del yo, para aumentar las relaciones sociales con otros chicos que usan sustancias, etc. (Sánchez Pardo, 2014). En cambio, los usos de sustancias en las mujeres jóvenes responden a otras motivaciones como es el **sentirse adulta, problemas emocionales, la pérdida de peso, el deseo de probar algo nuevo, sentir nuevas sensaciones**. En las mujeres adultas, se asocia a pasar por momentos de **cambio personal** dentro del ciclo vital, la marcha de los hijos de casa, la pérdida de algún ser querido, las situaciones de separación o divorcio, sentimientos de **soledad**, pérdida de **salud, dejar de trabajar**, necesidad de establecer **nuevas relaciones** (Pantoja, 2007).

En la siguiente tabla (Tabla 3) se presentan las diferencias entre chicos y chicas adolescentes en cuanto a sus motivaciones para iniciar el consumo:

Tabla 3. Diferencias entre chicas y chicos en el inicio del consumo adolescente.

DIFERENCIAS DE GENERO EN EL CONSUMO		
MOTIVACIONES EN EL INICIO DE CONSUMO	GENERO	
	Chicas adolescentes	Chicos adolescentes
Aumentar el vínculo social con otros chicos consumidores		X
Mejorar su autopercepción		X
Buscan sensaciones y vencer el aburrimiento		X
Comportarse mal: incluso comportamientos socialmente amenazantes		X
Problemas emocionales	X	
Problemas de pareja	X	
Tensión	X	
Depresión	X	
Ansiedad por el peso y trastorno de alimentación	X	

Fuente: De Audikana y Arostegi (2017). *Perspectiva de género en la intervención de Drogodependencias: Prevención, asistencia, formación e investigación.*

3.2. Motivaciones de consumo

Motivaciones de las mujeres para el consumo de alcohol

El abuso de alcohol por parte de las mujeres está relacionado con los siguientes factores (Rubio y Blázquez, 2000):

- **Factores biológicos:** historia familiar de alcoholismo y gran vulnerabilidad biológica a los efectos del alcohol.
- **Factores psicosociales:** conflictos de pareja y/o rupturas familiares, disfunciones sexuales, convivencia con pareja alcohólica o dependiente de otras drogas, presencia de patología psiquiátrica (depresión, tentativas de suicidio, abuso de otras sustancias, trastornos de alimentación), acontecimientos vitales estresantes (abusos y malos tratos durante la infancia y la adolescencia), impulsar la confianza en sí misma, disipar la soledad y consumo de drogas durante la adolescencia. Según estos mismos autores, la depresión es causa de los problemas de alcoholismo debido a la elevada presencia de trastornos depresivos en pacientes alcohólicos.

Algunas investigaciones señalan que las mujeres suelen beber en respuesta al estrés, a las emociones negativas y para aliviar los síntomas depresivos (Rubio y Blázquez, 2000).

Un elemento diferencial en este tipo de consumos problemáticos que afectan a las mujeres respondería, fundamentalmente, a una **conducta evasiva** frente a situaciones conflictivas o estresantes, relacionadas con ciertos conflictos y **rupturas familiares y/o pareja**, y **sucesos traumáticos**, estrés, **separación con los hijos e hijas**, etc., que explicarían las elevadas tasas de trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo, trastorno por estrés postraumático, crisis de pánico, trastornos por somatización y bulimia) presentes entre las mujeres dependientes del alcohol. También, se asocia el incremento del uso de alcohol con la **presión de los compromisos y obligaciones familiares** (rol de madre, esposa, ama de casa, amante) y profesionales (Góngora y Leyva, 2005).

Además de lo dicho anteriormente, las chicas adolescentes, al igual que los chicos, consumen alcohol los fines de semana porque en España impera un modelo de ocio que asocia la diversión, la amistad y la integración social con la ingesta de alcohol (Acero, Moreno, Moreno, y Sánchez Pardo, 2002).

Motivaciones de las mujeres para el consumo de psicofármacos

El uso de hipnosedantes (tranquilizantes, somníferos, ansiolíticos, etc.) se asocia con la necesidad de **eludir cierta sintomatología**, como el estrés, la angustia, el nerviosismo, el insomnio y la tristeza que se derivan de las tensiones sociales, familiares, laborales, etc., así como de las responsabilidades familiares y/o de la compatibilidad del trabajo tanto dentro y fuera del hogar. Muchas mujeres, así como el **propio entorno familiar y social**, consideran estos síntomas emocionales ante determinadas circunstancias de vida como una enfermedad que pretende ser superada con el uso de psicofármacos. Esto origina que sean las mujeres mayoritariamente las que sufren abuso de estas sustancias (De la Cruz y Herrera2002).

Motivaciones de las mujeres para consumir drogas ilegales

Según Botella (2007), las motivaciones de las mujeres son diferentes para iniciarse y para mantenerse en el consumo de drogas, se asocian a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como respuesta ante circunstancias conflictivas a nivel personal o familiar (abusos, violencia, etc.).

La dependencia afectiva que ciertas mujeres siente por su pareja, así como, **la necesidad de sentirse querida aceptada** por ésta, lleva a que algunas mujeres se sientan obligadas a “acompañar” los consumos de su pareja, lo que suele constituir un primer paso para la adicción (Blanco et al., 2005).

Urbano y Arostegui (2004) afirman que “las mujeres se inician a una edad temprana en el consumo de drogas porque generalmente lo hacen a instancia de sus parejas, mayores que ellas y consumidoras”.

Del mismo modo, Sánchez Pardo (2014) apunta que otro motivador importante del uso de drogas ilícitas (estimulantes como la metanfetamina, la cocaína, la nicotina o el éxtasis) por parte de las mujeres es la **pérdida de peso** puesto que los estimulantes son ideales para esto debido a que entre los efectos secundarios que causa se encuentra la pérdida del apetito. Por ello, las metanfetaminas, son particularmente llamativas para las mujeres, esto explica la mayor predisposición de las adolescentes a su uso.

Por su parte, los hombres son más tendentes a usar este tipo de drogas para mejorar su estado de ánimo y la creatividad (Sánchez Pardo, 2009).

Tal y como indica Botella (2007) las motivaciones por las que las personas inician y/o mantienen un consumo de sustancias psicoactivas están condicionadas por el género, las circunstancias vitales de cada cual y el propio significado cultural de la droga concreta. Así, si una sustancia está asociada culturalmente a la evasión o a la relajación, se consumirá en mayor medida para este fin. Según indica este estudio, existe un amplio núcleo de circunstancias y factores de riesgo en la aparición y mantenimiento de los consumos de drogas que es común a hombres y mujeres y, dentro de este núcleo común, hay algunas cuestiones que influyen en mayor o menor medida a unos o a otras. Las principales motivaciones para el consumo de sustancias psicoactivas, localizadas a través de la literatura científica, se detallan a continuación:

- Placer, diversión.
- Riesgo.
- Desinhibición.
- Curiosidad, novedad.
- Poder, lujo, prestigio.
- Hacer lo prohibido, transgredir como efecto de rebeldía o de madurez (ser mayor).
- Respuesta ante situaciones dramáticas o problemáticas para la persona.
- Aceptación por parte del grupo.
- Estados de ánimo (ansiedad, tensión, falta de confianza,...).

Según muestran los resultados de esta investigación, las mujeres aluden con más frecuencia a motivos relacionados con situaciones **problemáticas en el núcleo familiar** (como abuso de drogas por parte de los progenitores, falta de afecto o malas relaciones de pareja), la presión del grupo de iguales, los estados de ánimo (como falta de confianza o sensación de no poder superar algo) o las condiciones de trabajo negativas (como jornadas muy prolongadas o insatisfacción en la función o trabajo que realizan). En el caso de los hombres, explican sus motivaciones relacionadas con tensiones familiares (conflictos con los progenitores, restricciones o falta de libertad), la búsqueda de placer y de riesgo, el aprecio por el poder y el dinero, los estados de ánimo (como agobio o tensión) o situaciones laborales vinculadas a las relaciones de poder (relaciones con el jefe, situación contractual o futuro laboral). En general, estas motivaciones son coherentes bajo el marco de referencia de los mandatos de género analizados en este estudio. Así, las nombradas por las mujeres están más relacionadas con el mundo **emocional y privado**, y con la necesidad de aprobación y valoración de los demás. Por otro lado, las motivaciones citadas por los hombres, está más vinculada al poder, el riesgo, lo público y las situaciones violentas y agresivas.

Además, estos resultados están en consonancia con los del estudio publicado por Ortiz y Clavero (2014) sobre el consumo de drogas en función del género, donde se explica que:

“Las mujeres identifican los factores afectivos como causa del inicio de consumo y adicción a estas sustancias. La influencia de la pareja y la falta de afectividad en el entorno familiar son las causas más comunes aducidas por éstas como factores que promovieron el inicio del consumo. Sin embargo, en el caso de los hombres, estos factores no aparecen en ningún caso. Son otros asociados a la personalidad (inseguridad, timidez o incapacidad para la relación social) o a otros factores de contexto, como el trabajo o el entorno social (amigos)”.

Resaltan Arostegui y González de Audikana (2016) que, en el caso de los hombres, la búsqueda del placer como motivo principal del consumo no sólo es frecuente sino que, además, socialmente está aceptado. Las mujeres, sin embargo, aluden en menor frecuencia a esa causa y cuando lo hacen están más castigadas socialmente por ello. Parece que la búsqueda de placer no es tan coherente con los mandatos de género femeninos, mientras que sí lo es con los masculinos. Por otro lado, otro elemento motivador para el consumo en algunas mujeres tiene que ver con la idea de que el logro de la igualdad se produce al hacer las mismas cosas que los hombres, entendiendo, además, que eso les proporcionará reconocimiento y prestigio social. Sin embargo, como ya hemos analizado en otros apartados de este documento, ni se obtiene el esperado valor social, ni la igualdad está garantizada de esta forma.

Botella (2007) afirma que existen, además otros factores que afectan e influyen en las probabilidades de iniciar un consumo. En primer lugar, la **familia de origen** y la existencia de consumos abusivos facilitan que este fenómeno se dé más adelante en sus hijos e hijas, aunque los datos apuntan que influye en mayor medida en las mujeres. En segundo lugar, la presencia de consumo social de las drogas, (conocer a consumidores de drogas, facilidad en obtenerlas o consumo en el grupo de iguales), es determinante en la inducción del consumo de drogas en los chicos y chicas.

A continuación (Tabla 4) se presentan los factores de riesgo en cuanto a las razones de consumo por parte de las mujeres:

Tabla 4. Factores de riesgo de consumo de sustancias en mujeres

FACTORES DE RIESGO EN LAS MUJERES	
FACTORES INDIVIDUALES	Estrés y ansiedad derivados de un modo de cambio, en el que la mujer asume nuevos roles
	Insatisfacción personal y baja autoestima, producto de la imposibilidad de satisfacer los ideales femeninos y las exigencias derivadas del mismo (belleza, maternidad, etc.)
	Presencia y trastornos alimentarios (bulimia, anorexia...)
	Necesidad de acompañar en el consumo a la pareja para su aceptación
	Violencia familiar y/o de género
	Escasos vínculos afectivos con los hijos, la pareja o los padres
FACTORES FAMILIARES	Padres consumidores de drogas
	Pareja consumidora de drogas
	Conflictos continuos con la pareja
	Separaciones, divorcios, problemas económicos (pobreza), etc.
	Malas relaciones con los padres o la familia
	Pérdida traumática de algún familiar
	Relaciones sexuales no satisfactorias
	Violencia familiar y/o de género
	Escasos vínculos afectivos con los hijos, la pareja o los padres
FACTORES SOCIALES	Sobrecarga física y emocional derivadas de trabajo tanto dentro como fuera del hogar
	Aislamiento social
	Imitación de conductas masculinas, reproducción de la igualdad y conquista del espacio público
	Necesidad de imitar conductas características de los hombres para sentir que se adaptan al nuevo rol asignado a las mujeres
	Miedo al rechazo social sino consume drogas
	Presión publicitaria para que la mujer imite los hábitos de consumo de tabaco y alcohol masculinos

Fuente: Extraído de Sánchez (2009)

3.3. Motivaciones para el tratamiento

En un estudio publicado por Castaños y colaboradores/as (2007) indican que, al iniciar el tratamiento, mujeres y hombres comparten motivaciones comunes (problemas de salud, dificultades económicas y laborales, de malestar consigo mismas...), sin embargo, lo relacional adquiere mayor relevancia para las mujeres. Así, su motivación para el inicio de un tratamiento, puede estar asociado al **deseo de mejorar sus vínculos**: desear ser mejor madre, mejor esposa y/o mejor hija, en última instancia, cuidar mejor a los otros. Mientras que en los hombres la motivación relacional suele estar centrada en el deseo de no perder un apoyo, una relación.

Según Blanco y su equipo (2005), las mujeres con drogodependencias tardan en solicitar tratamiento una **media de seis años**, mientras que los hombres solicitan tratamiento en una media de cuatro años. Lo que significa que las mujeres tardan más en solicitar tratamiento terapéutico.

Al iniciar el tratamiento, mujeres y hombres comparten motivaciones comunes (problemas de salud, dificultades económicas y laborales, de malestar consigo mismas...), sin embargo, lo relacional adquiere mayor relevancia para las mujeres, así su motivación para el inicio de un tratamiento está asociado al deseo de mejorar sus vínculos de ser mejor madre, mejor esposa, mejor hija, es decir, cuidar mejor a los otros. Mientras que los hombres la motivación relacional suele estar centrada en el deseo de no perder un apoyo social.

Los hombres y mujeres generalmente acuden por iniciativa propia a recibir tratamiento. En segundo plano, las mujeres acuden derivadas por los médicos generales de atención primaria, mientras que los hombres acuden por familiares o amigos: de nuevo se vuelve a apreciar la influencia del entorno social en los hombres (OEDA, 2017).

4. EPIDEMIOLOGÍA CAE

4.1. Tasas de mujeres que presentan adicción

Los datos que se exponen a continuación proceden del Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (C.D.D.), diferenciados por sexo, franjas de edad, tipo de consumo, sustancia consumida y Territorio Histórico:

1. Datos del 2017 acerca del consumo actual de diferentes sustancias:

Consumo actual: personas de entre 15 y 74 años que han consumido por lo menos una vez la sustancia señalada en los últimos 30 días.

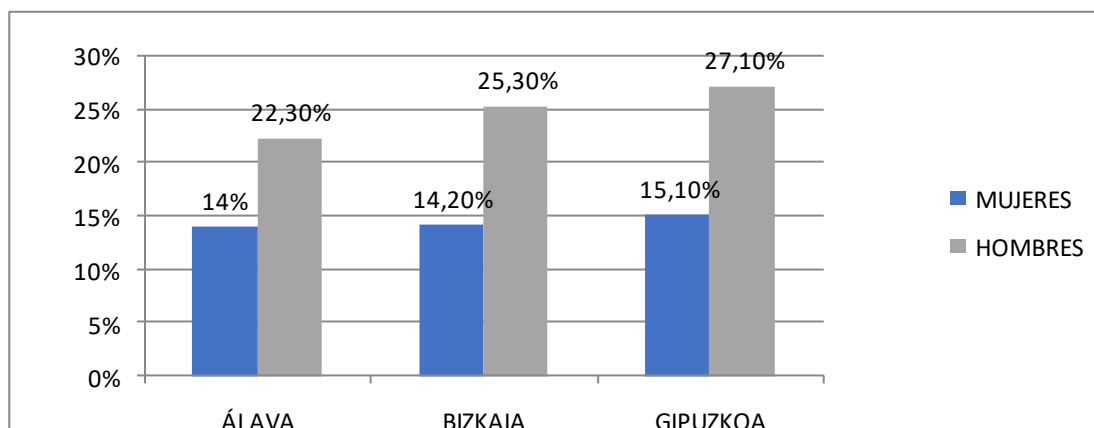
-Consumo actual de **alcohol**: En la siguiente tabla (Tabla 5) y gráfico (Gráfico 1) se presentan datos acerca del consumo actual de alcohol de mujeres divididos por franjas de edad (porcentaje sobre la población total).

Tabla 5. Porcentajes de consumo actual de alcohol de mujeres y hombres por edades

Edad	Mujeres	Hombres
15-34	63,7%	78%
35-74	65,6%	78%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

Gráfico 1. Porcentajes de consumo actual de alcohol de mujeres y hombres por edades



Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

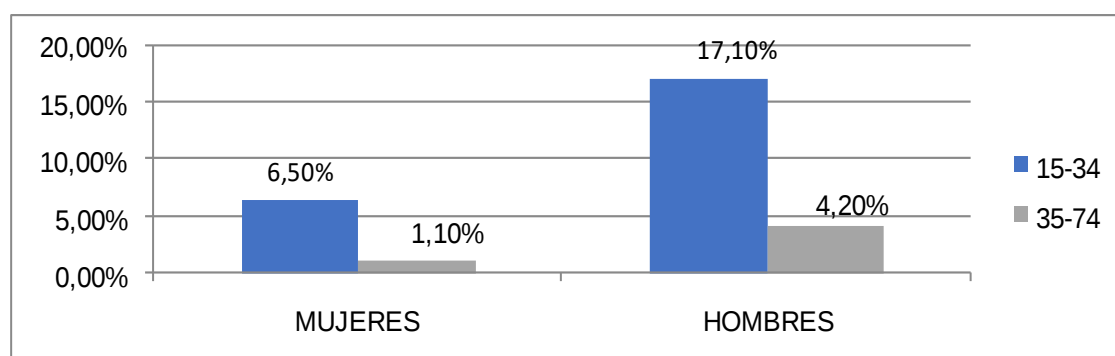
-Consumo actual de **Cannabis**: En la siguiente tabla (Tabla 6) y gráfico (Gráfico 2) se presentan datos acerca del consumo actual de Cannabis de mujeres divididos por franja de edad (porcentaje sobre la población total).

Tabla 6. Porcentajes de consumo actual de Cannabis por edades

Edad	MUJERES	HOMBRES
15-34	6,5%	17,1%
35-74	1,1%	4,2%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

Gráfico 2. Porcentajes de consumo actual de Cannabis de mujeres y hombres por edades



Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

-Consumo actual de **anfetamina**: En la siguiente tabla (Tabla 7) se presentan datos acerca del consumo actual de Anfetamina de mujeres y hombres (porcentaje sobre la población total).

Tabla 7. Porcentajes de consumo actual de Anfetamina

MUJERES	0,40%
HOMBRES	0,37%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

-Consumo actual de **cocaína**: En la siguiente tabla (Tabla 8) se presentan datos acerca del consumo actual de Cannabis de mujeres y hombres (porcentaje sobre la población total).

Tabla 8. Porcentajes de consumo actual de Anfetamina

MUJERES	0,10%
HOMBRES	0,76%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

2. Datos del 2017 acerca del consumo diario de alcohol y Cannabis:

Consumo diario: Agrupa a personas de 15 a 74 años que, durante los últimos 12 meses, han consumido la sustancia señalada con una frecuencia diaria. En el caso del Cannabis, se considera consumo diario si ha consumido la sustancia al menos 4 días a la semana del último mes.

-Consumo diario de **Alcohol**: En la siguiente tabla (Tabla 9) se presentan datos acerca del consumo diario de alcohol de mujeres y hombres divididos por franjas de edad (porcentaje sobre la población total).

Tabla 9. Consumo diario de alcohol de mujeres y hombres por edades

Edad	MUJERES	Edad	HOMBRES
25-44	2,4%	15-24	0,9%
45-64	15,3%	25-44	6,6%
65-74	18%	45-64	32,7%
+75	18,4%	65-74	50,3%
		+75	48,5%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

-Consumo diario de **Cannabis** En la siguiente tabla (Tabla 10) se presentan datos acerca del consumo diario de Cannabis de mujeres y hombres (porcentaje sobre la población total).

Tabla 10. Porcentajes de consumo de Cannabis

MUJERES	0,68%
HOMBRES	3,25%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

3. Datos del 2013 acerca del consumo de alto riesgo de alcohol segregados por sexo y territorio histórico:

Consumo de alto riesgo: Entre la población de 15-17 años se considera consumo de alto riesgo el consumo de alcohol más de 3 días por semana o el consumo de más de 30g de alcohol en un solo día. Entre la población de 18 y más años, la medición del consumo de alto riesgo varía en función del sexo. En el caso de los hombres se da cuando el consumo semanal es mayor de 30g diarios o superior a 40g en un solo día. En el caso de las mujeres, estos umbrales se reducen a 20g y 30g respectivamente.

-Consumo de alto riesgo de **alcohol**: En la siguiente tabla (Tabla 11) se presentan datos acerca del consumo de alto riesgo de alcohol de mujeres y hombres por franjas de edad (porcentaje sobre la población total).

Tabla 11. Porcentaje de consumo de riesgo de alcohol

Edad	MUJERES	Edad	HOMBRES
15-24	17,9 %	15-24	17,3%
25-44	16%	25-44	21,6%
45-64	18,3%	45-64	32,9%
65-74	10%	65-74	32,4%
+75	4%	+75	15,7%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

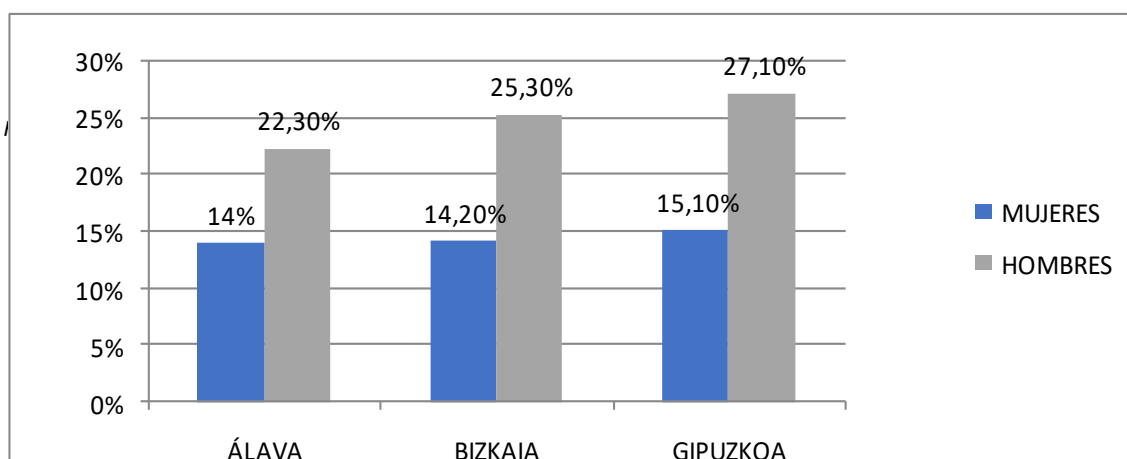
-Consumo de alto riesgo de **alcohol**. En la siguiente tabla (Tabla 12) y gráfico (Gráfico 3) se presentan datos acerca del consumo de alto riesgo de alcohol de mujeres y hombres por Territorio Histórico (porcentaje sobre la población total).

Tabla 12. Porcentajes del consumo de alto riesgo de alcohol por Territorio Histórico

	MUJERES	HOMBRES
ARABA	14%	22,3%
BIZKAIA	14,2%	25,3%
GIPUZKOA	15,1%	27,1%

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

Gráfico 3. Porcentajes del consumo de alto riesgo de alcohol por Territorio Histórico



Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

4.2. Tasas de mujeres en tratamiento por problemas de adicción

El porcentaje de mujeres y hombres que realizaron solicitud de tratamiento en España en el año 2017, según los datos ofrecidos por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Adicciones (EMCDD, 2019), por droga principal, como se observa en la siguiente tabla (Tabla 13) es de:

Tabla 13. Porcentajes de solicitud de tratamiento por sustancia y sexos

	MUJERES	HOMBRES
Anfetamina	20	80
Cannabis	18	82
Cocaína	14	86
Heroína	14	86

Fuente: CDD. Indicadores sociológicos y de consumo (DROGOMEDIA, 2019).

Los datos de solicitud de tratamiento en España por sexos es de 85% hombres, frente a un 15% de mujeres, porcentajes mantenidos durante las últimas décadas según estadísticas oficiales (OEDA, 2017). Dichos datos coinciden con los recogidos en las entidades de la CAPV consultadas.

La proporción de mujeres que acuden a urgencias hospitalarias en la CAPV por temas de consumo de drogas (29,52%), frente al porcentaje presentado por los hombres (70,48%), es superior a la proporción de mujeres admitidas a tratamiento (15%) (Rodríguez Sierra y Echevarría González de Garibay, 2019). Además, como hemos detallado anteriormente, la cifra de mujeres que consume diferentes sustancias, es significativamente superior a las que acaban demandando tratamiento.

5. DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO EN TRASTORNOS ADICTIVOS

Durante más de 30 años se ha ido desarrollando en Euskadi una red de prevención, de apoyo y asistencia en el ámbito de adicciones. En la actualidad tiene una estructura estable. La diversidad de agentes implicados, tanto públicos como privados, así como el esfuerzo por mantenerse actualizados en materia de formación y metodologías en relación a las adicciones es la razón de su sólida estructura. La experiencia también es amplia, y aborda desde la prevención más universal, hasta la asistencia y la reducción de daños y riesgos.

La red de recursos está integrada por agentes y profesionales de muy diversa índole: equipos técnicos municipales, entidades del tercer sector especializadas en prevención, servicios y recursos de la red sanitaria y sociosanitaria, y entidades especializadas en el desarrollo y gestión del conocimiento.

El Gobierno Vasco tiene la responsabilidad legal de liderar las actuaciones en el ámbito de adicciones en Euskadi, aunque Diputaciones Forales y Ayuntamientos también realizan programas y proyectos en el ámbito de las adicciones a través de sus propios presupuestos.

A pesar de la amplitud de la red existente, es necesario adaptar algunas iniciativas y recursos a las nuevas problemáticas y perfiles, así como aumentar esfuerzo en la coordinación institucional e intersectorial para garantizar una actuación eficaz e integral. En este sentido, el hecho de que los diferentes recursos sean competencia y cuenten con la financiación de diferentes departamentos y niveles administrativos añade una gran complejidad y genera dificultades para ofrecer una atención integrada y continuada (VII Plan de Adicciones de Euskadi, 2017).

Los dispositivos de tratamiento en trastornos adictivos en la CAE están compuestos por los **equipos técnicos de prevención de adicciones** de las entidades locales, aquellos municipios que, sin contar con un equipo completo, disponen de un plan de adicciones, **las asociaciones y los servicios de salud mental** que trabajan en materia de adicciones (Recursos de adicciones y drogodependencias, 2019).

El VII Plan de Adicciones de Euskadi, fue aprobado en 2016 con la Ley 1/2016, de **7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias**. Este plan tiene un objetivo claro: planificar, ordenar y coordinar los programas e intervenciones de promoción de la salud; prevención; reducción de la oferta; asistencia; e inclusión social de las personas afectadas por las adicciones. Siempre en coordinación con otros planes y estrategias del conjunto de las administraciones públicas vascas. Y con el propósito de actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, en general; no solo mediante medidas de atención individual, sino también a través de acciones orientadas a crear entornos saludables y a influir en factores más estructurales de orden social, económico y político.

Por lo tanto el Plan de Adicciones es el instrumento de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de las administraciones públicas vascas en esta materia, tal y como lo determina la Ley 1/2016 del 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. Dicha norma recoge en su artículo 70 que “el Gobierno Vasco, a propuesta del Departamento competente en materia de adicciones, aprobará y remitirá al Parlamento Vasco (...) un Plan de Adicciones de Euskadi, con carácter quinquenal que, de conformidad con los objetivos y

criterios inspiradores de esta Ley y vinculado con el Plan de Salud, será el instrumento estratégico de planificación, ordenación y coordinación de las estrategias y actuaciones de todas las administraciones públicas vascas durante su período de vigencia”. El Plan de Adicciones recoge los programas y las intervenciones de promoción de la salud, prevención, reducción de la oferta, asistencia e inclusión social de las personas afectadas, en coordinación con otros planes y estrategias de las administraciones públicas vascas y con un abordaje multidisciplinar e integral (VII Plan de Adicciones de Euskadi, 2017).

5.1. Descripción del funcionamiento de los dispositivos de tratamiento de adicciones

El siguiente cuadro (Tabla 14) muestra la configuración de la red de recursos en materia de adicciones en Euskadi. A continuación se va a ahondar en la explicación del funcionamiento del cuarto apartado de la tabla, es decir, los **Servicios y recursos de Osakidetza y de la red sociosanitaria**. Estos servicios y recursos están dirigidos sobre todo a la parte asistencial o de tratamiento de las personas que tienen problemas de adicción a sustancias. Con la idea de poder reflexionar sobre si el propio diseño de la red de servicios y recursos de asistencia y tratamiento pueden estar influyendo en el objeto de estudio de esta investigación.

Tabla 14. Red de recursos en materia de adicciones

CONFIGURACIÓN DE LA RED DE RECURSOS	
Entidades locales con plan local de adicciones.	Desarrollan principalmente programas de prevención comunitaria, sobre todo en entornos familiar y escolar y en colaboración con instituciones educativas, culturales y deportivas. En 2016, han sido 48 entidades locales (34 con más de 8.000 habitantes y equipo técnico especializado).
Entidades especializadas en prevención.	A través de subvenciones, contratos y convenios con las diferentes administraciones públicas desarrollan programas de prevención en diferentes entornos: escuelas y centros educativos (en los que participan escolares, profesorado, padres y madres), en el ámbito familiar, en espacios de ocio (a través de, por ejemplo, programas itinerantes), iniciativas destinadas específicamente a jóvenes y adolescentes vulnerables en situación de riesgo y otros colectivos vulnerables, etc.

Servicios y recursos de Osakidetza y red sociosanitaria.	- Centros para tratamiento ambulatorio de las adicciones. - Un centro público de tratamiento integral de las toxicomanías y 8 concertados. - Comunidades terapéuticas privadas concertadas especializadas en rehabilitación. Una de ellas especializada en mujeres drogodependientes con hijos o hijas menores a su cargo. - Unidad de desintoxicación hospitalaria en hospital general, dentro del servicio de psiquiatría. - Un hospital de día público para personas con adicción a sustancias, 4 hospitales psiquiátricos públicos con una unidad de psicosis refractaria especializada en patología dual. - 2 hospitales psiquiátricos concertados. - 2 hospitales psiquiátricos de media estancia concertados. - Recursos para personas con adicción a sustancias en cada una de las prisiones de la C.A.P.V. - Residencias no-hospitalarias para tratar el acogimiento residencial de las y los enfermos alcohólicos.
Entidades especializadas en la reducción de riesgos e inserción.	Desarrollan intervenciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de las personas toxicómanas o alcohólicas en situación de alta exclusión. Respecto a los recursos de inserción, gran parte de ellos se gestionan desde los servicios sociales de los ayuntamientos y diputaciones forales. Respecto a los recursos dedicados a personas en exclusión, suelen tratarse de recursos generales, no específicos para personas drogodependientes. Entre otros: servicios de acompañamiento y tutela, programas de reducción de riesgos y daños, recursos de pernocta, alimentación, higiene y ropa de vestir.
Entidades especializadas en el desarrollo y gestión del conocimiento.	A través de convenios elaboran estudios como Euskadi y Drogas o Drogas y Escuela, que permiten conocer la evolución de parámetros cuantitativos y cualitativos y conocer tendencias en este ámbito, además de alimentar fondos documentales y plataformas como www.drogomedia.com.

Fuente: VII Plan de Adicciones, 2017

Las redes de asistencias psiquiátricas, y en concreto las que afectan a la asistencia de las adicciones, ofrecen varios dispositivos diferenciados que son recogidos, a grandes rasgos, en la Tabla 15 (Retolaza, 2016).

Tabla 15. Dispositivos existentes en la red de asistencia psiquiátrica

Centros ambulatorios de tratamiento
Unidades de Hospitalización, que incluirían tanto unidades especializadas de desintoxicación y deshabitación como unidades psiquiátricas generales.
Hospitales y Centros de Día.
Comunidades Terapéuticas.
Pisos y residencias para drogodependientes en fase de rehabilitación.
Centros de rehabilitación laboral.
Unidades penitenciarias.

Fuente: Retolaza, 2016

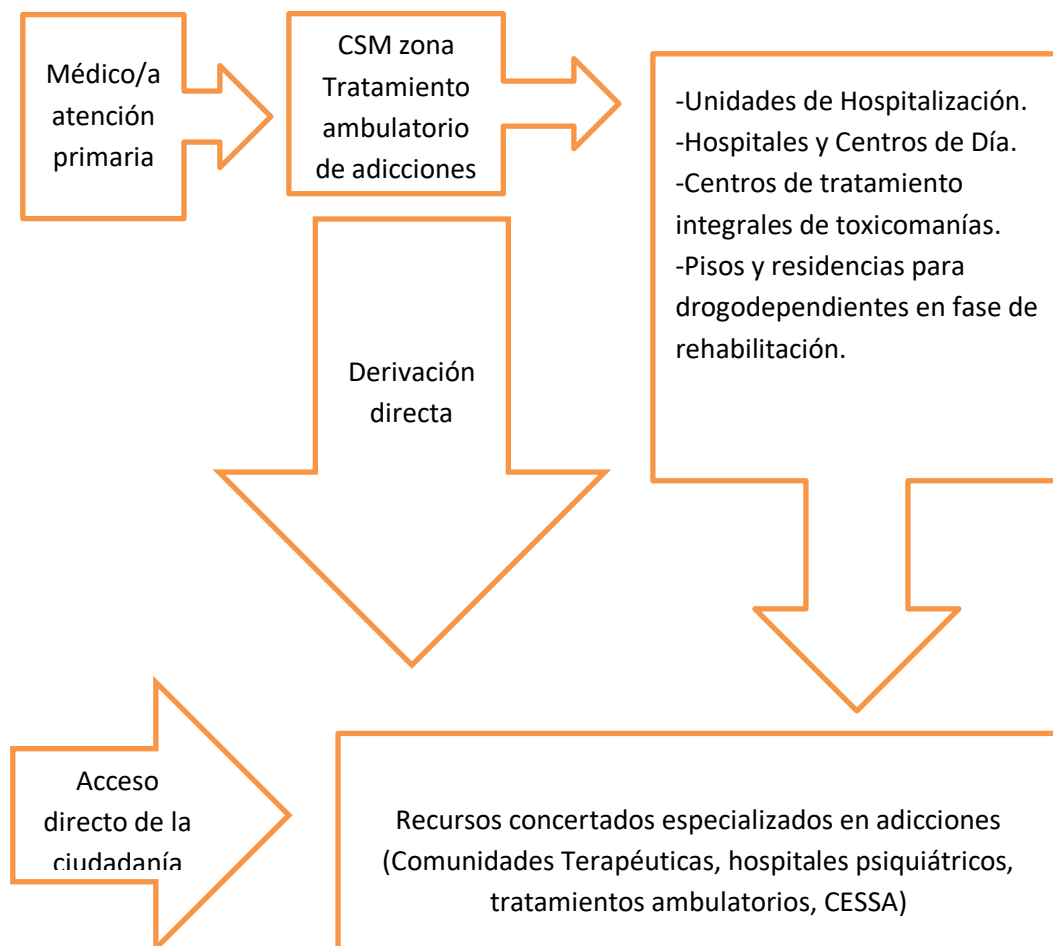
5.2 Acceso a los dispositivos de tratamiento dependientes del Departamento de Salud

Para conocer, de manera general, cómo es en Euskadi el diseño y el acceso de los recursos de tratamiento con los que se cuenta, pasamos a dar una explicación general en la que podamos hacernos una idea de cómo es en Euskadi el acceso y diseño de los recursos de tratamiento en adicciones.

En segundo lugar, se van a describir los centros de tratamiento, Centros de Salud Mental, y demás dispositivos públicos, y centros de tratamiento privados-concertados (que también forman parte de la red de recursos de tratamiento de adicciones de Euskadi). Ello nos va a posibilitar dar respuesta a uno de los objetivos del presente estudio, que es ver si el diseño y la organización de recursos guardan relación con las dificultades con las que las mujeres se encuentran para acceder y mantenerse en los dispositivos de tratamiento.

A continuación se presenta un mapa (Gráfico 4) donde se describe, de modo esquemático y general, las vías de acceso a los dispositivos de tratamiento de adicciones en Euskadi.

Gráfico 4. Mapa de acceso a los recursos especializados de Adicciones



La demanda suele llegar en primer lugar a la/el médica de familia quien, tras valorar la situación, suele derivar al C.S.M. de zona. En dicho C.S.M. se lleva a cabo una valoración del caso y se diseña un plan de tratamiento, que puede ser llevado a cabo desde el mismo C.S.M. o complementado con la derivación de la persona en tratamiento a un recurso especializado.

En caso de derivación, otro/a profesional pasa a formar parte de la intervención siendo, en el mejor de los casos, la tercera persona por la que pasa quien acude a tratamiento. Como se indica al inicio de este punto, la amplia red existente, así como su complejidad, añaden dificultad para que la atención sea continuada e integrada: transcurre un tiempo elevado, un buen número de profesionales y son numerosas las veces en las que la persona cuenta su situación entre que solicita y llega hasta un recurso especializado.

Como refleja la Gráfico 4, también se puede acceder a algunos recursos especializados de modo directo. Aquí probablemente la persona se encuentra de nuevo con la complejidad de la red que requiere de diversas valoraciones en diferentes centros y por parte de diferentes profesionales

(derivación a Salud Mental, para valoración psiquiátrica por ejemplo) para que una persona reciba una atención integral.

Por lo tanto, a la vista está que en la riqueza y extensión de la red de recursos y dispositivos de tratamiento de adicciones están también sus propias debilidades. Será importante seguir profundizando y mejorando los recursos para que la atención sea cada vez de mayor calidad y desaparezcan los efectos negativos que los actuales sistemas pueden llegar a producir, sobre todo a las personas más vulnerables.

5.3. Listado de dispositivos de tratamiento de adicciones dependientes de la Administración pública

Las siguientes tablas (Tabla 16, 17 y 18) muestran los dispositivos de adicciones que hay en Euskadi y que o bien forman parte de Osakidetza (Red de Salud Mental) o bien dependen directamente del Departamento de Salud de Euskadi (Datos extraídos de: Red de Salud Mental de Gipuzkoa, 2019).

ARABA

Tabla 16. Dispositivos de adicciones de la red de Osakidetza en Araba

NOMBRE	POBLACIÓN
FUNDACIÓN JEIKI	VITORIA-GASTEIZ
OMZ/CSM AIALA-LLODIO	LLODIO
CENTRO DE ORIENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES (COTA)	VITORIA-GASTEIZ
OMZ/CSM ZABALLA (CENTRO PENITENCIARIO)	NANCLARES DE LA OCA

BIZKAIA

Tabla 17. Dispositivos de adicciones de la red de Osakidetza en Bizkaia

NOMBRE	POBLACIÓN
OMZ/CSM BARAKALDO	BARAKALDO U.D.
OMZ/CSM BASAURI	BASAURI C.S.M.
OMZ/CSM BERMEO	BERMEO C.S.M.
OMZ/CSM JULIAN DE AJURIAGUERRA	BILBAO
OMZ/CSM NOVIA SALCEDO	BILBAO
OMZ/CSM DERIO	DERIO C.S.M.
OMZ/CSM DURANGO	DURANGO C.S.M.
OMZ/CSM ERANDIO	ERANDIO C.S.M.
OMZ/CSM GALDAKAO	GALDAKAO C.S.M.
OMZ/CSM GERNIKA	GERNIKA C.S.M.
OMZ/CSM PORTUGALETE	PORTUGALETE C.S.M
OMZ/CSM ORTUELLA	ORTUELLA C.S.M.
OMZ/CSM SANTURTZI	SANTURTZI C.S.M.
OMZ/CSM URIBE	URIBE

OMZ/CSM ZALLA	ZALLA
UNIDAD DE DISPENSACIÓN	BILBAO
HOSPITAL DE DIA MANUENE	LARRABETZU
HOSPITAL PSIQUIATRICO ZALDIBAR	ZALDIBAR
HOSPITAL DE ZAMUDIO	ZAMUDIO
CENTRO PENINTECIARIO URBI-2	BASAURI
MÓDULO ASISTENCIA PSICOSOCIAL AUZOLAN	BILBAO
MÓDULO ASISTENCIA PSICOSOCIAL CRUCES	BARAKALDO
MÓDULO ASISTENCIA PSICOSOCIAL REKALDEBERRI	BILBAO
MÓDULO ASISTENCIA PSICOSOCIAL SAN IGNACIO	BILBAO
ETORKINTZA	BILBAO
ETORKINTZA COMUNIDAD TERAPEUTICA	KORTEZUBI
FUNDACIÓN GIZAKIA	BILBAO
GIZAKIA COMUNIDAD TERAPEUTICA	GORDEXOLA

GIPUZKOA

Tabla 18. Dispositivos de adicciones de la red de Osakidetza en Gipuzkoa

NOMBRE	POBLACIÓN
OMZ/CSM ANDOAIN	ANDOAIN
OMZ/CSM ARRASATE	ARRASATE
OMZ/CSM AZPEITIA	AZPEITIA
OMZ/CSM BEASAIN	BEASAIN
OMZ/CSM DONOSTIA/EGIA	DONOSTIA
OMZ/CSM DONOSTIA	DONOSTIA
OMZ/CSM DONOSTIA-AMARA	DONOSTIA
OMZ/CSM DONOSTIA-MARTUTENE	DONOSTIA
OMZ/CSM EIBAR	EIBAR
OMZ/CSM IRÚN	IRÚN
OMZ/CSM ERRETERIA	ERRETERIA
OMZ/CSM TOLOSA	TOLOSA
OMZ/CSM ZARAUTZ	ZARAUTZ
OMZ/CSM ZUMARRAGA	ZUMARRAGA

BITARTE	DONOSTIA
AGIPAD – COMUNIDAD TERAPEÚTICA	DONOSTIA
AGIPAD – CENTRO RESIDENCIAL HAURTXOAK	DONOSTIA
IZAN – COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	DONOSTIA

Fuente: Red de Salud Mental de Gipuzkoa (2019).

5.4. Intervención en los recursos de tratamiento de adicciones dependientes de la administración pública

Una vez descrito el acceso a los dispositivos de tratamiento de adicciones, y mostrados los diferentes centros existentes en Euskadi dependientes del Departamento de Salud y que integran la Red de Recursos (determinada por la **Ley 1/2016 de 7 de abril, de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias**) pasamos a hacer una descripción del funcionamiento general de los recursos de la intervención que se realiza en los diferentes dispositivos. Con ello pretendemos que se pueda analizar mejor cómo el propio funcionamiento de los recursos puede afectar al objeto de estudio de esta investigación.

Retomando la idea de la amplitud y complejidad de la Red de Recursos en materia de adicciones en Euskadi, vamos a centrarnos en explicar el funcionamiento en materia de asistencia y tratamiento de los recursos que forman parte Osakidetza, o dependen de la financiación del Departamento de Salud y por lo tanto también están directamente integradas, tal y como representan todos los recursos aportados en las tablas 16, 17 y 18. Quedan fuera parte de los recursos que también existen en Euskadi en materia de adicciones, que directa o indirectamente trabajan en materia de prevención, asesoramiento, acompañamiento o asistencia.

- i. Red de salud pública:
 - a. Tratamiento sin ingreso o CSM.
 - b. Tratamiento con ingreso.
 - c. Tratamiento en centros penitenciarios.
- ii. Red concertada:
 - a. Tratamiento ambulatorio.
 - b. Tratamiento en Centro de Día.

- c. Tratamiento Residencial.
- d. Centros penitenciarios.

5.4.1. Red de salud pública:

5.4.1.1. Tratamiento sin ingreso o Centros de Salud Mental.

Para poder realizar una valoración psiquiátrica y/o psicológica a la persona que solicita ayuda para tratar su problema de adicción, desde atención primaria se la deriva y se establece contacto con el Centro de Salud Mental que le corresponda (Gráfico 4), donde se establece un Proyecto terapéutico individualizado que consta de los siguientes puntos (Retolaza, 2016):

- Objetivos del PAI (Plan de Asistencia Individualizado).
- Profesionales implicados.
- Intervenciones:
 - o Consultas de valoración del estado de salud general en coordinación con otros especialistas y/o AP (vacunas, hepatitis,...).
 - o Tratamiento farmacológico.
 - o Prescripción y controles periódicos.
 - o Adherencia al tratamiento.
 - o Coordinación con otros agentes de salud (farmacias).
 - o Tratamiento psicoterapéutico.
 - o Intervención psicoeducativa.
 - o Intervenciones sociales y comunitarias. Recogida de información relevante y coordinación con otros recursos (Justicia, Ayuntamientos, Diputación, asociaciones, instituciones de la comunidad...).
- Inclusión en protocolos y/o programas (Alcohol, Opiáceos, MTD,...) Comunidad Terapéutica.

A modo de ejemplo, pasamos a describir dos dispositivos de tratamiento de adicciones que existen en la C.A.E., que se integran en la Red de Osakidetza y no requieren de ingreso:

- Centro de ***Orientación y Tratamiento de Adicciones, COTA*** en Araba.
- ***Hospital de Día Adicciones Manuene*** en Bizkaia.

El **Centro de Orientación y Tratamiento de Adicciones COTA**, forma parte directamente de la Red de Salud Mental de Osakidetza en Araba. Es un centro especializado en la atención de las personas con patologías relacionadas con el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (alcohol, heroína, cocaína, cannabis, etc.), con el juego patológico y con las denominadas nuevas adicciones (Internet, móviles, etc.). Está formado por un equipo experto en adicciones. Además de atención ambulatoria, ofrece atención en su Centro de Día.

El **Hospital de Día Adicciones Manuene** forma parte también de la Red de Salud Mental de Osakidetza en Bizkaia. Atiende a pacientes con diferentes diagnósticos y distintas propuestas terapéuticas. El tratamiento consta de diferentes fases y aunque no se da un ingreso residencial, el

tratamiento en su fase más intensa abarca una intervención de lunes a viernes durante gran parte del día. El Hospital de Día Manu Ene es un espacio común para un grupo de pacientes (hasta 30) con diferentes diagnósticos y distintas propuestas terapéuticas que comparten algunas intervenciones. Las intervenciones comunes permiten abordar diversos aspectos:

- Aprendizaje cognitivo.
- Recuperación de Hábitos.
- Activación de recursos personales y del contexto.
- Abordaje de conflictos.
- Talleres de Arte-Música.
- Adherencia al tratamiento.

5.4.1.2. *Tratamiento con ingreso*

Se describen brevemente dos situaciones en las que se podría valorar un ingreso:

1. Para el logro de objetivos establecidos en ese Plan de Asistencia Individualizado y ante la dificultad por medios propios para mantenerse abstinente del consumo se realizará un ingreso con el fin de deshabituación física.
2. Empeoramiento de la sintomatología psiquiátrica y la desestabilización consecuencia del abuso y de otros factores requiriera de un ingreso.

Dicho ingreso puede darse tanto en dispositivos pertenecientes a la red de salud pública como en recursos privados. Dependiendo el tiempo de ingreso máximo, se clasifican en:

- Corta estancia.
- Media estancia.
- Larga estancia.

Se trata de un ingreso psiquiátrico que se plantea como un paso intermedio para la continuación en tratamiento dentro de un recurso especializado. Es un paso fundamental para muchas personas a las que permite el logro de la abstinencia y la toma de conciencia que va a favorecer que continúe con su proceso de tratamiento, que por norma general, suele ser largo.

Hay un tercer escenario en el que se plantea un ingreso en un centro de tratamiento, en una Comunidad Terapéutica (CT). En Euskadi, las CT en las que se propone un ingreso residencial están gestionadas por entidades privadas, (fundaciones, asociaciones) que cuentan con una amplia experiencia y especialización de sus equipos y en las que los tiempos de tratamiento y metodología de trabajo varían.

5.4.1.3. *Tratamiento en centros penitenciarios*

Asistencia sanitaria en materia de salud mental, y en concreto en materia de adicciones para personas que mantienen un consumo activo en prisión o tras ingresar quieren mantenerse

abstinentes y necesitan tratamiento psicofarmacológico para poder hacer frente a la deshabituación física y los efectos psicológicos de todo lo que implica la privación de libertad.

5.4.2 Asociaciones-Fundaciones

Funcionan de manera concertada y atienden a población diferenciada. Dentro de las asociaciones existentes en Euskadi que ofrecen tratamiento con carácter concertado podemos encontrar, entre otras, las siguientes:

GIPUZKOA

AGIPAD, FUNDACIÓN IZAN (Diversos programas).

BIZKAIA

GIZAKIA (con diversos programas), FUNDACIÓN ETORKINTZA.

ARABA

FUNDACIÓN JEIKI (Diversos programas).

El acceso a estos recursos concertados, puede ser por medio de una derivación o mediante un acceso directo a la propia entidad. En caso de acceso directo, la persona puede que requiera de un paso posterior por la red de salud mental para la consiguiente valoración psiquiátrica.

Las Asociaciones y Fundaciones referidas disponen diferentes programas y no todos están conveniados o forman parte de la red de recursos del departamento de salud.

En resumen, el acceso a estos recursos se puede hacer directamente y realizar desde el propio recurso una valoración del caso. Si se requiriera valoración psiquiátrica, se realizaría la correspondiente derivación. O bien puede ser que desde CSM, atención primaria, u otro recurso social se haga una derivación a la C.T.

5.5. Aproximación a los tratamientos de adicciones que ofrecen las instituciones concertadas

A estos recursos se accede bien desde una derivación del CSM u otro dispositivo de la Red de Salud Mental, o bien solicitando cita directamente con la propia entidad. De una u otra forma, en primer lugar se realizan una o varias sesiones de valoración para estudiar el caso y proponer el

itinerario terapéutico que la institución considere más adecuado y engranarlo en el programa que mejor se ajuste a la persona demandante de tratamiento.

Una vez valorado el caso las opciones son las siguientes:

5.5.1. Tratamiento Ambulatorio

La persona acude a sesiones de terapia (individual, de pareja o de familia). Por lo general son personas con mayor nivel de estructura socio-laboral o personas que no requieren de un tratamiento de mayor contención e intensidad para el logro de los objetivos terapéuticos.

La abstinencia es el objetivo a lograr y la condición para mantener el tratamiento. Para mantener la motivación y favorecer el freno ante el consumo se suelen emplear diferentes técnicas terapéuticas, así como el de analíticas de orina.

Se trabaja desde diferentes corrientes psicoterapéuticas con el objetivo de que la persona comprenda lo que le ocurre, se fortalezca y adquiera herramientas y estrategias que le permitan la abstinencia y recuperación vital.

En determinados casos, y dependiendo de los programas que dispongan las Entidades, se pueden ofrecer recorridos de asistencia laboral, talleres concretos o terapias grupales.

5.5.2. Comunidad Terapéutica

En los casos con mayor nivel de desestructuración y desorganización social-familiar-laboral, con mayores dificultades para el logro y manteniendo de la abstinencia, o en los que el tratamiento en esta modalidad pueda ser significativamente más beneficioso, se plantea un ingreso en una Comunidad Terapéutica (CT).

Estos recursos residenciales están dirigidos a aquellas personas que requieren un distanciamiento de su entorno habitual para continuar el proceso de rehabilitación. Ofrecen un espacio de contención psicológica, donde un equipo multidisciplinar ofrece un modelo de tratamiento en etapas que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social basados en dinámicas grupales. La fase residencial se combina con las responsabilidades familiares y profesionales (Fundación Gizakia, 2020).

En la CAE existen varias Comunidades Terapéuticas distribuidas en los tres Territorios Históricos. Son centros con gran experiencia y en los que se da un abordaje multidisciplinar. Los pilares de este tratamiento es el enfoque grupal, con gran peso de intervenciones psicoeducativas, psicológicas y de inserción socio-laboral.

Aunque la filosofía de trabajo y los objetivos generales de todas ellas son similares, el tiempo de tratamiento, las actividades, organización del centro, el número de personas ingresadas, el equipo de profesionales así como cualquier otro factor que influya en el diseño del tratamiento son diferentes en cada una de las CT existentes.

El tratamiento en CT suele dividirse en tres fases (adaptación, ingreso y reinserción sociolaboral). Requiere una dedicación y una implicación que se prolonga hasta la reinserción sociolaboral. Fase fundamental para la persona, ya que vuelve a encontrarse en su entorno habitual, donde debe afrontar la realidad que se le presenta y aplicar lo aprendido durante el tratamiento.

5.5.3. Centro de Día Socio-Sanitario

Se trata de un recurso a medio camino entre el tratamiento ambulatorio y el de CT. Además de acudir a sesiones de terapia individual, familiar o de pareja, y los consiguientes controles analíticos, la persona acude uno o varios días a la semana al centro o centros de tratamiento que disponga la entidad implicándose en las diferentes actividades grupales existentes, con el objetivo general común, para la búsqueda y mantenimiento de la abstinencia y mejora de la calidad de vida.

En caso necesario se trabaja también sobre la inserción socio-laboral.

5.5.4. Centro Penitenciario

Desde las asociaciones y fundaciones que desempeñan su labor en materia de adicciones se ofrece atención en los Centros Penitenciarios de Euskadi. Desde allí se recogen las demandas de tratamiento de las personas interesadas que después de solicitar los permisos legales correspondientes, en muchos casos, pueden salir de prisión para realizar un tratamiento de deshabituación en alguna de las modalidades antes descritas.

Además las personas que se encuentra cumpliendo condena pueden realizar los diferentes programas que estas entidades ofrecen.

5.5.5 Centro Socio Sanitario de Atención a las Adicciones (CESSA)

El CESSA es un recurso en el que las personas usuarias del mismo, pueden consumir drogas bajo el control y supervisión sanitaria. El centro ofrece materiales estériles para que se reduzca el riesgo del consumo. Es un recurso de baja exigencia, que tiene como objetivo principal es la reducción del daño que la cocaína y la heroína pueden llegar a tener en las que la consumen. El acceso es directo y se deben cumplir los siguientes requisitos: ser mayor de edad y ser consumidor activo de heroína o cocaína.

Como objetivo secundario está el que el recurso sirva de puente entre las personas usuarias y los recursos sanitarios y sociales. Por lo tanto, si una persona usuaria del recurso quiere ser derivada a otro recurso, o iniciar un recorrido social o terapéutico concreto, se le apoya en el avance de su proceso de tratamiento o de inserción (Fundación Gizakia, 2020).

5.5.6 Haurtxoak (Comunidad Terapéutica especializada en mujeres en exclusión social con hijos o hijas menores a su cargo)

Dentro de los recursos existentes dentro de la Red Sanitaria también se encuentra el programa Haurtxoak que está gestionado desde Agipad.

Se trata de un programa de tratamiento en régimen residencial y está dirigido a mujeres embarazadas o con hijos de 0 a 6 años, que se encuentran en situaciones de riesgo o de exclusión social (maltrato, adicciones, capacitación parental...).

El tratamiento consta de actividades psicoterapéuticas y educativas con madre e hijas/os. Está en coordinación con otros recursos comunitarios. La integración social es uno de sus objetivos fundamentales. El centro está ubicado en una zona urbana de Donostia y consta de 12 plazas públicas. El equipo es multidisciplinar con el objetivo de trabajar los siguientes aspectos (AGIPAD, 2020):

- Estabilización de la situación personal de las madres.
- Trabajar en la mejora de la capacitación de las madres para cubrir adecuadamente las necesidades de sus hijas e hijos.
- Ayuda en la generación de vínculo seguro entre madre e hijas/os.
- Mejora de la función de maternaje adecuada en relación a los menores.

II. PARTE EMPÍRICA

En esta segunda parte del estudio, se analiza el trabajo empírico de la investigación realizada, detallando la metodología de trabajo, los objetivos planteados y las herramientas utilizadas, para después examinar los resultados de las experiencias recogidas tanto de mujeres como de profesionales de los tres Territorios Históricos que han participado.

1. METODOLOGÍA

1.1. Objetivos

A continuación, se detallan los objetivos generales y específicos asociados a este estudio.

Objetivo general:

El objetivo general de este estudio es analizar si las mujeres encuentran dificultades para acceder o mantenerse en los recursos específicos de tratamiento de adicciones en la CAPV.

Objetivos específicos:

- Realizar un análisis de la situación actual respecto a la atención a mujeres con distintas adicciones por parte de los recursos de tratamiento de drogodependencias de la CAPV.
- Conocer el recorrido experiencial de las mujeres entorno al consumo de sustancias y acerca de su experiencia en diferentes recursos de tratamientos.
- Conocer la percepción de los/as profesionales que atienden a mujeres drogodependientes.
- Proponer alternativas de mejora con perspectiva de género en los tratamientos de adicciones.
- Y por ende, se busca visibilizar la situación actual, para empezar a dar pasos que puedan producir cambios, con el objetivo de que las mujeres que se quedan fuera del sistema puedan optar a un tratamiento adaptado a las características y necesidades propias del género.

1.2. Muestra participante

La muestra participante en este estudio se divide en dos poblaciones diferenciadas: 1) Mujeres de la CAPV, y 2) Profesionales sanitarios/as de la CAPV.

1.2.1. Mujeres de la CAPV (N= 127)

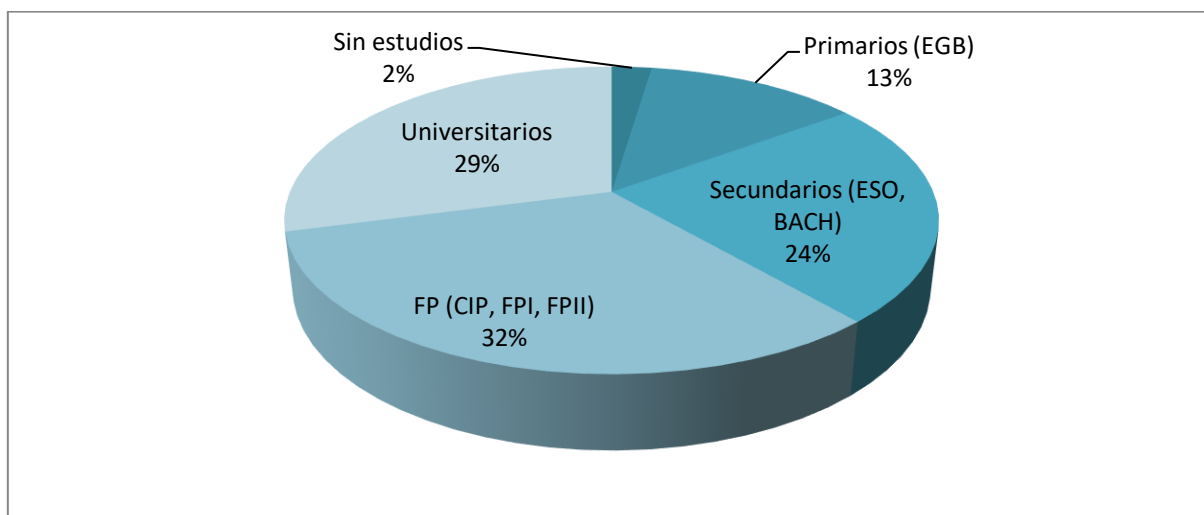
El primer colectivo está formado por un total de 127 mujeres con una edad media de 40 años ($X = 40.93$; $dt = 1.32$), siendo todas ellas mayores de edad y teniendo entre 18 y 72 años. Esta submuestra se dividió en cuatro bloques, en base a su *situación actual con respecto al tratamiento de adicciones*:

- A) **ACCEDEN A TRATAMIENTO (N= 16)**. Mujeres que accedieron a tratamiento en AGIPAD en el momento del estudio.
- B) **MANTIENEN TRATAMIENTO (N= 67)**. Mujeres que realizaban tratamiento (ambulatorio o residencial) en AGIPAD, en PH de Gipuzkoa y en Mentalia Usurbil.
- C) **FINALIZAN TRATAMIENTO (N= 9)**. Mujeres que finalizaron tratamiento (ambulatorio o residencial) en AGIPAD en un periodo de 6 meses.
- D) **CARECEN DE TRATAMIENTO (N= 35)**. Mujeres con consumo abusivo de sustancias, que no estaban en tratamiento en el momento del estudio.

Nivel de estudios, empleabilidad e ingresos propios

Con respecto al nivel de estudios, empleabilidad y tenencia de ingresos propios, decir que el 52.75% de las mujeres afirma tener un empleo. E incluso la gran mayoría (74%) reconoce tener ingresos propios. Con respecto a sus niveles de estudios, solo una minoría de las mujeres participantes (2.36%) indica no tener estudios. El Gráfico 1 presenta la proporcionalidad en la que las participantes han cursado sus estudios.

Gráfico 1. Nivel de estudios de las mujeres participantes



La distribución de las variables edad, nivel de estudios, empleabilidad e ingresos propios que se han examinado en cada subgrupo se presenta en la siguiente tabla (ver Tabla 1).

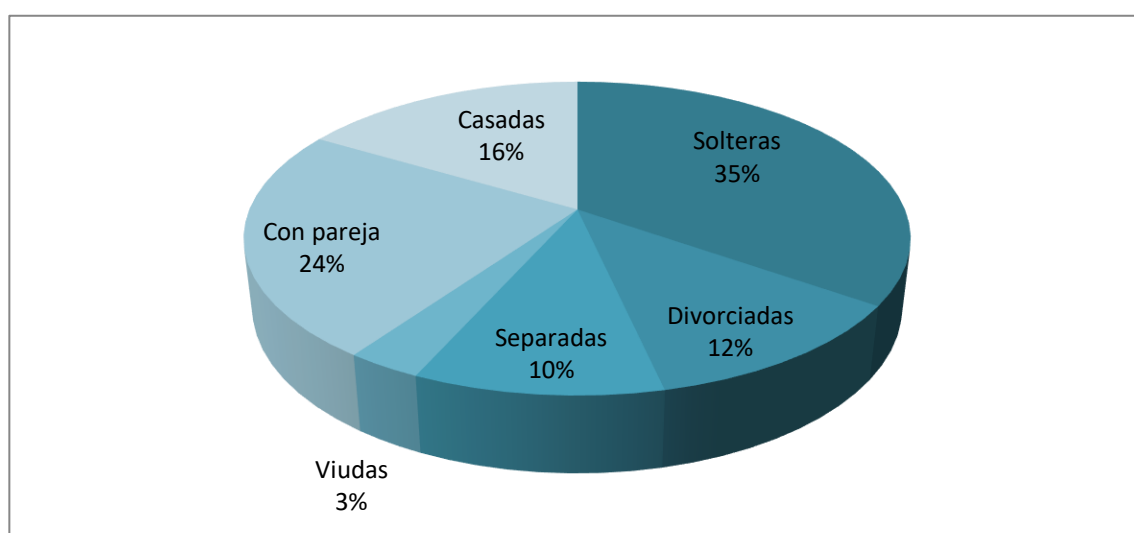
Tabla 1. Distribución de las variables edad, nivel de estudios, empleabilidad e ingresos en mujeres participantes

Situación tratamiento	Cantidad	Edad	Nivel estudios	Empleo	Ingresos propios
A “Acceden”	16 mujeres (12.59%)	$\chi = 37$ (21-61 años)	1. FP (32.3%) 2. Universitarios (29.1%) 3. Secundarios (23.6%) 4. Primarios (12.6%) 5. Sin estudios (2.3%)	SÍ= 56.25% NO= 43.75%	SÍ= 62.5% NO=37.5%
B “Mantienen”	67 mujeres (52.75%)	$\chi = 45$ (18-72 años)	1. FP (34%) 2. Secundarios (26.5%) 3. Primarios (22%) 4. Universitarios (13%) 5. Sin estudios (4.5%)	NO= 58.2% SÍ= 41.8%	SÍ= 74.6% NO=25.4%
C “Finalizan”	9 mujeres (7%)	$\chi = 49$ (30-61 años)	1. FP (55.5%) 2. Universitarios (33.3%) 3. Secundarios (11.1%)	SÍ= 77.8% NO= 22.2%	SÍ= 77.8% NO= 22.2%
D “Carecen”	35 mujeres (27.5%)	$\chi = 32.7$ (18-68 años)	1. Universitarios (68.6%) 2. FP (17%) 3. Secundarios (11.4%) 4. Primarios (3%)	SÍ= 65.7% NO= 34.3%	SÍ= 77.2% NO= 22.8%

Situación relacional, de convivencia y de maternidad

En referencia a su **estado civil** (ver Gráfico 2), decir que más de la mitad de ellas (60%) se encontraba sin pareja en el momento de participar en el estudio (34.6% solteras; 11.8% divorciadas; 10.2% separadas; 3.1% viudas), mientras que la cuarta parte tenía pareja (23.6%) y el resto se encontraba casada (16.5%). De entre todas las parejas que tienen actualmente, al parecer, un 28.2% también consume. La distribución del estado civil de las participantes puede observarse en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Estado civil de las mujeres participantes en el estudio



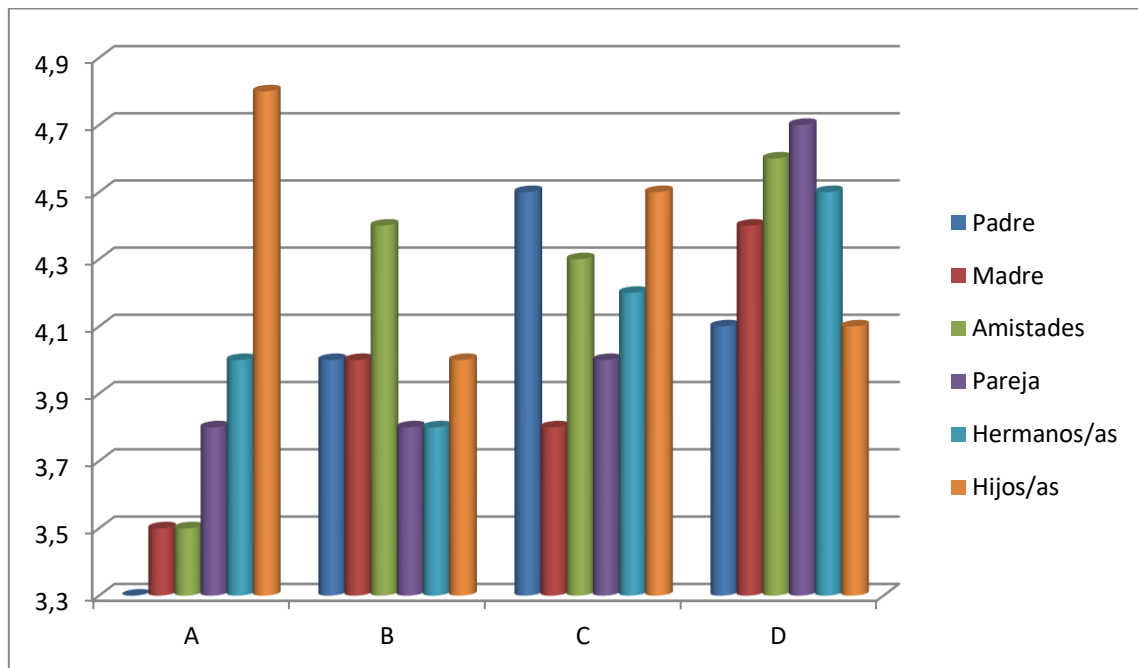
En cuanto a la **maternidad**, del total de las participantes, prácticamente la mitad (48%) es madre. De las cuales el 42.4% tiene 2 criaturas, el 40.6% tiene 1, el 13.5% tiene 3, hay una madre que tiene 4, y una última tiene 5. La media de edad de sus hijos e hijas ronda en torno a los 23.95 años, teniendo 4 años la más pequeña y 44 años el mayor.

Como dato adicional, decir que del total de hijas e hijos, un tercio (32.3%) convive con su madre. El resto no comparte unidad residencial con ella y se distribuirían de la siguiente forma: se han independizado (29%), viven con su padre (expareja de la madre) (23.7%), viven con otro/a familiar (12%). Hay un hijo que vive en la calle y una hija que fue dada en adopción.

Con respecto a la percepción que tienen las mujeres participantes sobre la calidad de las **relaciones con miembros** que conviven en casa, decir que es el subgrupo A ("Acceden") quien parece mostrar un mayor contraste, percibiendo la relación con su propio padre como mala (2.5 sobre 5) y la que mantiene con sus hijos/as como excelente (4.8 puntos sobre 5). Lo contrario sucedería en el subgrupo B ("Mantienen"), donde las participantes parecen valorar de forma similar y como "buena" la relación que mantienen con sus familiares y pareja, destacando como "muy buena" (4.45 sobre 5) la que sienten sobre sus amistades e iguales. Mientras tanto, parece que en los subgrupos C ("Finalizan") y D ("Carecen") las puntuaciones van entre el 4 y el 5, indicando así que su percepción sobre las relaciones que mantienen en casa entre buenas y muy buenas.

Estos datos aparecen reflejados en el Gráfico 3 de forma desglosada en base al miembro de convivencia y el tipo de subgrupo (A-B-C-D).

Gráfico 3. Percepción de las participantes sobre la calidad de relación con las personas con las que conviven en casa (1= muy mala; 5= muy buena)



Los datos asociados al estado civil, a datos relacionales y a la maternidad se desglosan por subgrupos (A-B-C-D) en la Tabla 2 que se muestra a continuación.

Tabla 2. Distribución de las variables estado civil, miembros familia y personas que están a su cargo

Situación tratamiento	Cantidad	Estado civil	Miembros con quienes convive en casa	Personas al cargo de su cuidado (Sí)*	¿Son madres?
A "Acceden"	16 mujeres (12.59%)	1. Con pareja (37.5%) 2. Sin pareja (25%) 3. Casadas (18.7%) 4. Separadas (12.5%) 5. Viudas (6.25%)	1. Con padre/madre (32%) 2. Con pareja (25%) 3. Con hijos/as (25%) 4. Solas (12%) 5. Con hermana (6%)	SÍ = 68.75% NO= 31.25%	NO= 68.75% SÍ= 31.25%
B "Mantienen"	67 mujeres (52.75%)	1. Sin pareja (34.2%) 2. Divorciadas (19.4%) 3. Casadas (16.4%) 4. Con pareja (15%) 5. Separadas (12%) 6. Viudas (3%)	1. Solas (24%) 2. Con hijos/as (20.2%) 3. Con pareja (16.5%); Con padre/madre (16.5%) 4. Con una hermana o tía (8.9%) 5. En la calle o institución (7.6%) 6. Con una amiga (6.3%)	NO= 55.3% SÍ= 44.7%	SÍ= 61.5% NO= 38.5%
C "Finalizan"	9 mujeres (7%)	1. Sin pareja (33%) 2. Con pareja (22%) y casadas (22%) 3. Separadas (11%) y divorciadas (11%)	1. Con pareja (33.3%) 2. Con hijos/as (25%); Solas (25%) 3. Con padre/madre (16.6%)	SÍ= 88.8% NO= 11.2%	SÍ= 66.6% NO= 33.3%
D "Carecen"	35 mujeres (27.5%)	1. Sin pareja (40%) 2. Con pareja (37%) 3. Casadas (17%) 4. Divorciadas (3%) y Viudas (3%)	1. Con pareja (28.5%) 2. Con una amiga (28.5%) 3. Con padre/madre (20%) 4. Con hijos/as (11.5%); Sola (11.5%)	NO= 71.4% SÍ= 28.6%	NO= 75% SÍ= 25%

- Nota1: Las personas a su cargo a las que se refieren son o las/os hijas/os o su propia madre, salvo en algún caso la abuela o una vecina.

1.2.2. Profesionales sanitarios y sanitarias de la CAPV (N= 96)

El segundo colectivo lo componen un total de 96 profesionales (77 mujeres y 19 hombres) que trabajan en alguno de los tres Territorios Históricos vascos: Gipuzkoa (70.8%), Bizkaia (18.8%) y Araba (10.4%). En total, cuentan con una media de 17 años de experiencia en alguno de estos tres ámbitos:

- 1) Medicina familiar, comunitaria y/o atención primaria, Enfermería, Psiquiatría.
- 2) Educación social y/o Trabajo social.
- 3) Psicología, Terapia educacional y/o Psicopedagogía.

Para un mejor análisis de sus aportaciones, este colectivo de profesionales se subdivide en dos grupos en base a si trabajan dentro (bloque A) o fuera (bloque B) de los **dispositivos de tratamiento específico en adicciones**.

Centros de trabajo y ámbito de especialización

A continuación se presenta una tabla (ver Tabla 3) que incluye las asociaciones, fundaciones o centros donde desempeñan sus trabajos, así como los ámbitos de especialización.

Tabla 3. Lugares donde desempeñan sus trabajos y ámbitos de especialización

Tto. adicciones	Cantidad	Centros de trabajo	Ámbito de especialización
A "Dentro"	35 profesionales (77.1% mujeres; 22.9% hombres)	Fundaciones (n= 19; 54.3%) 12 Asociación AGIPAD (Haizegain, Haurtxoak, ambulatorio) 4 Fundación GIZAKIA 2 Fundación IZAN (Proyecto Hombre) 1 Fundación ETORKINTZA Centros de Salud Mental (n= 16; 45.7%) 6 centros especializados +MANUENE 5 residenciales MENTALIA USURBIL 5 COTA (Centro Orientación y Tratamiento de Adicciones)	Ámbito psicológico (n= 16; 45.7%) 7 Psicólogas clínicas. 5 Terapeutas educacional. 4 Psicoterapeutas. Ámbito social (n= 12; 34.3%) 8 Educadoras sociales. 4 Trabajadora social. Ámbito médico (n= 7; 20%) 1 Médica; 3 Enfermeras; 3 Psiquiatras.
B "Fuera"	61 profesionales (82% mujeres; 18% hombres)	- Ayuntamientos y Servicios sociales (n= 19; 31%) - Asociaciones/Fundaciones (n= 18; 29.5%) AGIPAD; ELKARTU; EMAUS; JEIKI; GIZAIDE; HAZKUNDE; NOVIA SALCEDO; CRUZ DE ORO; ATERPE; TRINTXER; ARRATS; PAI BITARTEAN; Pisos de acogida ADAP.	Ámbito social (n= 36; 59%) 15 Trabajadoras sociales. 14 Educadoras sociales y de calle. 3 Técnicas prevención adicciones. 4 Técnicas Igualdad.

		- <i>Centros de Salud Mental (n= 15; 24.6%)</i> - <i>Casas de las Mujeres y atención a víctimas violencia género (n= 9; 14.7%)</i> Escuelas empoderamiento; Teléfono Esperanza; EMEKI; Itsasetxea	Ámbito médico (n= 15; 24.6%) 5 Médicas de Familia y Comunitaria. 5 Médicas Atención Primaria. 3 Enfermeras; 2 Psiquiatras. Ámbito psicológico (n= 10; 16.4%) 8 Psicoterapeutas. 1 Psicóloga Clínica; 1 Psicopedagoga.
--	--	--	--

Población con la que trabajan los y las profesionales del Bloque A

El 100% de las personas que a las que tratan los y las profesionales sociosanitarios/as del bloque A que participan en este estudio son población cuyo motivo de consulta es la sintomatología asociada a alguna dependencia o adicción, tratándose fundamentalmente de drogodependencias. Puede encontrarse psicopatología asociada y/o riesgo de exclusión social. En cuanto al sexo, afirman que la gran mayoría que acuden en busca de ayuda son hombres y que como requisito para acceder al recurso suelen predominar tres: 1) Mantener abstinencia, 2) Motivación interna y predisposición hacia el tratamiento, y 3) Disponer de una red de apoyo. Por último, decir que en el recurso donde trabajan existen estas modalidades de tratamiento:

- Tratamiento grupal mixto con o sin tratamiento individual (n= 27).
- Solo tratamiento individual (n= 5).
- Solo tratamiento para mujeres (individual y/o grupal) (n= 3).

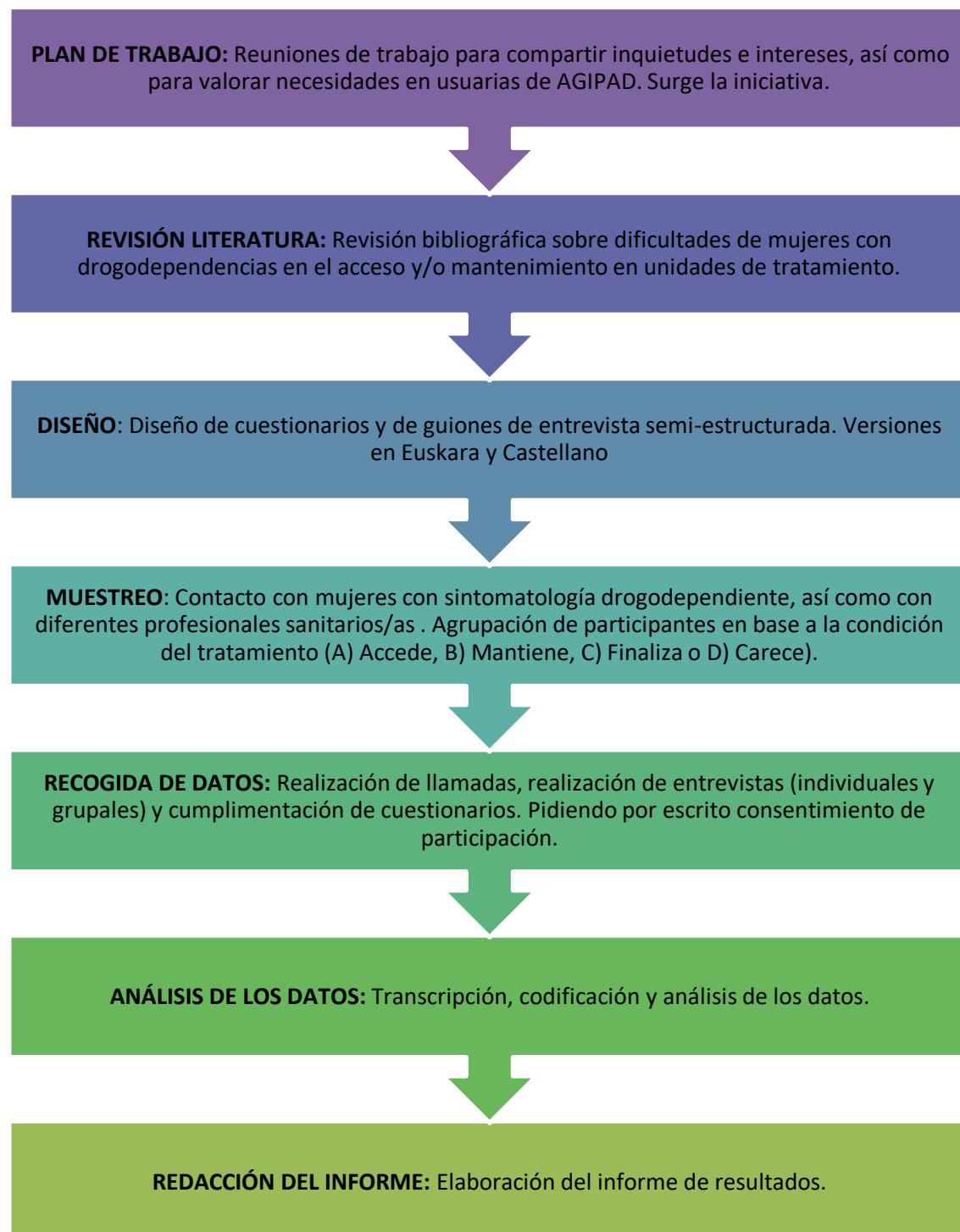
Población con la que trabajan los y las profesionales del Bloque B

En referencia a la población que atiende a diario el colectivo de profesionales del bloque B, decir que atienden fundamentalmente a tres tipologías de usuarios/as: 1) Personas en situación de exclusión social (51%); 2) Personas con diversidad mental (24%); 3) Grupos de mujeres (15%) con o sin menores a su cargo; 4) Personas con abuso de sustancias (10%).

En cuanto al sexo de las personas usuarias, el 57% de profesionales indica que atiende indiferentemente a mujeres y a hombres, mientras que un 23% atiende mayoritariamente a hombres y el 20% restante mayoritariamente a mujeres.

1.3. Procedimiento

Con objeto de alcanzar los objetivos mencionados anteriormente, el procedimiento seguido por el equipo de trabajo de este estudio fue el siguiente:



1.3.1. Procedimiento de recogida de datos en el colectivo de mujeres

La totalidad de las mujeres participantes fue distribuida en cuatro grupos diferentes según su relación con los tratamientos específicos de adicciones. A todas ellas se les pasó un consentimiento de participación.

- Para las del **Grupo A** (“Acceden”), ellas accedían a tratamiento, por lo que se entrevistó a las mujeres que acudieron a AGIPAD solicitando tratamiento, preguntándoles si querían participar en el estudio. El 100% de las mujeres consultadas accedió a participar y firmó el consentimiento correspondiente.
- Para las del **Grupo B** (“Mantienen”), las mujeres que estaban realizando tratamiento en Comunidad Terapéutica, las entrevistas fueron grupales. De 4 a 11 mujeres por grupo de entrevista. Las que realizaban Tratamiento Ambulatorio las entrevistas fueron individuales. Las mujeres con las que se contó para este segundo grupo eran las que en ese momento estaban realizando tratamiento en AGIPAD, PH Gipuzkoa y las que estaban ingresadas en Mentalia Usurbil en el momento de la pasación. Todas ellas firmaron también el consentimiento de participación.
- Para las del **Grupo C** (“Finalizan”), las entrevistas fueron presenciales, menos en el caso de dos mujeres que realizaron la encuesta vía email. Las mujeres que participaron en este grupo provenían de realizar tratamiento en AGIPAD, tanto en la modalidad de Comunidad Terapéutica, como Tratamiento Ambulatorio.
- Para las mujeres del **Grupo D** (“Carecen”), se realizó una difusión por email y WhatsApp que contenía un enlace para acceder al cuestionario.

1.3.2. Procedimiento de recogida de datos en el colectivo de profesionales

Se realizó un primer contacto telefónico y vía email con diferentes recursos de la CAPV. Por un lado se contactó con recursos específicos de adicciones y por otro con diferentes asociaciones o colectivos de profesionales que puedan tener contacto con mujeres que presentan diferentes problemáticas de consumo.

Se contó también con la colaboración de diferentes profesionales que a su vez realizaron difusión del presente estudio, aumentando la muestra de colaboración. Las respuestas se recogieron por email mediante un enlace directo a los cuestionarios, menos en el caso de nueve profesionales, que la recogida de datos fue mediante un grupo de discusión (*Focus Group*).

1.4. Herramientas de evaluación

Para la recogida de datos se han diseñado diferentes cuestionarios teniendo en cuenta la información de interés para cada grupo de personas.

1.4.1. Herramientas de evaluación para el colectivo de mujeres

- ❖ [Cuestionario A](#) (Anexo 1): Dirigido a las mujeres que accedieron a tratamiento en AGIPAD en el momento de la pasación.
- ❖ [Cuestionario B](#) (Anexo 2): Dirigido a las mujeres que realizaban tratamiento en AGIPAD PH Gipuzkoa y Mentalia Usurbil. Se han diferenciado mujeres que realizan tratamiento en régimen de ingreso (Comunidad Terapéutica o ingreso en Media Estancia) y las que realizan de manera ambulatoria (Tratamiento Ambulatorio).
- ❖ [Cuestionario C](#) (Anexo 3): Dirigido a las mujeres que finalizaron tratamiento en AGIPAD en un periodo de 6 meses. En este caso se realiza también, se han diferenciado las que realizan tratamiento en Comunidad Terapéutica y las que realizan Tratamiento Ambulatorio.
- ❖ [Cuestionario D](#) (Anexo 4): Dirigido a las mujeres que no estaban en tratamiento en el momento de la pasación pero que percibían tener un consumo abusivo de diferentes sustancias.
- ❖ [Escala de Afectividad](#) (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988; versión en Español: Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, y Valiente, 1999). (Anexo 5) en Adultas Mayores. En la escala PANAS aparecen 20 afectos, 10 son afectos positivos y otros 10 afectos negativos. Se puntúa cada afecto mediante una escala Likert que va desde el 1 (Nada) al 5 (Mucho). Para el estudio hemos adaptado la pregunta o consigna a la que tienen que asignar una puntuación de cada afecto. La pregunta a la que asignan una numeración por cada afecto es: *“¿Cómo te hace sentir estar en tratamiento?”*

El puntaje final de la prueba de la Escala de Afectividad PANAS responde a la suma de los afectos positivos por un lado y la suma de los afectos negativos por otro. Este test fue pasado a las mujeres B.

1.4.2. Herramientas de evaluación para el colectivo de profesionales

- ❖ [Cuestionario profesionales "A"](#) (Anexo 6): Este cuestionario fue difundido entre profesionales que trabajan en dispositivos de tratamiento específico en adicciones en los tres territorios históricos. Los cuestionarios fueron difundidos por un email que contenía un enlace directo al cuestionario. Las respuestas llegaban de manera anónima.
- ❖ [Cuestionario profesionales "B"](#) (Anexo 7): Este cuestionario fue difundido entre profesionales que trabajan fuera de los dispositivos de tratamiento específicos de adicciones. La difusión se realizó por email y a cada profesional se le pidió que además de sus respuestas también contribuyera a la difusión entre personal que considerase susceptible de poder participar en el presente estudio.

Con el objetivo de realizar una difusión que alcanzara a informar a la mayor parte de mujeres que pudieran mostrar sintomatología de drogadicción, se procedió a solicitar la colaboración (emailing a sus redes de contactos) de las siguientes entidades:

- Colegio Oficial de Trabajo Social de Gipuzkoa.
- Técnicas y Técnicos de Igualdad de Diferentes ayuntamientos.
- Asociaciones de diferentes índoles que pudieran trabajar con mujeres que presentan algún tipo de adicción.
- Asociaciones feministas y Casas de las mujeres.
- Centros de Salud Mental.
- Alumnado de la Facultad de Psicología de la UPV/EHU que estaban cursando la optativa “Salud y Trastornos de Dependencia”.

1.5. Análisis de los datos

Siguiendo una metodología mixta, se diseñaron seis encuestas con preguntas cerradas y abiertas dirigidas tanto a las mujeres participantes (4 encuestas) como a profesionales que trabajan directamente con mujeres que puedan presentar problemática de consumo en la CAPV (2 encuestas). Asimismo, se diseñó un guión de entrevista semiestructurada para llevar a cabo “Grupos de Discusión” o “Grupos Focales” (Focus Group; Ibáñez, 1989) en un subgrupo de profesionales. Se optó por esta técnica para poder analizar sus discursos (explícitos y latentes), incluyendo variables significativas hacia la temática en cuestión (tratamiento, mujeres, drogadicción...).

El presente estudio trata de hacer un análisis descriptivo de la situación actual, por lo que se le ha dado más cabida a la información cualitativa obtenida a través de la experiencia tanto de mujeres que voluntariamente han participado en el estudio, como de profesionales que han querido también sumarse a la iniciativa.

La información proveniente de las entrevistas y/o pasaciones de cuestionarios fue transcrita, registrada en el software MAXQDA v18.2 y codificada. En primer lugar se analizaron las variables socio-demográficas de la muestra participante. Posteriormente, se crearon categorías y se analizaron aquellas ideas o frases más mencionadas en base a los subgrupos examinados. Para dicha categorización se siguió el procedimiento de acuerdo inter-jueces que consiste en la revisión de cada categorización por parte de diferentes personas hasta llegar a un acuerdo. De este modo, se ha procurado reducir al máximo la subjetividad de las categorías establecidas. Tras la categorización, se definieron aquellas dimensiones que engloban las agrupaciones realizadas.

Siguiendo a Miles, Huberman y Saldaña (1994), hemos llevado a cabo tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis del contenido recopilado en ambos colectivos:



- La reducción de datos está orientada a su condensación y selección.
- La presentación de datos, orientada a facilitar la mirada reflexiva a través de presentaciones condensadas, como pueden ser las tablas y gráficos utilizados en este informe, con los datos presentados en forma de porcentajes de respuesta.
- El contraste con la literatura ha servido para elaborar las conclusiones finales, tras la lectura de los resultados obtenidos.

1.5.1. Variables objeto de estudio en el colectivo de mujeres

- Variables Sociodemográficas: Edad, estado civil, nivel estudios, ocupación, convivencia, tenencia de hijas/os y sus situaciones respecto a estas/os.
- Variables Subjetivas: Motivación de petición de ayuda, emoción asociada a la petición de ayuda, datos relacionales, percepción de apoyo durante en tratamiento, obligaciones de cuidado y existencia de pareja consumidora.
- Consumo sustancias: Sustancia consumida y edad de inicio del consumo.
- Tratamiento: Número de tratamientos, acompañamiento, duración, motivación para mantenerse, motivos de elección de recurso, razones de abandono del tratamiento, preferencia de tipo de tratamiento, dificultades cotidianas y percepción subjetiva del tratamiento.

1.5.2. Variables objeto de estudio en el colectivo de profesionales

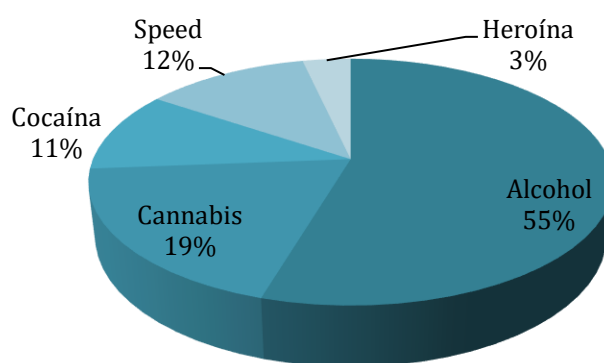
- Variables Objetivas: Sexo, formación, experiencia, población con la que trabajan, formación en género, características de los recursos donde trabajan (trabajo individual o grupal y temario).
- Variables Subjetivas: Emoción percibida en mujeres, percepción de mujeres en tratamiento (cómo llegan, apoyo presentado, percepción de la adecuación de los recursos) y percepción de las diferencias entre sexos.

2.1. Resultados sobre el grupo de mujeres

2.1.1. Perfil de CONSUMO de sustancias

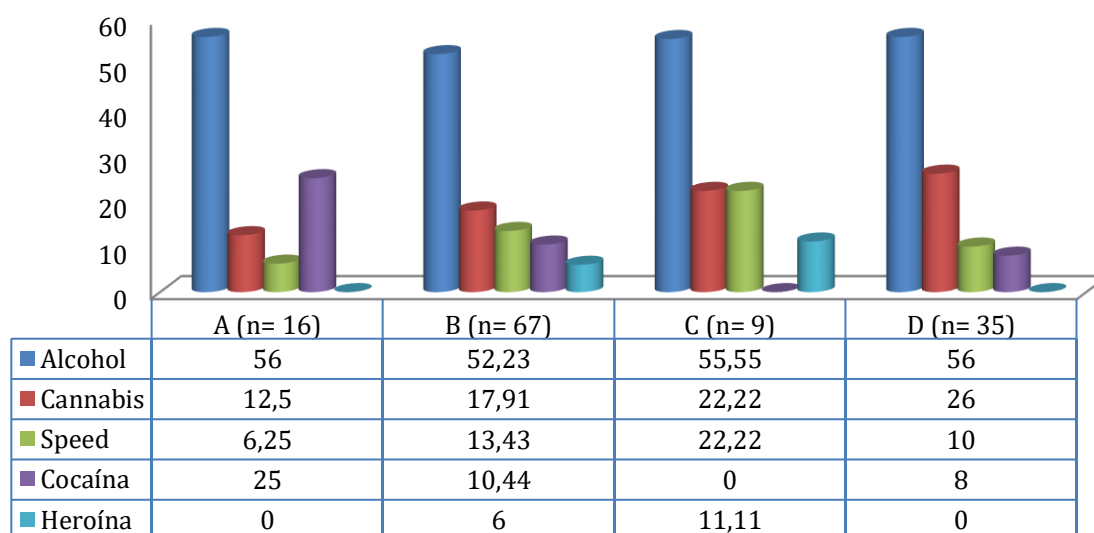
En referencia al historial de consumo de las mujeres participantes en este estudio, subrayar que si tuvieran que elegir “una droga que más consumen a diario”, el *alcohol* sería la droga más consumida por 77 mujeres de entre las 127 que han participado, siendo de todas las bebidas alcohólicas “la cerveza y el vino las bebidas que más beben desde la mañana hasta la noche”. Asimismo, la edad de inicio media en la que empezaron a consumir alguna droga de forma habitual (diaria) es a los 21 años, teniendo la más joven apenas los 10 años y la mayor habiendo comenzado a beber a los 57. El *cannabis* es consumido prácticamente a diario por 27 mujeres participantes (19%), seguido del *Speed* (12%) y de la *cocaína* (11%).

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres participantes que consumen cada droga



Aun desglosando el tipo de drogas que son más consumidas habitualmente por las mujeres, en base a su acceso y/o mantenimiento a los recursos de tratamiento, decir que la tendencia es similar con respecto al alcohol, seguido del cannabis y el speed. En todos los casos, excepto en el grupo A (mujeres que acceden), en el que la droga que una cuarta parte dice consumir habitualmente sería el speed. Esta información desglosada puede verse en el Gráfico 5.

Gráfico 5. Cantidad de mujeres de cada bloque (A-B-C-D) que consume cada droga (1ª elección)



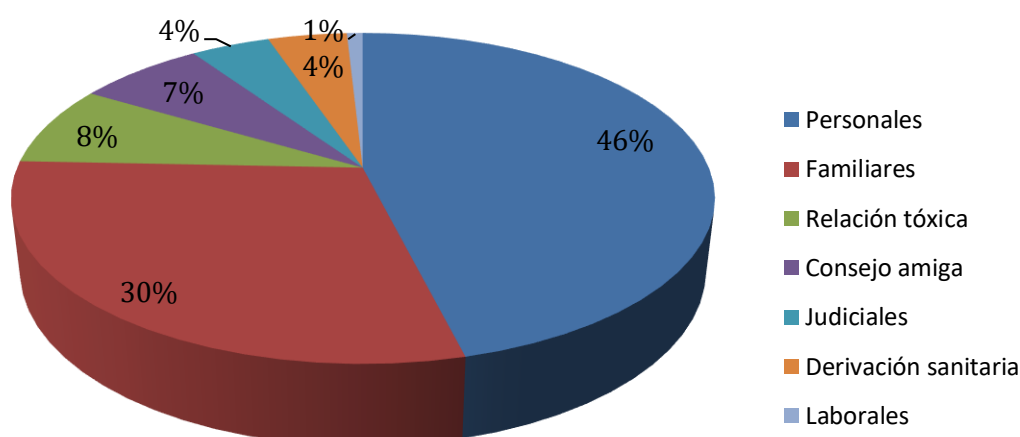
2.1.2. Recorrido experiencial ANTES del tratamiento

En este punto se tendrán en cuenta las respuestas proporcionadas por las mujeres que han accedido a algún recurso de tratamiento (bloque A), por las que aún se mantienen (bloque B) y las opiniones de quienes han pasado por algún recurso (bloque C).

2.1.2.1. ¿Qué te motivó a pedir ayuda?

El motivo principal por el que la gran mayoría de estas mujeres solicitó algún tipo de ayuda para hacer frente a sus problemas de drogadicción fue *personal* (46%) y/o *familiar* (30%). Hay quienes refieren haber sacado fuerzas para romper la relación sentimental que mantenían con una *persona tóxica* (8%), incluso quienes han confiado en el criterio de alguna *amiga* (7%) o *profesional sanitario* (4%) sobre determinado recurso de tratamiento. En menor medida, el resto de mujeres (5%) indica haber solicitado ayuda motivada por problemas *judiciales* como “La policía me detuvo y llevó al calabozo, así que el abogado me orientó” y/o *laborales* como “Me daba miedo que me echaran del trabajo”.

Gráfico 6. Motivos por los que las mujeres han solicitado ayuda



Derivación a recursos (11%)

Derivaciones por parte de profesionales sanitarios (4%)
“Orientada por la propia psiquiatra, por miedo a una recaída”.
“Desconocía recursos y pidió ayuda CSM Irún y la derivaron a AGIPAD”.
Derivaciones por parte de amigas que conocían algún recurso (7%)
“A través de una amiga conocí el recurso y es lo mejor que he hecho en mi vida”.
“Amigos que tuvieron experiencia previa en AGIPAD”.
“Terceras personas que ya habían pasado por AGIPAD y Proyecto Hombre”.
“Tuve que pedir ayuda a una amiga”.

Motivos personales (46%)

Dentro de esta categoría subyace un **malestar profundo** tanto a nivel físico y psicológico. Las mujeres expresan sentimientos de desesperación, de incapacidad para hacerle frente a la situación por sí mismas, incluso sintomatología depresiva. A su vez, expresan una motivación interna para cambiar su situación actual y emprender una nueva fase.

Sentimientos de desesperación, de incapacidad de afrontarlo por sí misma (27%)
<i>"No podía sola con la situación, no podía mantener la abstinencia, me superaba".</i>
<i>"La preocupación era constante, me invadía".</i>
<i>"Era consciente de que necesitaba ayuda, por mi situación personal".</i>
<i>"Era un pozo sin salida, no veía la salida por ningún lado".</i>
<i>"Me estaba volviendo loca, toqué fondo, iba a hacer una locura".</i>
<i>"Sentía impotencia, de no poder salir adelante con mis propios recursos".</i>
<i>"Estaba hundida y veía que sola no podía, hasta que no llegué a tocar fondo no me atreví".</i>
<i>"Me vi en un callejón sin salida, en una situación en la que nunca antes había estado".</i>
<i>"Sufrí una recaída y sola no podía remontar, sabía que existía este programa pero sola no".</i>
<i>"Sentía una pérdida de control total de mi vida".</i>
Sintomatología depresiva (11%)
<i>"Sufría depresión desde hace tiempo, desde el fallecimiento traumático de un familiar".</i>
<i>"Salía mucho, tenía mucha ansiedad, depresión, problemas con mi pareja..."</i>
<i>"Lo destrozada que estaba, no tenía ganas de vivir, no soportaba más, estaba muy mal".</i>
<i>"No me gustaba mi vida y mi relación de pareja era muy tóxica, tuve una agresión y necesitaba psicólogos".</i>
<i>"Toqué fondo, en lo físico y en lo psicológico".</i>
<i>"Verme tan mal, convertirme en un monstruo".</i>
<i>"Imposibilidad para gestionar mi vida, por la depresión y por la dependencia al alcohol".</i>
<i>"Estaba reventada, no comía, solo bebía y me ponía cocaína Un amigo me trajo arrastras".</i>
Motivación interna hacia el cambio (8%)
<i>"Quería mejorar mi salud física y mental, incluso mis relaciones con los demás".</i>
<i>"Quería seguir viviendo, mejorar mi vida".</i>
<i>"Iniciativa propia, por primera vez pienso en mí, siempre he sido y estado para los demás".</i>

"Reconozco que ya no podía seguir viviendo así, porque iba a acabar con todo lo que había conseguido y ya había empezado a perder".

"Harta de avergonzarme de mí misma y de caminar con miedo por la calle".

Motivos familiares (30%)

De entre los motivos familiares que más podían impulsar a las mujeres participantes a buscar ayuda y/o tratamiento, destaca el **amor y preocupación** por sus hijas e hijos y, en menor medida, por sus madres. También reconocen haber sentido la presión de la familia para que se recuperara y que de no haber sido por su pareja, madre, padre, hijas o hijos, no hubieran acudido a tratamiento.

Amor hacia hijas e hijos (13%)
<i>"Deseo estar bien por mi hija y mi nieta".</i>
<i>"Tengo miedo de perder a mi hija", "Temo que la diputación me quite su custodia", "Vine porque me iban a quitar a mi niño".</i>
<i>"Sobre todo por el nacimiento de mi nieta".</i>
<i>"He perdido los papeles por todos lados, mis nietos e hijos no tienen la culpa de lo que yo haga".</i>
<i>"Estaba desquiciada. Mi casa era un infierno, estaba mal con mi marido. Mi hija estaba estudiando el MIR y sacó mala nota, este año lo está repitiendo y me sentí culpable".</i>
Amor hacia la madre (9%)
<i>"Por mi madre, el perder o apartar a gente importante de mi vida, que me dieron la espalda mis hermanas y mi ex pareja. El perder a mi madre por mi culpa y coger valor y coraje para no perder a mi madre o ya no hacerle más sufrir".</i>
<i>"Mi madre está sufriendo mucho por mi situación y como detonante tuve una fuerte discusión con mi pareja y amigos para que me dejaran en paz".</i>
Presión familiar (8%)
<i>"Me ha obligado un hermano".</i>
<i>"Mi hermano y pareja gestionan las citas y mi dinero".</i>
<i>"Mi marido y amigos me obligaron tras intento de suicidio".</i>
<i>"He venido de la oreja esta segunda vez, la primera vine porque quise".</i>
<i>"Mis padres me trajeron, tenía un problema y no perdía nada por intentarlo".</i>
<i>"Mis padres me obligaron. Ellos habían estado antes en intervención familiar".</i>
<i>"Yo no pedí, fue involuntaria, por los hijos, no por mí".</i>

Motivación para dejar una relación tóxica (8%)

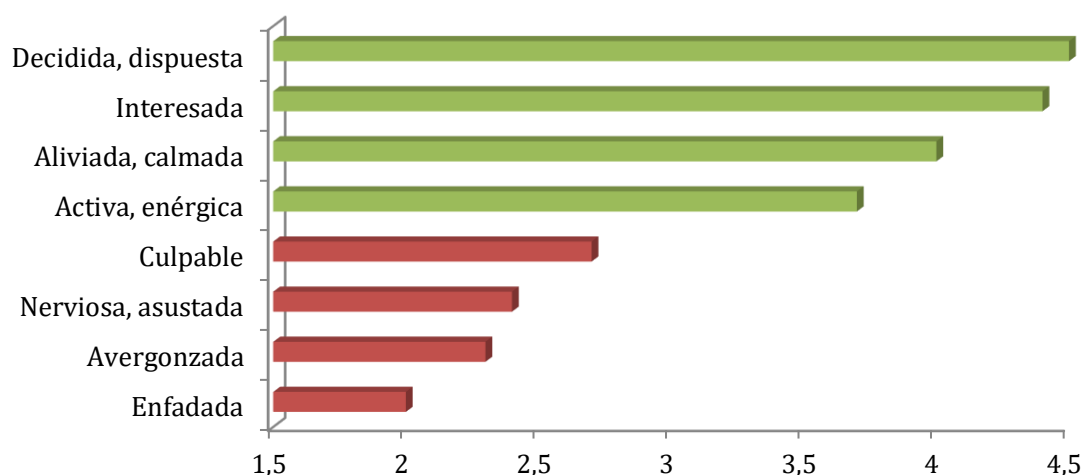
Un 8% de las mujeres afirman sentirse motivadas a **restablecer sus vidas**, empezando por su propia salud y recobrando así fuerzas para dejar a sus parejas actuales a las que denominan como “relaciones tóxicas”.

Relaciones tóxicas
<i>“Quería aprender por qué me metía en las mismas dinámicas amorosas”.</i>
<i>“Demasiados consumos y dependencia emocional, mi relación de pareja era tóxica”.</i>
<i>“Mi pareja me dejó y por supuesto el estado en el que me encontraba me hundiÓ más, me enganché y reenganché”.</i>
<i>“Fue por un tema de agresión que tuve que denunciar y de ahí todo”.</i>

2.1.2.2. ¿Cómo te sentiste al acceder al tratamiento?

Tras preguntar a las mujeres sobre su emoción al acceder por primera vez a un tratamiento, las cuatro emociones que destacan sobre el resto tienen que ver con la **alegría** y al bienestar. También aparece cierta culpa (2.75p sobre 5) y, en menor nivel, las emociones asociadas al **nerviosismo** y a la **vergüenza**. La emoción que apenas mencionan es el **enfado** y/o la frustración. En el siguiente gráfico aparecen las 8 emociones en orden de mayor a menor.

Gráfico 7. Emociones asociadas al primer tratamiento



A continuación, se muestran algunas de las ideas que más han mencionado las mujeres al preguntarles sobre “cómo recordaban el primer contacto con el recurso” y “cómo se sintieron”.

Emociones agradables
<i>“Gloria bendita. Muy cercano, reducido en número de personal”.</i>
<i>“Aliviada, por fin. Goxua acogida”.</i>
<i>“Buena. Arropada, me escuchaban, sacaban rápido quién eres”.</i>
<i>“Bueno, porque yo también quería salir del atolladero, me quería curar y tenía buenas referencias”.</i>
<i>“Estaba en un sueño en ese momento. Un sueño agradable. Despersonalizada. No estaba en la realidad. Me sentí acogida, quería volver”.</i>
Emociones desagradables
<i>“Un poco de frío a el trato. Luego es más cercano y acogedor”.</i>
<i>“Miedo antes de acudir. Porque soy claustrofóbica, creía que me iban a encerrar”.</i>
<i>“Un poco de nervios”.</i>
<i>“Cuesta salir de casa, es raro al principio, hasta que te haces a lo nuevo”.</i>

2.1.2.3. ¿Recibiste apoyo al acceder al tratamiento?

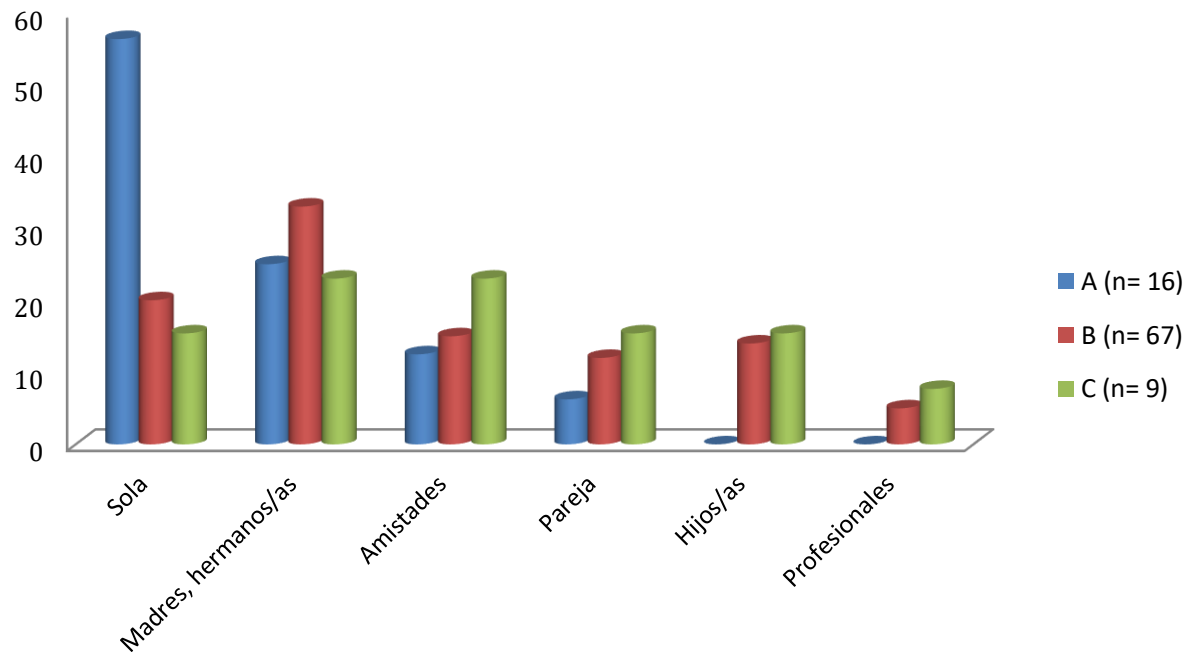
Un tercio de las mujeres que han respondido a la pregunta “¿Recibiste apoyo durante el tratamiento?” un tercio responde que *no ha recibido ninguna ayuda* y que ha afrontado el acceso al tratamiento en soledad, por sí misma y sin depender de nadie.

Mientras que el 66.6% restante reconoce haber recibido *apoyo por parte de alguien*. De entre las figuras de apoyo más significativas destacan, en este orden, la propia familia (31.25%) que incluye a la madre/padre y a hermanos/as, las amistades más cercanas (15.6%), los/as hijos/as (12.5%), la pareja (11.7%) y, en último lugar, mencionan a profesionales sanitarios/as de confianza (4.7%).

Apoyo por parte de la familia (31.25%)
<i>“De padre y tío. Muy bueno y fundamental”.</i>
<i>“Imprescindible, sin mi madre no hubiera podido seguir adelante”.</i>
<i>“Muy bueno. No creían en mí y se han volcado en el tratamiento”.</i>

El siguiente gráfico se muestran los datos diferenciando la situación de las mujeres en tratamiento (bloque A, B y C). Donde se aprecian tres datos a subrayar. Por un lado, llama la atención que de todas las mujeres, sean las del bloque A quienes en mayor medida hayan acudido a algún recurso “solos” (por sí mismas). Por otro lado, las mujeres del bloque B parecen ser las que más apoyo familiar cuentan. Y por último, decir que para las mujeres del bloque B, la familia y las amistades tienen el mismo peso, superior al peso otorgado al apoyo de la pareja.

Gráfico 8. Apoyo recibido por las mujeres (A-B-C) en tratamiento



2.1.3. Recorrido experiencial DURANTE/DESPUÉS del tratamiento

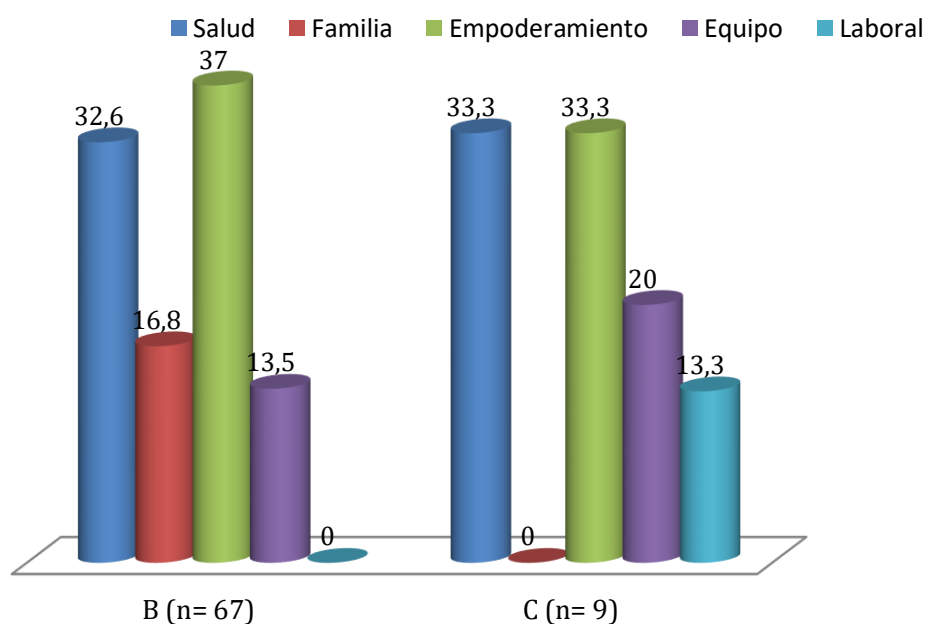
Debido a que en este punto se recaba información sobre aspectos relacionados con el tratamiento en sí, se tendrán en cuenta aquellas respuestas proporcionadas por las mujeres que o bien se mantienen actualmente en tratamiento (bloque B), o bien ya lo han finalizado tras aproximadamente un año de tratamiento (bloque C).

2.1.3.1. ¿Qué te MOTIVÓ a continuar con el tratamiento?

Entre las diferentes motivaciones que llevaron a las mujeres participantes a continuar con el tratamiento, destacan sobre todas las demás el sentimiento de superación, dar pasos hacia la relacionada con el *empoderamiento* (37%) como mujer, el sentirse capaces de alcanzar su propósito. La segunda razón que les ha animado a continuar ha sido la *salud* (33%) el bienestar y la mejoría de los síntomas de abstinencia. En tercer lugar, el *sentimiento de “equipo”* (14%) formado en cada recurso ha hecho que no quieran defraudar a las personas que han confiado en ellas (profesionales, compañeras y amigas) también las ha impulsado a seguir. Y por último, la motivación por mejorar la calidad de las *relaciones familiares* (14%), en especial, con sus hijos e hijas. Una mujer también ha mencionado su motivación por mantener el empleo, y otra añade que es la única forma de tener un techo donde vivir.

Estos datos aparecen desglosados en base a si las respuestas las han dado las mujeres que se mantienen en tratamiento (bloque B) o quienes ya han finalizado (bloque C).

Gráfico 9. Apoyo recibido por las mujeres (A-B-C) en tratamiento



A continuación se presentan algunas de las ideas mencionadas por estas mujeres y que consideramos representan sus principales cuatro motivaciones para continuar en tratamiento: salud, empoderamiento, equipo y familia.

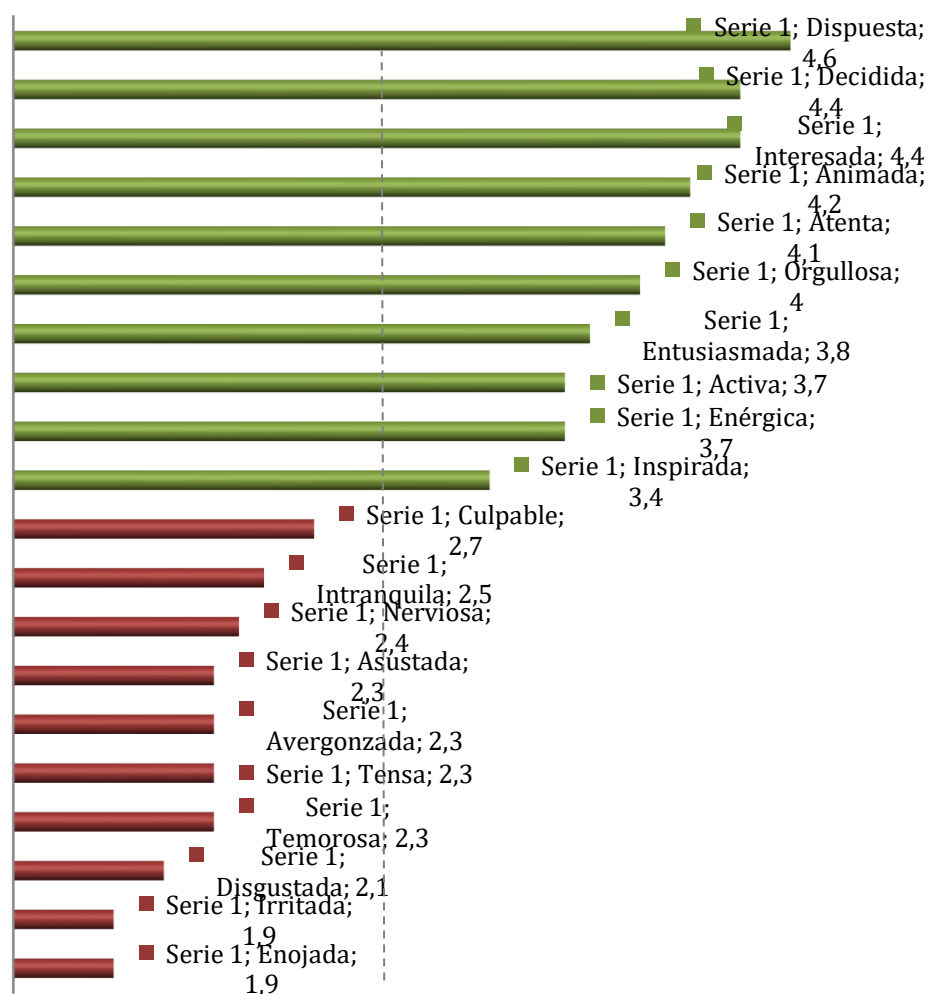
Motivos de salud, bienestar y abstinencia (33%)
<i>"La necesidad de no vivir con dependencias, dejar de consumir" (B).</i>
<i>"No quiero recaídas, quiero seguir como me siento ahora" (B).</i>
<i>"Quiero encontrarme mejor, sobre todo mejorar mi adicción al alcohol y en mi vida y en mi salud, también sentirme bien con el tratamiento" (B).</i>
<i>"Ver que mejora mi vida, que la gestiono mejor porque voy solucionando mi depresión y no dependiendo del alcohol para mi estado de ánimo" (B).</i>
<i>"Poco a poco iba viendo cómo me hacía bien y que me encontraba cada vez mejor" (C).</i>
Empoderamiento (37%)
<i>"¡Madre mía, todo lo que ha mejorado mi vida desde que entré!" (B).</i>
<i>"Estoy madurando y ahora mi vida va cogiendo mucho sentido" (B).</i>
<i>"Me quiero salvar, quiero hacer la tesis doctoral, encontrarme a mí misma" (B).</i>
<i>"Quiero ponerme fuerte y con mejor autoestima, estar bien conmigo misma" (B).</i>
<i>"Quiero sentirme con vida, con metas, con sueños y menos depresión" (B).</i>
<i>"Saber estar sola otra vez y volver a encontrarme" (B).</i>
<i>"Voy aprendiendo quién soy y a escucharme" (B).</i>
<i>"He crecido, recuperado mi vida", "Hacerlo todo desde cero, empezar a construirlo todo" (C).</i>
<i>"Salía con fuerza de las sesiones, ganaba autoconfianza" (C).</i>
<i>"Sobre todo quería aprender las herramientas para poder empoderarme como mujer, para ser yo, para tener más autoestima, para quererme, el alcohol no me importaba porque es más fácil dejar de beber que quererte" (C).</i>
Sentimiento de "equipo terapéutico" (14%)
<i>"Confío muchísimo en el programa" (B).</i>
<i>"Porque venir y hablar me ayuda, me hace ver las cosas de distinta manera. A veces me da palo, pero me da tranquilidad venir" (B).</i>
<i>"No me tienen como un monstruo, me siento atendida" (B).</i>
<i>"Aprendizaje, apoyo, ayuda, desahogo y empatía" (B).</i>
<i>"Me gusta hablar con mi terapeuta, es muy fácil hablar con ella" (B).</i>
<i>"Es un espacio para hablar sin que te juzguen, para que escuchen. Me hace daño guardarme las cosas" (B).</i>
Relaciones familiares (14%)
<i>"Quiero ver a mis padres, mi marido y familia" (B).</i>
<i>"Para recuperar a mis hijos, por mis hijos" (B).</i>

2.1.3.2. ¿Cómo te hace SENTIR estar en tratamiento?

A las mujeres que a día de hoy mantienen el tratamiento (bloque B), les solicitamos cumplimentar el PANAS (Escala de afectividad positiva y negativa). Y entre las respuestas destaca que, en un primer lugar expresan sentir aquellas emociones relacionadas con la *motivación interna al cambio* (dispuesta, decidida, interesada, atenta e inspirada), con la *energía positiva* (animada, entusiasmada y orgullosa), así como con la *proactividad* (activa y enérgica). Habiendo puntuado todas estas emociones agradables por encima de la media (puntuaciones entre 3.4 y 4.6), sintiéndolas entre “Bastante” y “Mucho”.

En referencia a las emociones desagradables, parecen estar sintiéndolas “Muy poco”, habiéndolas puntuado entre 1.9 y 2.7 (por debajo de la media=3). Como dato, decir que las emociones derivadas del *miedo* (culpa, intranquilidad, nerviosismo, vergüenza y temor) son las que más peso tienen en comparación con las derivadas del *enfado* (irritada y enojada), que han obtenido la menor puntuación.

Gráfico 10. Emociones que sienten actualmente en tratamiento (bloque B)



¿Has sentido o sentiste deseos de abandonar?

Entre las mujeres que a día de hoy se mantienen en tratamiento, la mitad (49.3%) admite sentir ganas de abandonar, mientras la otra mitad (50.7%) prefiere llegar hasta el final. En la siguiente tabla aparecen las ideas más representativas de una postura y de la otra.

Motivos para desear abandonar (bloque B; 49.3%)
NORMAS: “No soporto las normas”, “Falta de libertad”, “No quiero que me controlen”.
CONFLICTOS: “Me influyen mucho las historias de los demás”, “Por conflictos de convivencia”.
POCO AVANCE: “Muchas veces no veo resultados”, “La duración del tratamiento agota”.
SOLEDAD, NO ENCAJAR: “Por sentirme sola, que no encajo”, “Por sentirme como bicho raro”.
FALTA DE APOYO: “No tengo casa donde vivir y no siento apoyo por los terapeutas. Me parece que pasan de mí o eso me hacen sentir porque no me resuelven nada”.

De entre las mujeres que ya han finalizado su tratamiento (bloque C), un tercio (33.3%) confiesa que sintió ganas de abandonar el recurso, principalmente por sentir que no avanzaban, que el trabajo realizado era insuficiente o por considerar que el grupo al que le habían asignado era machista.

Motivos para desear abandonar (bloque C; 33.3%)
POCO AVANCE: “Sentimiento de que no avanzaba o no servía lo que hacía. No bastaba, no era suficiente. Faltaba algo pero no sé todavía el qué”.
NO ENCAJAR: “La primera semana muy mal en la comunidad terapéutica pensaba que no era mi lugar, mucho chico, sola y tímida. No sabía que pintaba allí”.
BAJA AUTOESTIMA: “El sentirme con la autoestima por los suelos”.
MACHISMO: “Por el machismo imperante en el centro, por el rechazo de los compañeros, porque desde el principio se me dijo que cómo iba vestida, mi forma de sentarme y mi forma de comportarme ante los hombres. Uno llegó a tocarme el culo, fue como una historia de miedo y empecé a pensar en mis hijos y lo mal que lo estaban pasando y me derrumbé. Fueron muchas lloreras nocturnas que tuve que aguantar y así día tras día y cada vez peor”.

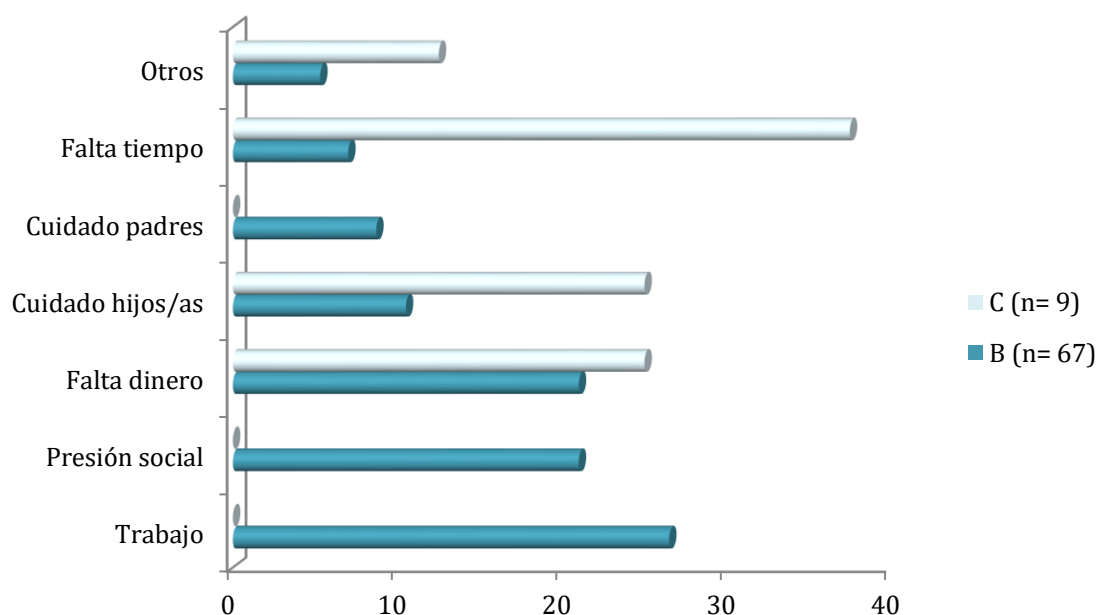
2.1.3.3. ¿Qué DIFICULTADES encuentras/encontraste en tu vida cotidiana para acudir a tratamiento?

La falta de *recursos económicos* y el cuidado de *hijos e hijas* son dos de las dificultades que han tenido o tienen las mujeres que han respondido a esta cuestión. Aunque cuando se les pregunta “¿En el caso de tener criaturas menores desearías tenerlos contigo durante el tratamiento?”, solo un tercio de las madres responde que SÍ. El resto (61%) expresa que “el atender a dos menores, interrumpiría mi proceso personal”.

La gran diferencia en ambos grupos (ver Gráfico 10) ha sido que las mujeres que ya han finalizado consideran, a tiempo vista, que fue la gestión del tiempo lo que peor llevaron. Mientras que para las mujeres que están siendo tratadas en la actualidad, el tiempo no es impedimento en comparación con la *presión social* (“Me costó reconocer a la gente que necesitaba ayuda, por el qué dirán”) o *laboral* (“Me coincide con el horario de trabajo”).

Entre los “otros motivos” se encuentran los desacuerdos en la pareja, la falta de vehículo o, en un caso, la agorafobia.

Gráfico 11. Apoyo recibido por las mujeres (A-B-C) en tratamiento



¿Cómo las superaste?

Ante las dificultades de conciliación familiar, encontraron ayuda dentro de su propia red familiar (“Pedía ayuda a mi madre y hermano”). Mientras que para los problemas de conciliación del tratamiento con el empleo, optaron por “Adecuar las citas a mi horario” o “Sacando tiempo y organizándome como puedo”.

Como ejemplo, se presenta el relato de una mujer que ya ha finalizado su tratamiento:

“Tuve que depender de la familia de mi marido para hacerse turnos para cuidar a mis hijos. Mi suegra, mi cuñada, mi cuñado lo han dado todo para que yo estuviera tranquila y dejara el alcohol y me pusiera bien, cuando mi marido estaba de noche venía mi cuñado a dormir y les daba el desayuno, a la tarde cuando bajaban de la ikastola iba mi suegra con 85 años y les llevaba la merienda y al inglés o lo que les tocara, luego iban a casa e iba mi cuñada para que mi suegra no estuviera tanto tiempo y que no se hiciera de noche para no ir sola, ha sido un esfuerzo de todos, lo cuento y me están saliendo las lágrimas.

¿Cómo superé estas dificultades de conciliación? Pues dando las gracias sinceramente y llorando como una magdalena, y los demás abrazándome también llorando, he sentido que me quieren más de lo que ya imaginaba”.

2.1.3.4. ¿Crees que el tratamiento es adecuado para MUJERES?

La gran mayoría de mujeres de ambos grupos (87.5% de las que han finalizado y 89.5% de las que se mantienen) coinciden en que *Sí se han sentido apoyadas y atendidas* adecuadamente. Incluso que el tratamiento recibido es adecuado para mujeres. Entre las razones más destacadas, el trato profesional recibido y el hecho de que hubiera más mujeres en el grupo de tratamiento.

Motivos para que el tratamiento SÍ sea considerado adecuado para mujeres (88.5%)
<i>PROFESIONALIDAD: “Te ayudan y aconsejan seas mujer u hombre”, “Creo que está bien enfocado a la mujer, a pesar de predominar el hombre”, “Me siento acogida, acompañada, respetada, me encuentro a gusto” (B).</i>
<i>TRATO IGUALITARIO: “Creo que sí, nos tratan a todos igual, por lo menos así me siento yo”, “Creo que vale para mujeres y para los hombres igual”, “Porque he comprobado en persona que es igual para ambos”, “Me siento como una más” (B).</i>
<i>CONVIVENCIA: “En mi caso es tratamiento mixto y creo que es positivo para aprender a convivir (B).</i>
<i>GRUPO TERAPÉUTICO: “Sí, la comunidad, la terapia y terapeutas y algunos compañeros ayudan mucho y levanta la autoestima y a superar la depresión y dejar el alcohol y las ganas de vivir y estar bien” (B).</i>
<i>GRUPO ESPECÍFICO MUJERES: “Porque había grupo de mujeres. Entre tanto hombre hay cosas que no cuentas y gracias a ese grupo nos ayudó mucho”, “Coincidimos 4 mujeres”, “Me gusta trabajar con mujeres” (C).</i>

¿Preferirías ser atendida sólo por mujeres?

A esta pregunta, más de la mitad responden que *NO* y un 34% que les resulta *indiferente*. El resto responde que *SÍ*. Éstas son algunas de las ideas que representarían a los tres tipos de respuestas.

Motivos por los que sería INDIFERENTE el sexo de quien atienda (34%)
<i>“Da igual hombre o mujer siempre que tenga vínculo. Doy por hecho que el profesional acoge y atiende” (B).</i>
<i>“No tengo problema porque me atiendan hombres”, “Hasta el ginecólogo me da igual” (B).</i>
<i>“Es cuestión de cómo te traten, no es cuestión de géneros ni sexos” (C).</i>
Motivos por los que SÍ preferiría ser atendida solo por mujeres (12%)
<i>“Hay cosas muy fuertes que no se puede contar a hombres, no me fío” (B).</i>
<i>“Con una mujer se debe entender mejor, se supone” (B).</i>
<i>“Muchas veces hemos sufrido violencia o maltrato por parte de hombres y eso no se puede tratar igual con hombres” (C).</i>
<i>“Hay cosas que a hombres no cuento, no siento confianza para contarlo, después tendría que pedir un coloquio a una mujer” (C).</i>

Como mujer, ¿Sientes que alguna de tus necesidades no está atendida?

Más de la mitad de las mujeres de ambos grupos (63%) *prefiere no mencionar ni expresar sus necesidades*, sobre todo las que aún continúan en tratamiento. Sin embargo, un grupo de mujeres (37%), tanto las que se mantienen como las que finalizaron, afirma que Sí tiene necesidades que no han sido atendidas o no están siendo tenidas en cuenta.

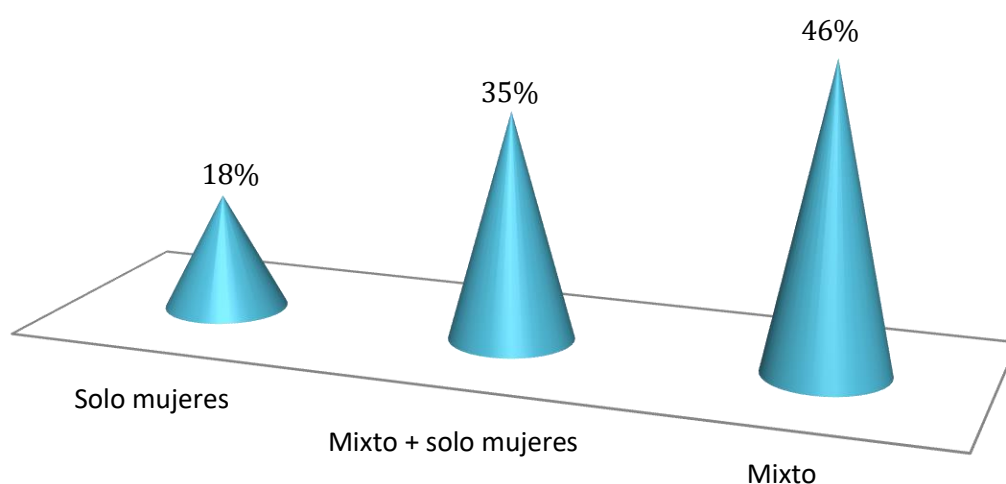
De entre las que dicen que Sí, señalan sobre todo la necesidad de “Ayuda psicológica y judicial para las mujeres maltratadas y violadas”. Así como el aumento de grupos de solo mujeres, sin la presencia de los hombres, al menos en las fases iniciales del tratamiento. Otra de las necesidades planteadas tiene que ver con un “Aumento de actividades de ocio y ocupacionales”, y como no, más tiempo para “contactar con la familia”, puesto que las que realizan tratamiento en comunidades terapéuticas son las que más echan en falta a sus hijos y/o hijas.

Ayuda psico-judicial para mujeres víctimas de violencia de género (33%)
<i>“He tenido una amenaza de mi ex y no sé cómo actuar, no sé qué tengo que hacer. No saben dónde tengo que acudir ni opciones judiciales. No se pueden tratar cosas de mujeres, solo temas de convivencia” (B).</i>
Grupos específico de mujeres (37%)
<i>“Echo de menos a mis compañeras mujeres”, “Más intimidad”, “Más actividades para las chicas” (B).</i>
<i>“Hay mucho machista suelto y no te puedes soltar. Esos espacios de mujeres ayudan” (B).</i>
<i>“La ratio de mujeres y hombres debería ser más igualitario”, “Presencia equitativa de hombres y mujeres” (C).</i>
<i>“Las relaciones entre sexos diferentes se suelen limitar a lo sexual-afectivo. Se habla de temas más personales con personas del mismo sexo” (C).</i>
<i>“Facilitar que haya más mujeres, no sé, como testimonios reales de otras mujeres que hayan pasado por lo que estamos sufriendo” (C).</i>
Aumento de actividades ocupacionales (21%)
<i>“Talleres para potenciar nuestra creatividad, que las residentes hiciéramos cosas para compartir con mujeres de otros centros” (B).</i>
<i>“Más actividades, el trabajo que se hacía, excepto en cocina, era mínimo y cuando entrabas ellos mismos te decían que no trabajarás mucho que luego te hacían trabajar, yo necesitaba actividad, aprovechando los montes que había sí que haría buenas pateadas por el monte. También eché en falta cariño, mucho cariño, yo estaba muy vulnerable y era el mejor momento para rematarme cosa que hicieron algunos con gusto” (C).</i>
<i>“Propongo espacio de mujeres, que no sea solo terapia, algo más ocupacional. Para crear un clima cómodo no la terapéutica sino algo más desenfadado” (C).</i>
Mayor contacto con la familia (9%)
<i>“Más humanidad, más contacto con la familia” (B).</i>
<i>“Más visitas o por lo menos el móvil para llamarles” (B).</i>

¿Preferirías ser atendida en tratamientos específicos para mujeres?

Ante esta pregunta, prácticamente la mitad de las mujeres respondientes indican su preferencia por “Grupos mixtos sin grupo específico de mujeres”. Un tercio añadiría a los grupos mixtos, espacios específicos de solo mujeres. Mientras que un 18% reconoce que no quiere participar en grupos mixtos y que prefiere realizar solo círculos terapéuticos entre mujeres.

Gráfico 12. Preferencia sobre la composición del grupo terapéutico



Motivos para preferir grupos de SOLO MUJERES (18%)
TRATO NO IGUALITARIO: “Estamos señaladas, nosotras tenemos que cuidarnos y ellos hacen lo que les da la gana, hacen chistes desagradables y nosotras tenemos que tener cuidado. Se nos exige más” (B).
VERGÜENZA, ESTIGMA: “Primero haría asociación solo de mujeres, que si no no van, porque cuando tenemos adicción nos da vergüenza pedir ayuda. Después cuando tengamos fuerza y haya menos estigma pues ya nos juntaremos con hombres” (B).
INVISIBILIDAD: “Llegué de un mundo de hombres machista con una educación machista aquí, y vi que seguían haciéndome sentir invisible y diferente” (C).
MACHISMO: “Como soy atractiva tengo que actuar de otra manera, tengo que apagarme y además tengo que integrarme y además tengo que seguir el programa, creo que es un tratamiento y un centro muy machista” (C).
ACTITUDES SEDUCTORAS: “Algunos tienen actitudes de seducción o maternales hacia las mujeres del grupo”, “Los comentarios sobre las mujeres por parte de alguno de los hombres era bastante desagradable” (B).

2.1.3.5. ¿Cómo es o ha sido tu convivencia con el resto de miembros de la COMUNIDAD TERAPÉUTICA?

Antes de nada, decir que cuando les preguntamos si prefieren tratamiento residencial o ambulatorio, la opción más elegida por ambos grupos de mujeres ha sido el *tratamiento residencial* (66.6%), ya que aun reconociendo que es más duro e intenso, consideran que es la opción más eficaz si se quiere salir con las habilidades necesarias para funcionar sola en la calle. A su vez, muchas consideran que el tratamiento no les sería suficiente.

Motivos para preferir tratamiento residencial (66.6%)
"Si no tendría hijos/as valoraría realizar el tratamiento en una comunidad terapéutica" (B).
"Residencial hasta cumplir objetivos, después ambulatorio para seguimiento" (B).
"Residencial sin duda, porque yo necesitaba más contención" (B).

¿Has tenido algún problema con algún HOMBRE de tu grupo de tratamiento?

Tal y como se puede apreciar en la tabla, son las mujeres que ya han finalizado su tratamiento (bloque C) quienes en mayor medida se han pronunciado sobre esta pregunta, destacando entre las diferentes problemáticas, aquellas relacionadas con las conductas seductoras y/o intentos de sus compañeros para ligar con alguna de ellas. Las mujeres del bloque "C" añaden a esa conducta, otro problema relacionado con la falta de confianza que perciben hacia ellos, así como que notan que no les hablan a ellas igual que a ellos.

Con respecto a los hombres terapeutas, solo 11 mujeres de 76, han mencionado alguna idea asociada al malestar hacia ellos.

	Mujeres del bloque B (n= 67)		Mujeres del bloque C (n= 9)	
	Compañeros hombres	Terapeutas hombres	Compañeros hombres	Terapeutas hombres
NS/NC	73%	86.5%	22.2%	66.7%
SÍ	27%	13.5%	77.8%	33.3%
Son autoritarios	n= 2	n= 2	n= 4	--
No saben escuchar	n= 5	n= 1	n= 4	n= 1
No confianza	n= 7	n= 3	n= 3	--
No me entienden	n= 2	--	n= 1	--
No me hablan	n= 6	n= 2	n= 3	n= 2
Son agresivos	--	--	n= 4	--
Ligan, seducen	n= 9	--	n= 5	--
Bromas	n= 6	--	n= 3	--

¿Has tenido algún problema con alguna MUJER de tu grupo de tratamiento?

Manteniendo la misma tabla, destacamos las mujeres que ya han finalizado su tratamiento son quienes más han opinado sobre algo sucedido con sus compañeras, destacando que “alguna no sabe escuchar y no para de hablar acaparando la atención del grupo”. Mientras que las que están actualmente en algún recurso vuelven a mencionar la falta de confianza que sienten también hacia ellas.

Con respecto a su opinión sobre las mujeres terapeutas, decir que han sido 14 participantes quienes han mencionado algún malestar en este sentido, indicando que son “figura de autoridad”.

	Mujeres del bloque B (n= 67)		Mujeres del bloque C (n= 9)	
	Compañeras mujeres	Terapeutas mujeres	Compañeras mujeres	Terapeutas mujeres
NS/NC	<u>83.6%</u>	<u>92.5%</u>	22.2%	<u>77.8%</u>
SÍ	16.4%	7.5%	<u>77.8%</u>	22.2%
Son autoritarios	n= 3	n= 3	n= 2	n= 2
No saben escuchar	n= 2	n= 2	<u>n= 4</u>	--
No confianza	<u>n= 6</u>	n= 3	--	--
No me entienden	n= 2	n= 2	n= 1	--
No me hablan	n= 2	n= 1	n= 2	n= 1
Son agresivos	--	--	n= 1	--
Ligan, seducen	--	--	--	--
Bromas	--	--	n= 1	--

2.1.4. DIFICULTADES para acceder al tratamiento

En este último bloque referido a los obstáculos y/o resistencias para acceder a un tratamiento, se tendrán en cuenta las opiniones proporcionadas por las 35 mujeres que si bien muestran tener problemas con el consumo, no han accedido a ningún recurso. Veremos pues, si se han planteado dejar el consumo alguna vez y si lo han hecho, qué dificultades se han encontrado en el camino.

2.1.4.1. Mujeres que se han planteado DEJAR DE CONSUMIR (74.3%)

Un 74.3% de las mujeres (n= 26) responde que *Sí se han planteado dejar el consumo* alguna vez y de ellas solo 3 han reconocido haber pedido ayuda, mientras que la gran mayoría (n= 23) *no han solicitado ayuda* ni haber realizado ningún tratamiento previo para tratar el tema del consumo.

Pero, ¿por qué no han pedido ayuda? Un tercio (35.7%) por no tener conciencia de que se trata de una adicción, así como por considerar que podrán afrontarlo solas (35.7%). Y hay quien indica tener falta de motivación (14.3%) *“todavía no me he puesto seria, es que me faltan ganas para dejarlo”*, incluso vergüenza (14.3%).

La siguiente tabla muestra las respuestas/razones que han dado todas estas mujeres.

Sí han solicitado ayuda (11.5%, n=3)	NO han solicitado ayuda (88.5%, n= 23)
<i>“Imposibilidad de hacerlo yo misma” (n= 1).</i>	<i>“Consumía alcohol ocasionalmente, pero ya nada”, “No es problemático, es ocasional” (35.7%).</i>
<i>“Porque sentía que se me estaba escapando de las manos el beber” (n= 1).</i>	<i>“Tengo la esperanza de dejarlo por mi cuenta”, “Si no quiero beber, no tengo problema para no beber” (35.7%).</i>
<i>“Porque quería dejar de consumir, mi madre siempre me ha presionado, pero sola me costaba” (n= 1).</i>	<i>“En el fondo no tengo muchas ganas de plantearme dejarlo” (14.3%).</i>
	<i>“Mi familia no lo sabe y me da vergüenza decírselo, me limitan creencias mías” (14.3%).</i>

De estas mujeres solo 3 mujeres indican que ya tuvieron un tratamiento previo y que no vivieron una buena experiencia con opiniones como éstas: *“Ni notar”, “Fue mala la vivencia”, “Fui expulsada de un recurso por alborotar un grupo mayoritariamente de hombres, fue más cómodo echarme a mí para poder seguir trabajando con ellos”*.

2.1.4.2. Mujeres que NO se han planteado DEJAR DE CONSUMIR (25.7%)

La cuarta parte de las mujeres incluidas en el bloque D, reconoce no haberse planteado dejar de consumir, pero ¿Qué razón puede mantenerles en él?

Motivos para mantener el consumo (n= 9)
VIDA SOCIAL TÓXICA (38.5%): “Pues la droga va con la fiesta y con mis amigos/as”, “Salgo por ahí y me evade de la mierda de vida que considero que tengo”, “En mi caso está totalmente vinculado a mi contexto social”.
ADICCIÓN PLACENTERA (30.5%): “Me gusta”, “Es puro vicio”, “Me engancha beber”.
CONSUMO PUNTUAL (23%): “No consumo muy frecuentemente”, “Lo he dejado sin problemas en momentos puntuales por obligación o porque me apetecía”.
FALTA DE VOLUNTAD (8%): “Me han solido faltar ganas de dejarlo”, “Por falta de voluntad”.

¿Qué necesitarías para poder dejarlo?

Ante las respuestas proporcionadas a esta cuestión, destaca la falta de motivación, autoconfianza y/o *fuerza de voluntad* (46.6%). En segundo lugar, mencionan ideas relacionadas con la necesidad de *ayuda* (20%) o que un *contexto más sano* les facilitaría la transición al cambio (33.3%), ya que parece que rodearse con personas con *hábitos de vida* sanos les podría hacer cambiar de parecer.

Motivos para dejar el consumo (n= 9)
FUERZA DE VOLUNTAD (46.6%): “Un buen motivo para vivir”, “Confiar en mí misma”, “Quererlo de verdad”, “Que llegue el momento en el que tenga la fuerza de verdad para querer cambiar”.
CONTEXTO SANO (33.3%): “Tener un contexto social alternativo”, “Tener gente que me anime a hacer otros planes que no incluyan el beber y las farras”, “Me parece importante cambiar el entorno y los hábitos sociales, pero resulta casi imposible porque beber, por ejemplo, está muy normalizado y bien visto en la sociedad”.
AYUDA (20%): “Alguien comprensiva que me acompañe”, “Un poco de ayuda, sobre todo en los momentos más duros”.

2.1.4.3. ¿Qué te hace SENTIR pedir ayuda?

Esta pregunta ha sido planteada a la totalidad del bloque D, es decir a las 35 mujeres que si bien identifican signos de drogadicción, no están recibiendo tratamiento alguno para dejar el consumo. En este caso, no les hemos preguntado por la intensidad en la que sienten cada emoción, sino por la emoción que más predomina cuando se les plantea la opción de solicitar ayuda. Y tal y como se puede apreciar en el siguiente gráfico (ver Gráfico 13), es la **vergüenza** (32.3%) la emoción social que más han mencionado, sobre todo por el estigma social que rodea a *“Que sea una mujer la que se pase con el alcohol”*, ya que eso *“No está bien visto ni en mi familia ni en el pueblo en el que vivo”*.

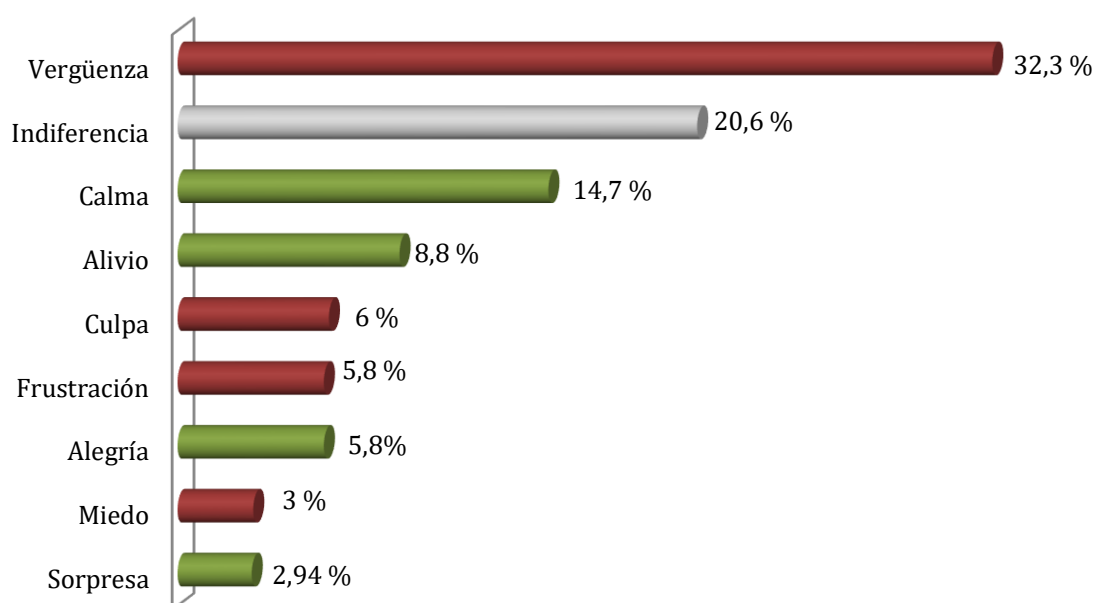
La quinta parte (20.06%) de las respondientes expresa su **indiferencia**, sin llegar a conectar con el sentimiento que les supone la idea de acudir a familiares o a amistades o a pedir ayuda.

Las emociones asociadas a la energía placentera (**alegría**) han sido elegidas por otro tercio de las mujeres (32.24%), mostrando que les hace sentir bien la idea de acudir a alguien para finalizar con algo que les está haciendo sufrir. Así, indican calma (14.7%), alivio (8.8%) y, en menor medida, alegría (5.8%) y sorpresa (2.9%).

La culpa y el **miedo** son mencionados por el 9% de las mujeres, indicando que *“No vaya a ser que lo empeore todo otra vez o que vaya a molestar a nadie, con todo lo que ya les he hecho pasar”* (culpa 6%) o que *“Todo lo nuevo asusta y cuesta salir de lo que ya tenemos”* (miedo 3%).

Por último, la presencia de la frustración también aparece en una parte pequeña del grupo (5.8%) y tiene que ver con la impotencia de *“No poder conseguirlo por mí misma”* o el enfado hacia *“Mi madre no me deja en paz, me presiona mucho para que vaya a algún sitio”*.

Gráfico 13. Emociones asociadas al hecho de solicitar ayuda



2.2. Resultados sobre el colectivo de profesionales

2.2.1. Situación actual de mujeres con drogodependencias que ACCEDEN al sistema

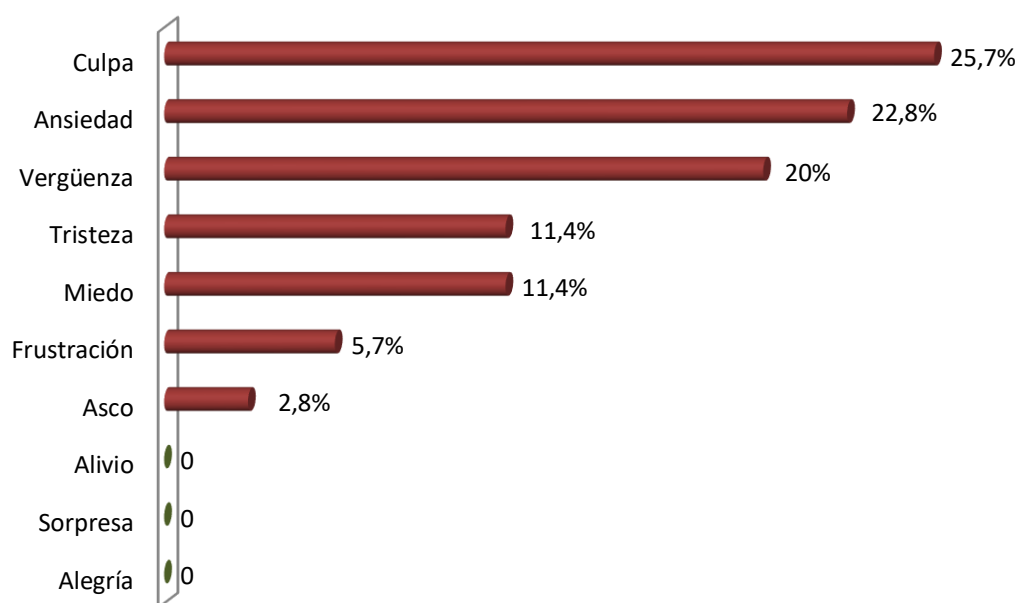
Para conocer de cerca la situación que viven las mujeres con drogodependencias que actualmente están en tratamiento, hemos contado con las respuestas de 35 profesionales socio-sanitarias/os que trabajan a diario DENTRO de algún dispositivo de tratamiento específico de adicciones, de las cuales el 77.1% son mujeres. A partir de ahora nos referiremos a profesionales que trabajan dentro de los dispositivos de tratamiento de adicciones como “DENTRO” y a profesionales que trabajan en contacto directo con mujeres que presentan adicciones pero no trabajan dentro de los dispositivos específicos de tratamiento de adicciones como “FUERA”.

2.2.1.1. ¿Con qué EMOCIÓN principal percibes que llegan las mujeres al recurso donde trabajas?

Del listado de emociones que puede visualizarse en el Gráfico 14, las profesionales socio-sanitarias consideraron que las tres emociones que más sienten las mujeres con drogodependencias al llegar al recurso son la *culpa*, la *ansiedad* y la *vergüenza*. Estando las tres asociadas estrechamente a la energía emocional del miedo: Miedo a fallar en algo o a alguien (culpa), Miedos anticipatorios con respecto al futuro (ansiedad), y Miedo a no ser aceptada como persona (vergüenza).

La *tristeza* y la *frustración* también aparecen, aunque en menor proporción. Y aquellas emociones asociadas a la energía de la alegría (alivio, sorpresa y alegría) no han sido mencionadas ni una sola vez.

Gráfico 14. Emociones de las mujeres con drogodependencias que son percibidas por profesionales



2.2.1.2. ¿Presentan ACOMPAÑAMIENTO las mujeres que llegan al recurso donde trabajan?

El 80% de profesionales indica que las mujeres *Sí acuden acompañadas al recurso* y, en general, valoran este hecho como un factor protector de cara a que la usuaria se mantenga en tratamiento (48.5% de las ideas mencionadas), así como para facilitar el proceso de recuperación. Aunque de todas las opiniones compartidas, el 29% guardan relación con los factores de riesgo que subyacen al propio acompañamiento. Por último, hay profesionales (22.5%) que mencionan que, en ocasiones, el apoyo es más asistencial (de llevarles y recogerles) que emocional (de escucha activa y comprensión empática).

Alguna profesional añade que para hacer frente a los factores de riesgo que puede suponer un/a acompañante, *“Es necesario trabajar dichos apoyos para que ayuden emocionalmente y disminuya la presión, y la culpa que muchas veces ejercen sobre la mujer con problemas”*.

Apoyo como factor protector (48.5%)
<i>FACILITA LA RECUPERACIÓN: “Considero muy importante el apoyo, porque sin ellos tienen más dificultades para recuperarse”.</i>
<i>ACOMPAÑA Y SOSTIENE: “Muy positivo para que se sientan arropadas a nivel social y familiar”, “Muchas veces vienen acompañadas por la familia y otras veces por los servicios sociales y ayuda mucho tener una red que sostenga”.</i>
<i>IMPULSA EL ACCESO: “Muchas veces que alguien les empuje ayuda a que entren”, “El contar con red de apoyo facilita algunos aspectos del tratamiento durante el ingreso”</i>
<i>APORTAN INFORMACIÓN: “Es de gran ayuda para paciente y terapeuta que alguien del entorno del paciente aporte información y apoyo”.</i>
<i>MADRES: “Fundamental en el caso de chicas adolescentes”, “Cuando hablamos de familiares, muchas veces hablamos de madres”</i>
Apoyo como factor de riesgo (29%)
<i>PRESIÓN FAMILIAR: “En el caso de padres, con mucha presión”.</i>
<i>CULPABILIZANTE: “Tienden a culpabilizarlas de todos los problemas familiares que existen”.</i>
<i>BOICOTEAR ACCESO: “En otras muchas ocasiones boicotean el acceso de la usuaria al tratamiento”.</i>
<i>SIN CONTENCIÓN EMOCIONAL: “El apoyo que suelen recibir es asistencial. Les llevan y les van a buscar y les acogen en casa. No tienen apoyo emocional”.</i>
<i>TÓXICO: “En muchas ocasiones el apoyo es tóxico”, “En algunos casos él sigue bebiendo en casa mientras acompañan a ellas a tratamiento”.</i>

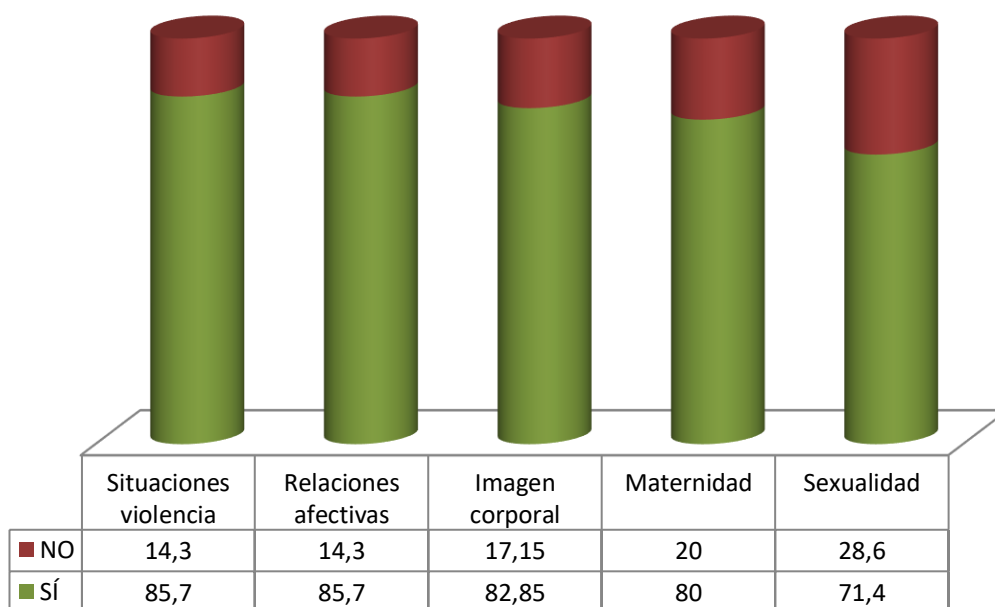
Apoyo deficiente (22.5%)
<i>ESCASO: “Es escaso, cuando lo hay, la mujer generalmente tiene menos apoyo familiar y social”, “Es más escaso que en caso de los varones a quienes les acompañan sus madres y/o parejas mujeres”.</i>
<i>SIN IMPLICACIÓN: “Algunas mujeres tienen pareja, aunque la implicación de ésta en el tratamiento suele ser muy poca o nula. Los padres y las madres de estas mujeres no aparecen, no están. Alguna vez aparecen hermanas o amigas de las mujeres usuarias acompañando al proceso”.</i>
<i>SUPERFICIAL: “Más bien flojo”, “Muchas veces no es un apoyo de calidad”, “En el caso de parejas es más formal que real”.</i>
<i>INTERMITENTE: “No siempre vienen acompañadas, hay días que sí días que no”.</i>

2.2.1.3. Diseño actual de los RECURSOS DE TRATAMIENTO de adicciones

Contenidos que se trabajan

Tal y como podemos apreciar en el gráfico, la gran mayoría de profesionales (más del 70%) indica que en su trabajo con mujeres con drogodependencias se tratan temas relacionados con: 1) Situaciones de *violencia machista* en la pareja, 2) Problemas y/o malestar en las *relaciones* afectivas, 3) Cuestiones asociadas al rechazo de la propia *imagen corporal* o al anhelo por seguir los cánones de belleza establecidos a nivel social, 4) La *maternidad* y los sentimientos asociados a ésta (por ser madre y por no ser madre), y 5) La búsqueda de una *sexualidad* más placentera y saludable.

Gráfico 15. Contenidos que se trabajan en los recursos con las mujeres

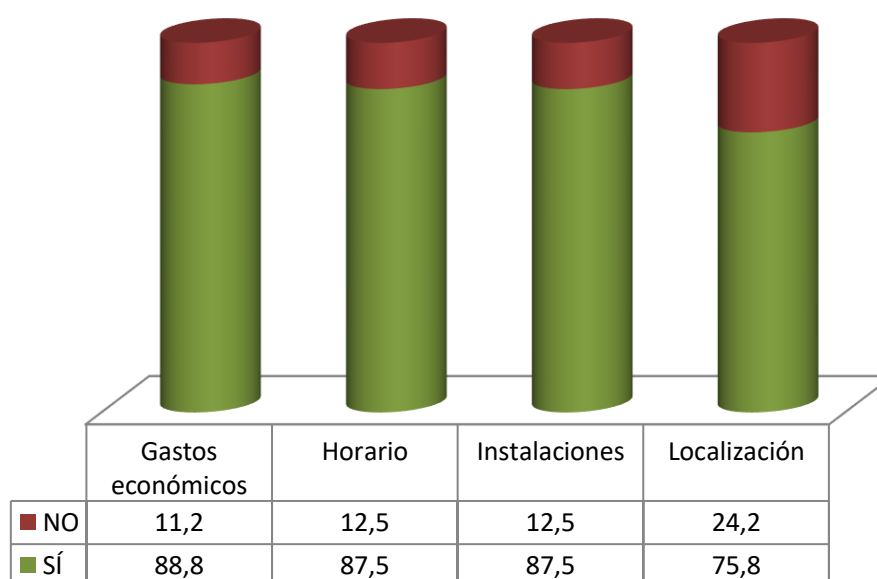


Aspectos formales

Con respecto a los aspectos formales que podrían facilitar el acceso y el mantenimiento de mujeres a tratamiento, destacan su *asequibilidad* a nivel económico, el *horario* adaptado a cada grupo, la calidad de las *instalaciones* y su *localización*/ubicación.

Cuando se les pregunta sobre si ¿Creen que debería cambiar algo formal del recurso donde trabajan?, hay quien se queja de que *“Las instalaciones están muy limitadas”* (n= 5) o incluso de que *“Habría que facilitar la accesibilidad al transporte público para poder acudir al centro”*. También es objeto de ser mejorable el horario (n= 9): *“Probablemente un horario más continuado de mañana y tarde facilitaría el acceso”*. Dos profesionales solicitan *“Añadir un recurso donde poder dormir en caso de urgencia, así como una atención telefónica de emergencias”*. Y otras dos diferentes añaden que *“Se debería mejorar la coordinación con recursos específicos de atención”* porque *“Creo que los centros de adicciones deberían estar más integrados con los centros de salud mental”*.

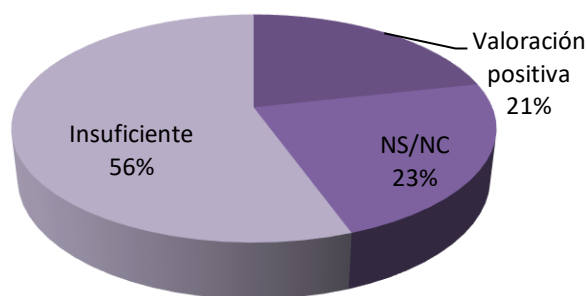
Gráfico 16. Aspectos formales de los recursos de tratamiento con mujeres



Y desde fuera, ¿Cómo se valora el diseño actual de los recursos de tratamiento de adicciones?

En este estudio también se ha querido tener en cuenta la opinión que tiene el colectivo de profesionales que no se dedican específicamente al tratamiento de adicciones (n= 61). Así, una cuarta parte de profesionales (23%) *desconoce el diseño actual* de estos recursos por lo que prefiere no mostrar su opinión, mientras que un 21% muestra una *valoración positiva* considerando que han evolucionado favorablemente. A modo ilustrativo, una profesional indica que *“Llevan a cabo un buen trabajo integral y me parece positivo que estén enmarcados dentro de la red sanitaria”*.

Gráfico 17. Opinión de profesionales que trabajan “fuera” de los dispositivos de tratamiento específico de adicciones



Ahora bien, algo más de la mitad (56%) considera *insuficiente* el servicio que se está ofreciendo desde los recursos de la CAPV, subrayando tres aspectos de mejora: 1) La relevancia de incluir formación, investigación y tratamiento con *perspectiva de género*, 2) La necesidad de ofrecer un *servicio integral* que incluya articular diferentes recursos y enfoque multidisciplinar del abordaje, más allá de la reducción de la sintomatología, y 3) Mejorar la *accesibilidad* al recurso y visibilización de los servicios. Veamos en la siguiente tabla algunas de las propuestas de mejora expresadas.

Perspectiva de género (n= 14)
<i>INCLUIR PERSPECTIVA DE GÉNERO: “Creo que los recursos de tratamiento en general no contemplan la variable género en sus propuestas de tratamiento y esa es una de las razones (no la única) del poco éxito terapéutico con las mujeres”; “Debería tener una perspectiva de género en la planificación, diseño y ejecución”.</i>
<i>IR MÁS ALLÁ DEL MODELO MASCULINO: “Ha sido útil hasta ahora, pero ha quedado obsoleto...”, “Actualmente resulta deficitario, sexista, masculinizado, hegemónico”, “Tengo la sensación de que todavía el foco se pone en el hombre, sobre todo en los tratamientos residenciales, las madres no podrían ir por temas de conciliación o sentimientos de abandono”.</i>
<i>TENER EN CUENTA EL CONTEXTO DE LAS MUJERES: “Me temo que tienen poco en cuenta la realidad de las mujeres”, “P.e. madres jóvenes que deberían acudir a lugares más cerca de sus hogares”, “Creo que tampoco se tienen en cuenta ni las cargas familiares que tienen las mujeres, ni la estructura del centro, que siendo mayoritariamente hombres, eso puede hacer que las mujeres no se sientan cómodas en el servicio”.</i>
<i>TENER EN CUENTA VARIABLES DE CONSUMO DE LAS MUJERES: “Es necesario que se tengan en cuenta las características personales y los patrones de consumo de las mujeres”.</i>
<i>MEJORAR IMPLICACIÓN DEL APOYO: “Lo que resulta complicado es el grado de implicación que se pide a la familia, que en general está trabajando”.</i>
Servicio terapéutico integral (n= 6)
<i>AÑADIR PROFESIONALES EN CSM: “Me parece que falta más recurso de tiempo y psicólogos especializados en adicciones en el centro de salud mental”.</i>
<i>ABORDAJE INTEGRAL: “No se puede tratar a una persona con adicción solo desde los recursos diseñados para personas con adicciones. Hay que ir más allá hay que intervenir de forma</i>

integral y dar acceso a otras intervenciones, y recursos. Trabajar más coordinadamente evitando los recursos estancos de intervenciones”.

PERSPECTIVA COMUNITARIA: “Falta una perspectiva comunitaria de verdad, así como una de participación social real”, “Es importante un acompañamiento en el proceso y sobre todo articular recursos para que se puedan sostener sin consumir una vez terminado el tratamiento: vivienda, empleo, renta...”.

SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO A POSTERIORI: “Articular recursos para trabajar en la reducción de consumos y en la reducción de daños teniendo en cuenta que hay mujeres que van a necesitar esta atención el resto de sus vidas”, “El reto está en dar recursos para empoderar a las mujeres y otorgar autonomía para el mantenimiento tras superar la adicción”.

Accesibilidad y visibilización (n= 4)

DESCENTRALIZAR: “Demasiado centralizado en las capitales dejando zonas totalmente desatendidas”, “Sería interesante llevar a cabo acompañamientos en el exterior, fuera de despachos y ambulatorios cerrados, poder ofrecer apoyo también en un medio abierto, en su vida real, ofreciendo alternativas en sus momentos cotidianos de mayor vulnerabilidad”.

DAR A CONOCER RECURSOS: “El acceso es difícil, desde los servicios sociales de base no existe mucho contacto y conocimiento sobre recursos”.

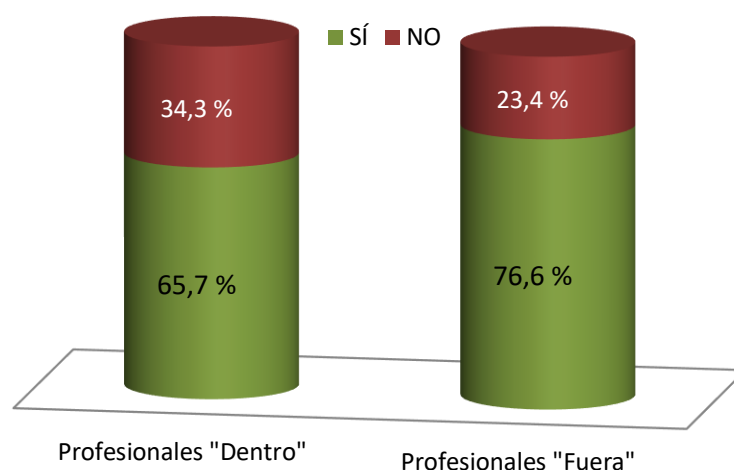
COORDINACIÓN ENTRE RECURSOS: “Existe poca coordinación entre esos recursos y otros recursos que conocen o tratan a esa persona (servicios sociales, ambulatorio....), tengo dudas de que conozcamos lo que hay”.

CONOCIMIENTO DE NECESIDADES EN HOGARES: “Me llama mucho la atención la tardanza en las respuestas ante necesidades de hogares de apoyo para la realización del tratamiento”.

2.2.1.4. Las y los profesionales ¿han recibido FORMACIÓN EN GÉNERO o teorías feministas?

De la totalidad de profesionales participantes en este estudio (n= 96), un 71.15% (n= 70) *afirma haber recibido formación en género* o haberse informado sobre teorías feministas, entre otras, aquellas asociadas a la salud mental. Esta tasa es algo inferior en la submuestra que trabaja dentro del sistema de atención a adicciones (65.7%), en comparación con un 76.6% de profesionales que trabajan fuera de este sistema.

Gráfico 18. Porcentaje de profesionales que han recibido formación en género



De la totalidad que ha recibido formación en género (n= 70), el 86.7% afirma que la formación en perspectiva de género recibida *le ha resultado útil* para el desempeño de su trabajo actual. Las modalidades van desde las más formales (Máster en Estudios Feministas, Máster en Intervención en violencia contra las mujeres y/o Intervención en adicciones con perspectiva de género), hasta otras menos formales como charlas, talleres, jornadas y cursos organizados desde entidades como Gizonduz, Jabetuz, Osakidetza, UPV/EHU, Emakunde o Instituto Vasco Gestalt. Asimismo, muchas han mencionado invertir su tiempo en lecturas relacionadas con el feminismo y/o la salud mental en mujeres.

Del resto que no han recibido ninguna formación ni acudido a charlas asociadas a la temática, la práctica totalidad (91.42%) considera que *Sí es necesario* tener formación al respecto.

En referencia a la perspectiva de género, ¿Qué cambiarías o mejoras propondrías en el diseño de recursos que trabajan con mujeres drogodependientes?

Teniendo en cuenta la relevancia otorgada a la perspectiva de género, preguntamos a la totalidad de profesionales (n= 96) sobre ¿Qué cambiarías o mejoras propondrías en el diseño del recurso?

La propuesta de mejora más mencionada en ambos grupos de profesionales tiene que ver con que se necesita más *formación en género* (29.8%). En segundo lugar, las ideas que más expresan guardan relación tanto con las herramientas específicas para el *empoderamiento de las mujeres* (17.7%), como con generar grupos de hombres para trabajar *masculinidades con perspectiva de género* (13.25%). En tercer lugar, un aspecto a mejorar que también ha sido mencionado, aunque en menor proporción, ha sido el de generar *redes de trabajo* para cubrir necesidades específicas de las mujeres (12.7%), así como la importancia de *sensibilizar y visibilizar* a la ciudadanía sobre la problemática (personal y social) que rodea a una mujer con drogodependencia (11.6%). En un último bloque se recogerían ideas menos mencionadas, pero no por ello menos relevantes. Son las relacionadas con *formación sistémica* (5.5%), formación específica en *adicciones* (5%) y con mayor *investigación* sobre mujeres y adicciones (4.4%).

En el Gráfico se diferencia el porcentaje de ideas mencionadas en cada subgrupo. Destacando en el grupo de profesionales que trabajan con adicciones (“Dentro”), la necesidad de dar un paso más allá y de incluir el trabajo específico de nuevas masculinidades, así como formación en el enfoque sistémico (Terapia de Familia y/o de Pareja). Mientras que las/os profesionales que trabajan “fuera” de los dispositivos específicos de adicciones, solicitan mayor formación en drogadicciones y/o en género.

Gráfico 19. Porcentaje de propuestas de mejora asociadas con la perspectiva de género, divididas en base a la submuestra de profesionales (“dentro” y “fuera”)



Las propuestas de mejora más significativas así como sus frecuencias totales se muestran en la siguiente tabla.

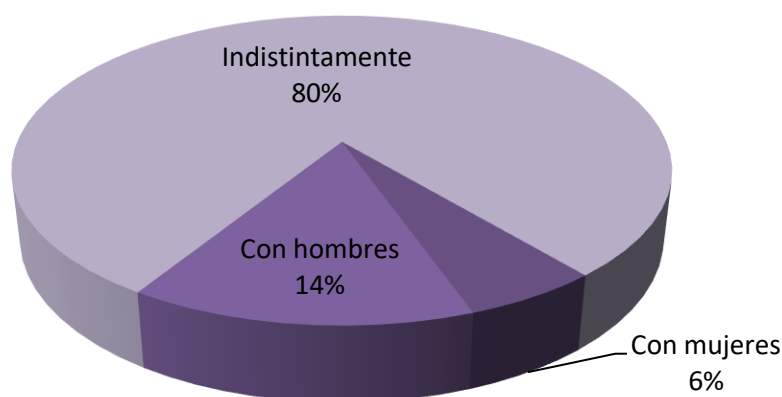
Más formación en género aplicado a adicciones (n=54 ideas)
<i>“Estaría bien recibir más formación en cuestión de género y adaptado a la temática de las drogadicciones” (ambas).</i>
<i>“Mayor especialización en adicciones y género, tanto en el tratamiento como en la prevención, además, sería interesante cruzarlo con variable edad” (ambas).</i>
<i>“Es necesario cambiar el modelo de atención a la mujer. Es necesaria la formación para todos aquellos profesionales que están interactuando con mujeres, para que sean conscientes de las dificultades que tienen las mujeres y que integren esta perspectiva de género en sus intervenciones” (fuera).</i>
Formación en nuevas masculinidades (n= 24 ideas)
<i>“Trabajar también con los pacientes hombres, formación en masculinidades” (dentro).</i>
<i>“Que un terapeuta hombre pueda ver mujeres desde este nuevo prisma, que se ponga en marcha la atención en grupo” (dentro).</i>
Herramientas específicas para el empoderamiento de la mujer (n= 32 ideas)
<i>“Instaurar un trabajo potente con mujeres, que las ayude a empoderarse de cara a afrontar su vida y a sanar su relación con la adicción” (dentro).</i>
<i>“Empoderamiento para ser sujeto activo de sus propias vidas, conocimiento de los riesgos específicos de las drogas en ellas, folletos informativos en distintos idiomas de los recursos existentes, teléfonos anónimos 24 horas para consultas relacionadas con el tema” (fuera).</i>
<i>“Por favor, tenemos que ofrecer grupos de solo mujeres... Y si es para cada tipo de adicción mejor” (ambas).</i>
Trabajo en red para cubrir necesidades específicas de cada mujer (n= 23 ideas)
<i>“Mejorar el trabajo en red con los recursos comunitarios y trabajar con mayor coordinación, p.e con profesionales que trabajan con casos de violencia de género” (dentro).</i>
<i>“Dotar de recursos residenciales de medio/largo plazo con equipos profesionales de distintos ámbitos (Psicológico, médico, social, derecho, educacional...) y nacionalidades distintas, garantizando la diversidad sexual y con formación en género todas las personas y en todas las fases de los proyectos: contextualización, planificación, ejecución, intervención, evaluación” (fuera).</i>
<i>“Articular los recursos para agilizar que puedan ser atendidas inmediatamente sin esperar listas de espera, para no incrementar su daño y dar una respuesta más efectiva, p.e. en el cuidado de sus hijos, dificultades económicas... y que haya psicólogas en todos los equipos” (fuera).</i>

Sensibilización y visibilización social (n= 21 ideas)
<i>“Difundir más y mejor la información sobre los recursos y que no se castigue tanto a las mujeres que tengan problemas con alguna droga” (ambas).</i>
<i>“Tenemos que trabajar más para ir sanando esta ideología enferma, erradicar el machismo que tanto nos daña, y sobre todo, enferma a las mujeres que acuden a nuestros recursos”.</i>
Formación en Terapia Sistémica Familiar y de Pareja (n= 10 ideas)
<i>“Importante trabajar con las familias y parejas para que se permita el cambio de rol y le permitan ponerse en otro lugar, se le escuche y tenga una mirada desde un lugar diferente” (ambas).</i>
Formación en adicciones (n= 8 ideas)
<i>“Atención a otro tipo de dependencias como compras compulsivas o tarot” (fuera).</i>
Mayor investigación sobre mujeres, salud y dependencias (n= 8 ideas)
<i>“Falta investigación en esta materia y es por ello que echamos en falta más herramientas y maneras para invitar a mujeres que lo necesiten a que vengan a recibir ayuda” (ambas).</i>
Reflexión final de una profesional (dentro)
<i>Fomentamos un trabajo “Psicoterapéutico educativo mixto y grupal”. Pues bien, los contenidos más difíciles de abordar (violencia de género, prostitución, sexualidad, etc.) se tratan en un entorno mayoritariamente de hombres y dirigido por hombres. Es probable que haya mujeres que no comenten determinadas experiencias por no encontrar mujeres terapeutas en la psicoterapia de grupo, o no encuentren el suficiente eco por ser minoría las mujeres usuarias pares. Por todo ello es posible que sea más difícil la creación de una 'matriz' adecuada para poder expresar las numerosas vivencias traumáticas que estas mujeres arrastran.</i> <i>Debería considerarse la obligatoriedad de ofrecer formación específica en Género y en Igualdad para hombres y mujeres que trabajan en el centro, con la idea de comprender mejor los procesos que subyacen a determinadas actitudes y comportamientos que se presentan, como las que se producen y aparecen en la relación psico-educativo-terapéutica con las personas usuarias. Necesidad y obligatoriedad porque somos responsables de participar y de crear el cambio social necesario para favorecer unas relaciones más justas e igualitarias entre las personas, atendiendo a las peculiaridades específicas que cada una presenta, en las que el principio de Igualdad se establezca de manera más sólida y responsable en nuestra realidad laboral y social compartida.</i>

En cuanto a tu profesión, ¿Con quién te resulta más fácil trabajar?

La pregunta fue planteada a profesionales “dentro” y el 80% considera que su labor en tratamiento de drogadicciones no tiene que ver con el sexo de las/os pacientes, sino con el caso clínico y los propios factores de personalidad en sí, ya que afirman centrarse en la sintomatología y proceso de recuperación, sin abordar las diferencias por ser hombre o mujer.

Gráfico 20. Porcentaje de profesionales que han recibido formación en género



En la tabla se presentan las razones y argumentaciones que expresan las/os 35 profesionales que trabajan “dentro” de los recursos específicos de tratamiento de adicciones.

Indistintamente (n= 28)
<i>LA SALUD MENTAL NO TIENE GÉNERO (n= 9): “Yo trabajo con la patología y las emociones de cada paciente”, “Depende más de la formación y del caso, no de ser mujer u hombre”.</i>
<i>DEPENDEN DE LA PERSONALIDAD (n= 11): “Depende de la personalidad, la demanda, la voluntariedad, el compromiso, la confianza en el vínculo”, “Me resulta más fácil trabajar con determinados perfiles o estructuras de personalidad independientemente el género”.</i>
<i>ME DA IGUAL, SIN DIFICULTADES (n= 7): “Con mujeres y con hombres trabajo a gusto, no hay caso fácil y aunque lo parezca al principio, luego se complica”, “No suelo tener dificultades para trabajar ni con hombres, ni con mujeres”.</i>
<i>SOCIEDAD IGUALITARIA (n =1): “Considero que debemos trabajar con ambos colectivos para alcanzar una sociedad más igualitaria, porque los hombres tienen mucho privilegio que soltar, y ellas muchas emociones internas que empoderar”.</i>
Con hombres (n= 5)
<i>MENOR COMPLEJIDAD QUE LAS MUJERES: “Porque las mujeres suelen acudir con múltiple problemática de índole social, familiar, salud física y mental, que requiere de un abordaje mucho más complejo y multidisciplinar”, “Patología mental asociada, menos apoyos, situaciones de familiares conflictivas, menor formación, cargas familiares...”.</i>
<i>IDENTIFICACIÓN CON TERAPEUTA HOMBRE: “Porque soy hombre... Y para mí el hombre es más simple y la mujer más compleja... No sé, yo entiendo mejor los mensajes del hombre y me carga menos... seguramente tiene que ver más conmigo que con ellas pero así me siento”.</i>
<i>COSTUMBRE: Estoy más acostumbrada a trabajar con hombres que con mujeres”.</i>
<i>FORMACIÓN: “Nuestra formación nos prepara mejor para trabajar con hombres”.</i>

Con mujeres (n= 2)

IDENTIFICACIÓN CON TERAPEUTA MUJER: “La identificación de dificultades y problemas que resultan comunes resulta más fácil y el apoyo que podemos ofrecernos tiene mejor efecto”.

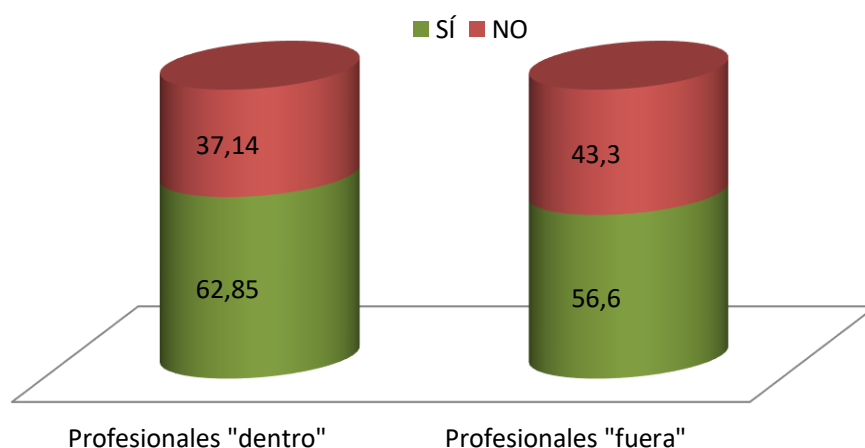
2.2.2. Percepciones sobre las DIFICULTADES de acceso y mantenimiento de las mujeres en tratamiento

En este apartado analizaremos, desde la mirada de las y los profesionales (“dentro” y “fuera”), cuáles son las mayores dificultades con las que se encuentran las mujeres antes, durante y después de acceder a un recurso para recibir tratamiento sobre su drogadicción. Es por ello, que incluiremos las respuestas de todo el colectivo de profesionales, tanto los que trabajan en recursos específicos de tratamiento de adicciones (n= 35) como los que no (n= 61).

2.2.2.1. ¿Crees que las mujeres tienen DIFICULTADES PARA ACCEDER a un recurso de tratamiento?

Más de la mitad del colectivo de profesionales (59.6%) indica que las mujeres, por el hecho de ser mujer, *tienen dificultades* para acceder a un recurso de tratamiento por adicciones. Este porcentaje es superior cuando se trata de la opinión de los y las profesionales que asisten específicamente casos de drogadicción (62.85%) en comparación con quienes no trabajan específicamente con adicciones (56.6%).

Gráfico 21. Porcentaje de profesionales que considera que las mujeres tienen dificultades de acceso a un recurso de tratamiento



Como dato, añadir que la práctica totalidad de profesionales (93%) coincide en que *“No hay barreras objetivas que impidan el acceso de ningún tipo de población, solo barreras subjetivas que retrasen el reconocimiento del problema y el acceso a tratamiento, incluyendo a algún subgrupo de mujeres”*.

Fundamentalmente, los y las profesionales coinciden en que son 5 las dificultades que perciben en las mujeres a la hora de no acceder o retrasar la llegada a tratamiento, todas ellas asociadas a los roles de género tradicionales, que en el caso de las mujeres les llevan a priorizar el cuidado a otras personas en lugar de a ellas mismas. Y a nivel social, que el consumo de drogas genera un estigma social que provoca sentimientos de culpa por ser mujer, consumir y/o padecer algún tipo de diversidad mental. En la tabla se han seleccionado aquellas dificultades de acceso más significativas.

Conciliación familiar (n= 51)
<i>PRESIÓN DE GÉNERO: “En general las mujeres tardan mucho más en pedir ayuda, tienen cargas familiares que les impiden dedicarse tiempo para ellas, poco apoyo familiar, grandes problemas económicos y llegan al recurso cuando están desesperadas, solas y no ven más salidas”.</i>
<i>FRACASO EMOCIONAL: “Exceso de ansiedad por no haber sido buenas cuidadoras, CULPA y vergüenza por haber fallado a su familia-pareja, frustración por no sentirse queridas, tristeza por el peso de su historia, miedo a no conseguir ejercer ese rol que se les exige familiar y socialmente, de cuidadoras y responsables frente a todo”.</i>
Estigma social y ocultamiento de la adicción (n= 38)
<i>PATOLOGÍA Y ESTIGMA: “Como en otras muchas patologías, creo tardan más en reconocer y pedir ayuda por la estigmatización social y de género que existe” (ambas).</i>
<i>MIEDO AL RECHAZO: “Existe mucho miedo al rechazo social, incluso de tu propia familia, bueno y de una misma” (ambas).</i>
<i>CONSUMO OCULTO: “Existe una dificultad para la detección de consumos en mujeres. Suelen ser consumos más ocultos, en espacios íntimos/privados, sobre todo de alcohol o benzodiacepinas”.</i>
<i>JUICIO SOCIAL POR SER MUJER: “La sociedad culpa doblemente a las mujeres por sus consumos, le cuesta mucho más por tanto reconocer públicamente sus problemas”.</i>
<i>JUICIO SOCIAL POR SER MADRE: “Además a menudo tiene hijos/as a cargo, no encuentra apoyo para simultanear su labor de crianza con su cuidado personal o poder delegar durante unos meses su obligación maternal para poder “tratarse” Otra dificultad es el miedo a que las sociedad la juzgue como “mala madre” y eso incluso le pueda hacer perder la custodia”.</i>
Grupo mayoritariamente de hombres (n= 26)
<i>RECURSOS DISEÑADOS PARA HOMBRES: “Los tratamientos están más enfocados o centrados en los hombres, ya que son ellos los que mayoritariamente acuden”, “El ámbito de las drogodependencias sigue muy masculinizado”.</i>
<i>FALTA DE IDENTIFICACIÓN: “No se suelen identificar tampoco en un recurso de toxicomanías donde históricamente han acudido los hombres en su mayoría”.</i>
Medicalización (perspectiva biomédica) (n= 9)
<i>PRIORIZAN SERVICIOS GENERALES DE SALUD: “Prefieren acudir a servicios generales de salud, camuflando a veces su situación por otro tipo de malestares o problemas que tienen que ver con la</i>

<i>salud mental (depresión, ansiedad), haciéndose más difícil la detección y retrasándose su ingreso en los tratamientos de adicciones”.</i>
<i>AUSENCIA DE DIAGNÓSTICO CORRECTO: “Parcean dolores físicos y/o trastornos afectivos no diagnosticados incluso con certificados de discapacidad, evolucionando hacia enfermedades mentales no tratadas, con uso y abuso de psicofármacos”.</i>
<i>CONSUMO EXCESIVO DE PASTILLAS: “Las mujeres no son conscientes de que hacen un mal uso de las pastillas ni de que se automedican. Algunas están totalmente enganchadas a la medicación y llevan más de 20 años de tratamiento, sin buscar alternativas terapéuticas”.</i>
Falta de coordinación entre recursos (n= 3)
<i>“Otro tema muy recurrente es el maltrato Institucional, empezando desde la mala intervención que se lleva a cabo (aspecto que hace que las mujeres trasieguen de servicio en servicio sin encontrar ninguna solución, salida ni un espacio en el que se la escuche) siguiendo por la falta de reconocimiento y de reparación de las situaciones de aislamiento, abandono, maltrato que han vivido”.</i>

2.2.2.2. ¿Crees que las mujeres encuentran DIFICULTADES PARA MANTENERSE en un recurso de tratamiento?

A esta segunda pregunta sobre si las mujeres tienen o no dificultades para mantenerse en tratamiento por adicciones, *el 62.3% del colectivo de profesionales indica que Sí*, mientras que algo más de un tercio (37.3%) responde que una vez que han accedido, NO suelen abandonar tan fácilmente.

Pero, en opinión de los/as profesionales ¿cuáles son los factores que llevarían a una mujer a abandonar un tratamiento? Pues bien, un 40.5% expresa problemas relacionados con la *conciliación familiar* y las cargas del cuidado doméstico que, en comparación a los hombres, son notablemente superiores. La segunda idea más mencionada (24.3%) guarda relación con el miedo a que se prolongue en el tiempo y puedan quitarle la custodia o hablar mal de ella (*estigma social y miedos*). En tercer lugar, aparece la idea de los grupos mayoritariamente compuestos por los hombres, repitiéndose básicamente que a lo largo de las sesiones no se tocan los *temas que a ellas más puede afectarles* (maternidad, trastornos de alimentación, sexualidad, violencia, sentimientos de culpa, etc.). Y por último, un 16.5% de profesionales comparte la sensación de que hay mujeres que no esperan hasta la finalización del tratamiento por el *sufrimiento* añadido que supone ir abriendo heridas en cada sesión.

Solo una persona ha mencionado la “Incompatibilidad con el trabajo” y solo dos han indicado que es porque “No cuentan con apoyo social y muchas veces están solas”.

Conciliación familiar (n= 30)
<i>“Renuncian o acortan sus tratamientos por ser incompatibles con el cuidado de sus hijos/as”.</i>
<i>“La mujer normalmente acude a tratamiento con más responsabilidades de cuidado que el hombre y tiene muy interiorizado que su cuidado personal no es lo prioritario para ella, sino el cuidado del otro”.</i>

Estigma social y miedos (n= 16)
<i>“Temen que se alargue mucho en el tiempo y que empiecen a hablar, sobre todo en los pueblos pequeños, por eso les preocupa lo que más mantener el tratamiento en secreto”.</i>
<i>“Cuanto más tiempo pasa, sobre todo para las madres que beben, hay mucho más peligro de que terminen interviniendo otros sistemas de protección de menores”.</i>
Temáticas y contenidos a tratar (masculinizados) (n= 11)
<i>“Al componer un grupo mayoritariamente los hombres, a los temas relacionados con el género como sexualidad, violencia, maternidad... no se les da el espacio que deberían de tener... quizá a nivel individual sí, pero no en grupos mixtos”.</i>
Evitar el sufrimiento que acompaña a la adicción (n= 8)
<i>“Creo que las mujeres viven más en silencio y en soledad todo lo que les pasa y a veces están tan mal que tienen mucha dificultad para conectar con lo que realmente les pasa porque es muy doloroso y huyen de enfrentarse a este tipo de situaciones sobre todo cuando están muy bajas. Esto hace que tengan menor continuidad en los programas”.</i>
<i>“Hemos observado la falta de constancia y tendencia a abandonar los tratamientos cuando notan leve mejoría. Este tipo de tratamientos son una inversión a largo plazo y acostumbran a vivir en la inmediatez”.</i>

2.2.2.3. ¿Crees que existe poca DEMANDA DE TRATAMIENTO por parte de mujeres? ¿Por qué?

El 93.8% coincide en que *existe poca demanda*, siendo la solicitud de tratamiento en adicciones por parte de mujeres mucho menor de la que realmente lo requieren. Atribuyen la causa sobre todo a *factores interpersonales y socioculturales* (cargas familiares, doble penalización social, ocultación del consumo y problemática no visibilizada) y, en menor medida, a *factores personales* (no conciencia del problema, falta de empoderamiento, falta de motivación interna).

Factores socioculturales e interpersonales (n= 68)
<i>INVISIBILIDAD (n=23): “Creo que el consumo femenino está más invisibilizado y los tratamientos suelen iniciarse cuando la adicción está más expuesta”.</i>
<i>CARGAS FAMILIARES (n=26): “A muchas les cuesta mucho más pedir ayuda, debido a que se sienten responsables de sus familias, tienen vergüenza, etc.”.</i>
<i>FALTA DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE MUJERES (n= 9): “Son mujeres que requieren de espacios de intervención, de espacios en los que poder juntarse y hablar de todo lo que llevan dentro, de las mochilas que tienen, de la incompreensión que han sentido, del malestar que viven, de la falta de atención adecuada etc.”.</i>
<i>FALTA APOYO (n=7): “Por ser mujer cuenta con menos apoyo que los hombres, porque no está especializada en recibir cuidados y en solicitar ayuda”.</i>
<i>FALTA DE IDENTIFICACIÓN (n= 3): “Hay recursos que solo con el nombre no te identificas si eres mujer”.</i>
Factores intrapersonales (n= 24)
<i>PATRÓN CONSUMO OCULTO, SOLITARIO Y PRIVADO (n= 9): “Considero que hay mujeres que su consumo problemático lo ocultan y se hace menos visible a otras personas y al resto de la sociedad. El consumo se hace en mayor medida en el ámbito privado y los actos disruptivos a consecuencia</i>

de estos consumos se producen en mucha menor medida en las mujeres que en los hombres ya que como se suele decir lo sufren más en silencio y en solitario. Cuando el problema de consumos se hace notorio y visible a nivel familiar o social, normalmente los consumos son muy problemáticos y mayores que en el caso de los hombres. En consecuencia, su abordaje es más complejo”.

FALTA CONSCIENCIA DE LA ADICCIÓN (n= 8): “Creo que las mujeres no son conscientes de su dependencia (supongo que los hombre tampoco), ni siquiera a la del uso de fármacos. Es tal su malestar y al estar recetados los fármacos lo ven como algo normal. Esas medicaciones en muchos casos les lleva a que se bloqueen sus sentimientos, a no sentir nada lo cual agrava su situación y también resta la conciencia de la que hablaba”.

FALTA AUTOCUIDADO (n= 7): “Falta de empoderamiento por parte de ellas, falta de liderazgo en sus vidas y en sus decisiones hacia sus propios consumos...”, “Falta que quieran quererse”.

2.2.2.4. ¿Crees que hay diferencias en el CONSUMO entre hombres y mujeres?

El 100% del colectivo de profesionales que atiende problemáticas de adicción considera que *Sí hay diferencias* en el patrón de consumo de drogas de hombres y de mujeres, mientras que este porcentaje se reduce al 86.6% cuando responden profesionales que no trabajan específicamente las adicciones.

La Tabla que se muestra a continuación pretende diferenciar el patrón de consumo de las mujeres (acceso a la sustancia, tipo de sustancia y hábitos de consumo), del que presentan habitualmente los hombres.

	PATRÓN DE CONSUMO DE LAS MUJERES	PATRÓN DE CONSUMO DE LOS HOMBRES	Frecuencia de mención (N= 96)
Modo consumo	En secreto, oculto y privado.	En público y socializado.	n= 81
Emociones asociadas	Se vive con vergüenza y culpa.	Se vive con orgullo y aceptación.	n= 76
Vivencia socio-familiar	Castigo social y rechazo familiar	Refuerzo social y aceptación familiar.	n= 69
Factores de riesgo	Dependencia emocional, relaciones afectivas tóxicas, violencia de género, situación de riesgo	Fracaso laboral y/o social, adicción a juego de apuestas.	n= 56
Motivo del comienzo	Comienzo como vía de escape al sufrimiento (autolesivo)	Comienzo desde el placer, experimentación del riesgo y/o socialización con iguales (autoplacentero).	n= 49

Tipo droga	Ansiolíticos y antidepresivos, alcohol, tabaco, cannabis (legales)	Alcohol, estimulantes, cocaína (ilegales).	n= 33
Cantidad consumo	Consumo más moderado	Consumo más frecuente y abundante.	n= 27
Consecuencias para la salud	Peores consecuencias para su salud mental (también física), en comparación con los hombres	Peores consecuencias para su salud física (también mental), en comparación con las mujeres.	n= 17
Proceso de la adicción	Fenómenos adictivos más rápidos	Fenómenos adictivos más lentos.	n= 13
Inicio	Inicio más tardío	Inicio más precoz.	n= 4

¿Observas algún tipo de situación que te LLAME LA ATENCIÓN en el trabajo directo con mujeres?

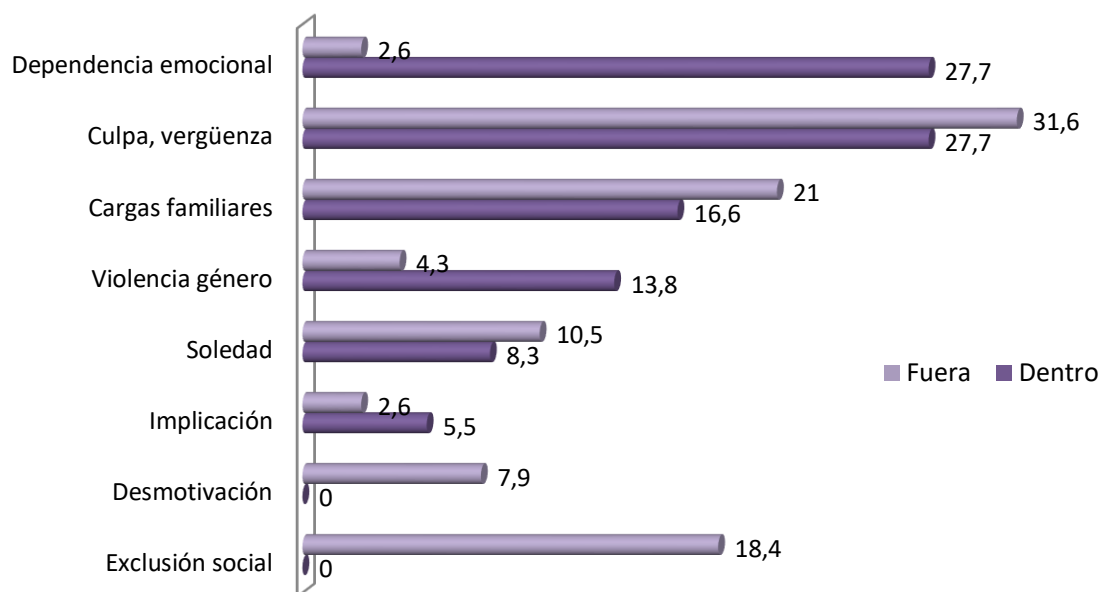
Son los *factores emocionales* de las mujeres con drogodependencias los que más han llamado la atención de las y los profesionales (29.7%). En concreto, los sentimientos de culpa, la baja autoestima y la presión por el estigma social que supone “ser mujeres que beben”, son unos ejemplos claros de la vulnerabilidad que han podido percibir de las usuarias en los recursos terapéuticos.

En segundo lugar, las *cargas familiares* que son asumidas por una mujer en respuesta a los roles tradicionales, sería el segundo grupo de factores que han impactado al 19% de los/as profesionales. Seguido irían aquellas casuísticas relacionadas a la *dependencia emocional* (14.8%) que pueden vivir las mujeres y que parecen acentuarse con el consumo de drogas. Y más aún, tratándose de situaciones de violencia de género asimétrica (9.4%).

En tercer lugar, se han mencionado factores relacionados la *adherencia al tratamiento*, bien por tratarse de una baja participación (4%) por falta de conciencia de adicción, bien por tratarse de una alta implicación (4%) por la motivación interna al cambio.

Por último, tres profesionales que trabajan en asociaciones dirigidas a personas en riesgo de *exclusión social*, mencionan la extrema vulnerabilidad añadida a aquellas mujeres que viven en la calle: *“Me sorprende la mala atención a la mujer, la sensación que tienen de que no les cree nadie, la idea que transmiten que las tratan como si fueran histéricas y se inventaran su dolor, lo aisladas que están en muchos casos y la necesidad de apoyo”, “Hay que tener en cuenta los posibles maltratos y agresiones que han podido sufrir como mujeres excluidas”, “Consideran que tienen que tener consumos y actitudes más arriesgadas para ser consideradas como iguales por sus amigos”, “Muchas, ante la falta de dinero, recurren a la prostitución”.*

Gráfico 22. Factores que llaman la atención a los/as profesionales sobre las mujeres atendidas, divididas en base a la submuestra de profesionales (dentro y fuera)



Miedo, Culpa, vergüenza, baja autoestima (n=22)
BAJA AUTOESTIMA: “La vulnerabilidad, baja autoestima, falta de empoderamiento, miedo, remordimientos... Los sentimientos de culpa”, “Más dificultades emocionales”, “Está muy presente el temor al rechazo...tienden a agredirse a sí mismas...con muchas dificultades para quererse y valorarse, ahí tienen trabajo importante que hacer juntas” (ambas).
DESCONFIANZA: “Nos es más difícil que confíen en los profesionales, más suspicaces, más difíciles en dejarse ayudar” (dentro).
NEGACIÓN: “En recaídas o consumos tienden a la negación, no sé si está la culpa, vergüenza...” (dentro).
MIEDO A CONSECUENCIAS: “Quizás reciben mayor presión de instituciones que los hombres, especialmente si son madres. Miedo a consecuencias de los consumos. Muchas de ellas intentan el alta lo antes posible para que no se asocie con ello” (dentro).
SENTIMIENTO DE CULPA: “Por lo general, las mujeres sienten más culpa que los hombres por consumir drogas, y tiene mucho que ver el estigma social” (fuera).
Cargas familiares, roles tradicionales (n= 14)
SISTEMA PATRIARCAL: “Las enormes dificultades que éstas presentan por su condición de mujeres drogodependientes, sobrevivientes en un sistema patriarcal que las sobreexige en sus roles socialmente impuestos sin haber atendido a sus necesidades primarias más básicas” (dentro).
EXCESO DE CUIDADO A OTROS/AS: “La facilidad con la que se responsabilizan de lo que no funciona alrededor de ellas, pareja, hijos etc. la fuerza de los tópicos, el ideal femenino, la falta de libertad para ser ellas mismas”, “La maternidad recae principalmente en la mujer” (ambas).
SOCIALIZACIÓN DIFERENTE: “A la hora de trabajar la adicción, las causas, motivos, procesos vitales que han derivado en situaciones de consumo, son diferentes en hombres y mujeres. El desarrollo personal, la insatisfacción vital, etc... Vienen dadas desde orígenes diferentes, por el

<i>hecho de haberse socializado como hombre o como mujer, que inconscientemente han generado sufrimiento, dolor, etc...” (fuera).</i>
Dependencia emocional (n=11)
<i>RELACIONES TÓXICAS: “La gran dependencia emocional que tienen en relación a parejas tóxicas”, “Incluso con compañeros/as de tratamiento”, “Tienen prisa por establecer una relación sentimental”, “Se sienten bajo las decisiones de ellos” (ambas).</i>
<i>CUADROS DEPRESIVOS: “La mayor prevalencia de cuadros depresivos desencadenados por vacíos posteriores a problemas afectivo-relacionales” (fuera).</i>
Violencia género (n=7)
<i>VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO: “Los estudios muestran que tres de cada cuatro mujeres drogodependientes han sido víctimas de violencia antes de presentar una problemática drogodependiente”, “Lamentablemente veo situaciones de maltrato, violencias, abusos, violaciones...” (dentro).</i>
Adherencia al tratamiento (n=3 buena + n= 3 mala)
<i>MOTIVACIÓN INTERNA AL CAMBIO (buena adherencia): “Muy buena disposición a los abordajes psicoterapéuticos generalmente” (dentro).</i>
<i>FALTA DE CONCIENCIA (mala adherencia): “En la experiencia del trabajo en centros residenciales dirigidos a personas en situación de exclusión, veo una mayor resistencia que los hombres a admitir la adicción/consumo y por ello a poner tratamiento” (fuera).</i>
Aislamiento, soledad (n= 7)
<i>MINORÍA: “Frecuentemente se sienten solas, ya que hay más hombres en el grupo” (ambas).</i>
<i>OCULTAMIENTO: “Hay más ocultamiento, más secretismo, se lleva más en soledad”, “Mayor pudor a la hora de sincerarse” (fuera).</i>
<i>SOLEDAD EN EL CONSUMO: “Hasta para consumir lo hacen solas” (fuera).</i>

III. DISCUSIÓN Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Tras la exposición de los resultados obtenidos en la parte empírica de la investigación, se presentan las diferentes conclusiones a las que se ha llegado.

En el apartado 1, “Recorrido experiencial de las mujeres”, se aportan las conclusiones en base a los datos obtenidos en el punto en el que se analizan las dificultades de acceso a tratamiento que tienen las mujeres antes de tratamiento; después, las conclusiones acerca de dificultades que tienen en el inicio y mantenimiento de los tratamientos; y por último, se aportan las conclusiones de los resultados obtenidos en el punto de “la situación relacional” y “percepción de los tratamientos” que tienen las mujeres que han participado en el estudio.

En un segundo apartado, se exponen los resultados obtenidos en cuanto a la variable “emoción expresada” en el momento en el que las mujeres acceden a un tratamiento y cuando se encuentran en el mismo. Se trata de una variable subjetiva que aporta información fundamental para comprender la experiencia personal que viven las mujeres en estos dos diferentes momentos.

En tercer lugar, se ofrecen las conclusiones de los datos obtenidos de las y los profesionales que trabajan en adicciones, tanto de quienes trabajan dentro como fuera de los recursos específicos de tratamiento de adicciones. Además, se aportan conclusiones en relación con la visión de género existente entre el total de profesionales encuestados.

Así mismo, se plantean nuevas líneas de actuación y de intervención, haciendo hincapié tanto en la prevención como en el acceso y mantenimiento de las mujeres en los tratamientos.

En un último punto, se sugieren nuevas líneas de investigación encaminadas a conocer mejor las diferentes realidades que viven las mujeres con drogodependencias que no han sido objeto de nuestro estudio y a adecuar las prácticas profesionales a las realidades de las mujeres con las que trabajan.

1. RECORRIDO EXPERIENCIAL DE LAS MUJERES

1.1. Acceso a los tratamientos

De las mujeres entrevistadas, las que no están en tratamiento (grupo D), el 74% se ha planteado dejar de consumir, pero entre las razones que dan para **no pedir ayuda** están el *poder o querer dejarlo por sí mismas, la falta de motivación para dejarlo y la vergüenza*. Observamos que muchas mujeres intentan ocultar su situación para evitar el castigo social, coincidiendo con resultados de estudios previos (Hedrich, 2000; Sánchez Pardo et al., 2010), así lo intentan dejar por sí mismas prolongando el tiempo de petición de ayuda y agravando su situación, hasta que no pueden más. Mosteiro y Rodríguez Pérez (2005) comentan que hasta que no existe una situación crítica, acompañado de problemas muy graves (pérdidas de custodia, enfermedades físicas...) no llegan a los centros de tratamiento.

Las que no se han planteado dejarlo, refieren que su vida social “tóxica” o el placer que sienten al consumir es lo que les mantiene en el consumo. Plantean que **para poder dejarlo** necesitan un *contexto sano, ayuda y fuerza de voluntad*. Por lo que su contexto vital es una influencia directa en sus decisiones.

En los grupos de discusión de las mujeres que están haciendo tratamiento, muchas expresan que **no conocían recursos** de tratamiento donde acudir y que hubieran pedido ayuda mucho antes de haber sabido cómo les iban a ayudar. Indican también que el ideario común del perfil que acude a los dispositivos de tratamiento de adicciones es de población masculina y que antes de conocerlos, no se sentían cómodas al tener que recurrir a los dispositivos señalados, los percibían como “**territorio hostil**”, por lo que “aguantaron” hasta que no quedó más remedio. Por esta razón, comentan autoras como Forth-Finegan (1992) y Jarvis (1992), las mujeres que presentan diferentes adicciones acuden en mayor medida a los servicios de atención primaria, con sintomatología ansioso-depresiva, ocultando sus problemas con el consumo de sustancias.

Además, las sustancias más consumidas por ellas son sustancias legalizadas, como el alcohol y los hipnosedantes. Tal y como se encontró en un estudio publicado por Sánchez Pardo et al. (2010) al ser un consumo legal y normalizado, complica su detección y puede pasar desapercibido más tiempo. En resumen y según comentan, los factores que influyen directamente en que tarden más tiempo en pedir ayuda son:

- *Falta de visibilización del consumo en mujeres.*
- *Contexto social tóxico y poco favorecedor.*
- *Falta de fuerza voluntad o motivación.*
- *Desinformación acerca de los dispositivos.*
- *No sentirse identificadas con los recursos de tratamiento.*
- *Riesgo de normalización del consumo de alcohol, drogas y psicofármacos en mujeres.*

1.2. Mantenimiento en los tratamientos

Después de haberse decidido a pedir ayuda, la razón que más pesa y les ha ayudado a tomar la decisión ha sido la **necesidad de estar bien** tras haberse sentido totalmente hundidas, así como la necesidad de resurgir y recuperarse. Además, lo que les da fuerza es pensar en sus familiares, sobre todo en sus **madres y en sus hijas e hijos**.

Una vez iniciado el tratamiento, entre las motivaciones para continuar en él destacan de nuevo las que tienen que ver con verse bien ellas mismas, como son el sentirse **más empoderadas** y la mejora de **su salud**. El sentimiento de superación, verse cada vez mejor y su capacidad para mantener la abstinencia son las razones que más pesan a la hora de seguir en el tratamiento. Los aspectos mencionados tienen que ver con la motivación intrínseca al cambio y diversas autoras relacionan fuentes internas de motivación con un mayor éxito y resultados más duraderos de los tratamientos (Deci y Ryan, 1985; Martin, 2002). Aun así, la mitad de las mujeres comentan haber sentido **deseos de abandonar** y entre las razones destacan:

- *Normas del centro de tratamiento.*
- *Conflictos con compañeros y/o compañeras.*
- *No sentir avance ni mejora.*
- *No encontrarse en un grupo de tratamiento acogedor para con ellas.*
- *Falta de apoyo.*
- *Baja autoestima.*
- *Machismo imperante en el grupo.*

La mayoría de los factores tienen relación directa con la convivencia en un grupo principalmente masculino. Aunque presentan motivación interna para el cambio, aspectos relacionados con el funcionamiento de los tratamientos incentivan sus deseos de abandonar. Cabe resaltar que la mayoría de las mujeres que sienten deseos de abandonar son las que realizan tratamiento en Comunidad Terapéutica, ya que en Tratamientos Ambulatorios no conviven en un grupo de hombres y se centran en su tratamiento individual.

Otros factores que aumentan el riesgo de abandono son los relacionados con las *normas y del centro de tratamiento*, quedando demostrado que está relacionado con que los modelos punitivos y confrontativos generan en las mujeres respuestas defensivas, aumentando su sensación de culpa y vergüenza (Arostegui y Martínez Redondo, 2018; White y Miller, 2007). La confrontación, a la larga, genera respuestas defensivas frente al cambio. SAHMSA (2009) respalda que un estilo terapéutico que evite la confrontación es decir, un enfoque empático con la premisa de co-construir objetivos en común, ayuda a la permanencia de las mujeres en el tratamiento.

Entre las **dificultades** que tienen que sortear para poder realizar un tratamiento subrayan las dificultades económicas y el cuidado de los hijos e hijas. Comentan que las pueden superar gracias al **apoyo familiar** y **las ayudas económicas**. Las que no presentan apoyo familiar lo tienen más complicado y son las que con más probabilidad se pueden quedar fuera de la red de tratamientos. Además, según han encontrado en diferentes estudios, entre las mujeres es más común la necesidad

de ayudas públicas, presentando mayor precariedad económica y laboral (Castillo-Aguilella et al., 2003; Grella, 2008).

De las 127 mujeres encuestadas, el 60% no tiene **pareja**, siendo las del grupo A y D las que en mayor porcentaje reportan tenerla (las que inician tratamiento y las que no están realizando ninguno). Las que están realizando tratamiento y las que lo han finalizado son las que señalan en más porcentaje no tenerla. De las que tienen pareja, un 28.3% también es consumidora y durante la entrevista, muchas comentan que aunque en ese momento no tuvieran pareja, todas las **que han tenido anteriormente eran consumidoras** de algún tipo de sustancia.

Cuando las parejas presentan algún tipo de adicción o consumo abusivo de drogas pueden obstaculizar el contacto e inicio del tratamiento, no ofreciendo el apoyo necesario o, incluso, oponiéndose activamente a que las mujeres puedan realizar algún programa. Estos resultados coinciden con los encontrados en estudios realizados con mujeres que presentan distintas adicciones (Grella y Joshi, 1999; Jarvis, 1992). Según señalan Castaños et al. (2007) ellas pueden no acceder a los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, porque sus parejas no comparten la decisión de dejar el consumo, o porque creen que en los dispositivos de tratamiento les van a empujar a la ruptura. Por estas razones, aunque en ocasiones se atreven a dar el paso y acudir a algún programa, tienden a **abandonarlo precozmente**.

En cuanto a los datos sobre **maternidad**, la mitad de las mujeres entrevistadas son madres, pero sólo un tercio de ellas convive con sus hijas y/o hijos. Muchos de los hijos e hijas son mayores de edad e independientes. Pero en otros muchos casos, conviven con algún otro familiar o en alguna institución, lo que genera importantes sentimientos de **vergüenza, culpa y baja autoestima** en las madres, obstaculizando también el acceso a la red de tratamiento. La posible identificación como mala madre y las posibles consecuencias, como la pérdida de la **custodia** son razones importantes como para no ponerse en contacto con ningún dispositivo o, por el contrario, ser la principal motivación para solicitar ayuda. Dicho resultado coincide con resultados de diferentes estudios (Grella y Joshi, 1999; Hedrich, 2000; Jarvis, 1992).

Cuando preguntamos la percepción de la calidad de las **relaciones con familiares** y allegados, en general califican sus relaciones como “buenas” o “muy buenas”, dato que contrasta con el apoyo que reciben o han recibido durante el tratamiento. Muchas de ellas acudieron **solas a tratamiento** o han reportado que las madres han sido apoyo fundamental durante el proceso. En este caso, las parejas son las que en menor porcentaje aparecen como figuras de apoyo. En general, podemos concluir que presentan menos apoyo familiar o social para realizar un tratamiento. En muchas ocasiones, como hemos mencionado anteriormente y coincidiendo con distintas autoras, las mujeres tienden a abandonar las relaciones familiares y viceversa, casi al comienzo de su consumo, encontrándose aisladas y sin redes de apoyo (Curtis-Boles y Jenkins-Monroe, 2000).

1.3. Percepción de los tratamientos

En cuanto a la pregunta de si creen que el **tratamiento que están recibiendo es adecuado** para mujeres, una amplia mayoría cree que sí lo es, sorprendiéndose en muchos casos de la propia

pregunta. Ante la respuesta afirmativa, alegan que todos y todas somos personas y que no hay que hacer distinción entre hombres y mujeres; “*es adecuado para todas las personas*”, evidenciándose así el poco cuestionamiento que existe en general de los diseños de los programas de tratamientos y el marco interpretativo sigue siendo el androcéntrico, donde impera la realidad masculina como si fuera la realidad normativa. Aunque se piense que trabajar de igual manera con todas las personas es inclusivo y denota una praxis equitativa e igualitaria, justamente es todo lo contrario y fácilmente puede terminar siendo síntoma de total desigualdad, donde no se apela a las necesidades diferenciales y al trabajo adaptado a la persona.

Parecido sucede cuando preguntamos acerca de si sienten que algunas de **sus necesidades** no está cubierta. Más del 60% no es capaz de responder a esa pregunta, por lo que no expresan ninguna necesidad. Esto puede ser un indicador de que no se plantean sus necesidades y/o no las detectan, se diluye el hecho de que puedan ser agentes de derecho. Incluso, cuando hablaban anteriormente de las razones que podían hacer que tuvieran deseos de abandonar el tratamiento, ponían la responsabilidad en ellas en vez de cuestionar el propio sistema y sus derechos, asumiendo como suya la culpa de querer abandonar.

Aunque en un principio no son capaces de reconocer necesidades, en los grupos de discusión sí contactan con sus necesidades y las reconocen. Las cuestiones que formulan en los grupos son **ayuda jurídica** y **psicológica ante situaciones de violencia de género** y sobre todo, demandan más **grupos conformados solo por mujeres**. Este hecho prueba que el contexto en el que han vivido no ha facilitado ni que las mujeres reconozcan sus necesidades ni que las puedan definir y expresar, por ello surgen cuando en grupos de mujeres van tomando conciencia de que la realidad que se les presenta se puede cuestionar.

El 46% de las mujeres encuestadas dicen preferir tratamientos mixtos sin espacios específicos, aunque en los grupos de discusión detectan la necesidad de grupos de mujeres. Este grupo reflexiona que **la realidad social es mixta**, por lo que una realidad de tratamiento segregada por sexos no es equivalente a la realidad de sus vidas. Una mujer nos dijo: “*vivimos en un mundo de hombres, tenemos que aprender a vivir en él*”. Hay muchas mujeres que se identifican más en un mundo o medio de hombres, donde han aprendido a sobrevivir.

Existen evidencias de que la creación de espacios solo de mujeres tiene efectos positivos en la adherencia y resultados del tratamiento, donde se crea un clima de confianza para tratar contenidos comunes al género, orientados a poder fortalecerse, unirse y acompañarse mediante experiencias compartidas (Ashley, Marsden, y Brady, 2003; Brady y Ashley, 2005; Claus et al., 2007; Ruz-Olivares y Chulkova, 2016; Villagrà y González, 2013). Para la incorporación a la sociedad y a sus vidas, muchas creen importante compartir experiencias con sus homólogos varones. Ello comporta desarrollar contextos más igualitarios en base las realidades feministas y de género, lo que implica mayor esfuerzo por parte de profesionales y recursos en cuanto a su formación y la construcción y favorecimiento de intervenciones no androcéntricas, de género y feministas, donde en un medio mixto no se repitan pautas de interacción machista y se puedan poner en práctica otros modelos de relación.

Llegamos a la pregunta de qué situaciones viven en un grupo de hombres. Las respuestas más repetidas son que experimentan **conductas seductoras** por parte de sus compañeros de tratamiento y que **no sienten confianza** para hablar de ciertas cuestiones. En ocasiones, en vez de estar centradas en ellas y en su tratamiento, las situaciones descritas interfieren en su proceso y se pueden quedar sin tratar cuestiones que son fundamentales para su tratamiento por la falta de confianza que perciben en un grupo mayoritariamente de hombres, donde además, son percibidas como agentes u objetos de deseo. Realidades que coinciden con lo descrito por otras autoras (Arostegui y Martínez Redondo, 2018). Como hemos visto en los antecedentes, muchas mujeres han sufrido situaciones de violencia por parte de hombres en su historia de vida y en estos grupos hay hombres que han sido o son agresores, lo que complejiza el tratamiento y las relaciones en grupos que son mayoritariamente de hombres.

Otra de las respuestas que más hemos encontrado es que a las **mujeres terapeutas se las percibe como figuras autoritarias**, lo que no sucede con hombres terapeutas. Se puede interpretar como un fenómeno proyectivo de sus vidas o experiencias con la figura materna, donde, como hemos descrito en el apartado teórico, la figura del padre es percibida con mayor acercamiento o simpatía, aunque no esté involucrado en el proceso de ayuda a la hija; y las madres como figuras autoritarias y exigentes, porque perciben que las hijas han fallado en lo que se esperaba de ellas. Hace falta estudiar el tema con mayor profundidad, haciendo una lectura de cómo el sistema de género juega un papel importante en esta percepción y construcción de las relaciones.

A continuación (ver Tabla 1), presentamos un resumen del recorrido experiencial de las mujeres, en las diferentes fases, haciendo un balance de los factores de protección y de riesgo que influyen en el proceso:

Tabla 1. Resumen del recorrido experiencial de las mujeres entrevistadas

	Antes del tratamiento	Inicio tratamiento	Durante el tratamiento
Tipo de consumo	Psicofarmacos (antidepresivos y ansiolíticos) y alcohol en soledad, oculto y en el ámbito de lo privado.	=	(El consumo pasa de ser el “problema” a ser un mero “síntoma” cada vez más controlable).
Emociones	Vergüenza y culpa. (Doble penalización moral y social ante el consumo por ser mujer).	Emociones de alivio (calma) y actitud de interés una vez tomada la decisión de recibir tratamiento.	50% no desea abandonar 50% sí desea abandonar: poco avance, estigma, machismo, trato no igualitario, no encajar.
Factores riesgo	Malos trato en pareja, autoestima de género devaluada, cargas familiares no compartidas, centralidad de las relaciones heteroafectivas como eje vital fundamental, falta de apoyo por parte de pareja.	Falta de apoyo por parte de pareja. De haber apoyo, o familiar o de alguna amiga.	Conciliación familiar. Accesibilidad transporte. Encajar horarios trabajo. Pareja tóxica (que consume). No identificación con grupos de mayoría hombres.
Factores de protección	Motivación interna y sentirse incapaz de dejarlo sola, presión familiar, amor por sus hijos/as, amor por su madre.	Empoderamiento (sentirse capaz) Salud física y mental Deseo por mejorar funcionamiento familiar Apoyo del equipo terapéutico.	

1.4. Emociones expresadas

Un indicador que hemos querido medir es la emoción, variable que juega un papel importante en la toma de decisiones y que actúa como medidor clave ante una experiencia personal y subjetiva. Por ello, decidimos recoger la emoción en tres fases diferentes:

- Antes de pedir ayuda.
- En el momento de pedir ayuda.
- La emoción por estar en tratamiento.

1.4.1. Acceso a los tratamientos

Antes de pedir ayuda, la emoción anticipatoria que prevalece es la **vergüenza**. Una de las razones por las que las mujeres llegan en menor medida puede ser una emoción tan paralizadora como esta. Puede estar influyendo el hecho de no sentirse identificadas con los recursos, algo que han comentado muchas de ellas en los grupos de discusión, pero habría que estudiar con mayor amplitud el pensamiento o la idea que hay detrás de esta emoción.

1.4.2. Mantenimiento en el tratamiento

Los y las profesionales que han participado en el estudio perciben que las mujeres llegan al recurso con **culpa**, **ansiedad** y **vergüenza**. Emociones que pueden surgir al acudir a un sitio desconocido, donde no sabes lo que te puedes encontrar. Como comentan ellas, esta emoción cambia tras la primera entrevista. A las que habían iniciado tratamiento les preguntamos cómo se sintieron *tras haber tenido el primer contacto* con algún recurso de tratamiento. Son emociones como la **alegría** y **bienestar** las que predominan, en algún caso llegando a decir que ese primer contacto hizo que volvieran y quisieran seguir. Estos resultados son las respuestas que ofrecen las mujeres que se mantienen en tratamiento, por lo que destaca la importancia de la primera experiencia y determinante en muchos casos para continuar en el tratamiento. Autoras como Safran y Muran (2000, 2005), Horvath y Luborsky (1993) y Cañero-Pérez (2018) respaldan que el éxito del tratamiento depende, entre otros factores, del establecimiento de un vínculo terapéutico de contención, calidez y confianza. En un estudio realizado por Quirk, Smith y Owen (2018) concluyen que experimentar una alianza fuerte con las personas que atienden o con el proceso de terapia, supone mayor compromiso con el tratamiento, aumentando la percepción de éxito sobre el mismo.

Tras analizar las emociones expresadas, detectamos la necesidad de realizar una acogida de contención y facilitador emocional, anticipando que las mujeres pueden llegar con vergüenza y culpa a los recursos y ofreciendo una atención que recoja y ofrezca empatía ante estas emociones.

A las mujeres que se mantienen en los recursos de adicciones les preguntamos acerca cómo se sienten *por estar en tratamiento*. En este caso predominan también emociones **de bienestar** y **motivación interna al cambio** (dispuesta, decidida, interesada, atenta e inspirada), con **energía positiva** (animada, entusiasmada y orgullosa), así como con sentimientos de **proactividad** (activa y enérgica). Podemos concluir que las emociones activadoras ayudan en el proceso de mantenimiento de las mujeres en los tratamientos, o viceversa, el hecho de mantenerse en el tratamiento incentive ese tipo

de emociones. Por lo que es imprescindible diseñar los tratamientos, los recursos de adicciones y las intervenciones de manera que activen, refuercen y empoderen a las mujeres.

Las emociones, sobre todo las que surgen de las interacciones relacionales, son variables que influyen en los procesos personales, y como tal, hay que prestarles la atención que merecen (Poblete y Bächler, 2016). En el recorrido experiencial de las mujeres que llegan a los recursos, acceden a ellos y se mantienen, lo que inicia con una emoción que paraliza, continúa con emociones de bienestar y activación que surgen de la interacción con las y los profesionales que las atienden. Autoras como Greenberg, Rice y Elliott (1996) evidencian la importancia de la experiencia con profesionales de la atención como factor influyente para el éxito terapéutico. Esas emociones resultantes hacen que crezcan, avancen y se quieran más. En esta línea, ofrecer contención emocional ante la vergüenza, culpa y nerviosismo con la que llegan a los recursos, puede favorecer el deseo de que quieran volver una segunda vez. Para una correcta adhesión en los dispositivos, además, se deben promover intervenciones activadoras y de refuerzo, fomentando y estimulando el crecimiento de las mujeres como agentes con necesidades y derechos.

2. CONCLUSIONES DEL COLECTIVO DE PROFESIONALES

Responder a la pregunta que nos planteábamos al principio de esta investigación implica, no solo preguntar a mujeres, sino también a quienes trabajan con ellas. Nos hemos puesto en contacto con profesionales de los tres Territorios Históricos, tanto con quienes desempeñan su labor de manera específica en recursos especializados en tratamientos de personas con drogodependencias, como con quienes no lo hacen, pero tienen contacto profesional con esta población de mujeres.

2.1. Visión de quienes trabajan dentro de los dispositivos de tratamientos específicos en adicciones

Blanco, Palacios y Sirvent (2002) indican la necesidad de un tratamiento específico para mujeres como vía para reducir el fracaso terapéutico que hoy en día existe en la intervención con mujeres. Además, en una encuesta realizada a profesionales por Arostegui y Urbano (2004) se señala que con las mujeres con drogodependencias se debe trabajar de forma específica en aspectos como la sexualidad, las emociones y los afectos. Además, apuntan la necesidad de trabajar, entre otros, sobre: las habilidades sociales; la feminidad; el estigma relacionado con el sexo y el género (prostitución, maltrato, etc.); la autoestima y autoimagen; y las relaciones familiares.

Es por ello que una de las cuestiones en las que hemos detenido nuestra investigación está relacionada con qué aspectos se trabajan dentro de los recursos encuestados. En este sentido, el 70% de profesionales indica que suelen ser cuestiones relacionadas con:

- Situaciones de **violencia machista** en pareja.
- Problemas y/o malestar en las **relaciones** afectivas.
- Cuestiones asociadas al rechazo de la propia **imagen corporal** o al anhelo por seguir los cánones de belleza establecidos a nivel social.
- La **maternidad** y los sentimientos asociados a ésta (por ser madre y por no ser madre).
- La búsqueda de una **sexualidad** más placentera y saludable.

No sólo es importante trabajar estos aspectos, sino que hay que hacerlo desde la adopción de una **perspectiva de género**, que establece una categoría de análisis estructural, simbólica e individual de comprensión e intervención basada en la teoría del sistema sexo-género (Rubin, 1975) y **feminista**, que toma en cuenta el contexto desigual de distribución del poder en el análisis del problema, examina cómo esas inequidades, históricamente, dan forma a los patrones internos, personales e interpersonales, y a la forma de entender y estar en el mundo como mujeres (Arostegui y Martínez Redondo 2018).

Cómo se acercan las mujeres a los recursos es otro importante aspecto sobre el que hemos preguntado: el 80% de ellas acuden acompañadas al recurso, lo que para el 29% de profesionales no consideran que se trate de un acompañamiento protector y el 22,5% indican que el acompañamiento es más “logístico” (llevarles y recogerles) que emocional (de escucha activa y comprensión empática).

Consideran que, para facilitar el acceso y el mantenimiento de las mujeres con drogodependencias a los tratamientos, son esenciales:

- La asequibilidad (económica, horaria, geográfica).

- La calidad de las instalaciones.
- La atención específica y accesible para casos de emergencia.

El 80% de quienes trabajan en recursos específicos para el tratamiento de personas con drogodependencias considera que su labor profesional se ve más dificultada por el caso clínico y factores de personalidad que por el sexo al que pertenezcan, centrando sus intervenciones en sintomatologías y procesos de recuperación.

Los y las profesionales que trabajan con mujeres con drogodependencias señalan que les resultan llamativos:

- A un 29.7%: la vulnerabilidad que perciben en las mujeres relacionadas con factores emocionales (sentimientos de culpa, la baja autoestima y la presión por el estigma social que supone “ser mujeres que consumen”).
- Las cargas familiares (19%) que son asumidas por una mujer en respuesta a los roles tradicionales.
- Seguido irían aquellas casuísticas relacionadas a la dependencia emocional (14.8%) que pueden vivir las mujeres y que parecen acentuarse con el consumo de drogas.
- Vivencias de violencia machista (9.4%).
- Tres profesionales que trabajan en asociaciones dirigidas a personas en riesgo de exclusión social, mencionan la extrema vulnerabilidad añadida a aquellas mujeres que viven en la calle.

2.2. Visión del conjunto de profesionales participantes

Más de la mitad del colectivo completo de profesionales que han participado en esta investigación (59.6%) considera que, las mujeres, por el hecho de serlo, **tienen dificultades para acceder** a un recurso de tratamiento por adicciones. Este porcentaje es superior cuando se trata de la opinión de quienes asisten específicamente casos de drogadicción (62.85%) en comparación con quienes no trabajan específicamente con adicciones (56.6%). En este sentido, la práctica totalidad de profesionales (93%) coincide en que **“No hay barreras objetivas que impidan el acceso de ningún tipo de población, solo barreras subjetivas que retrasan el reconocimiento del problema y el acceso a tratamiento”**. Si bien nos hemos encontrado a lo largo de todo este proceso con profesionales participativos, interesados en nuestro ámbito de investigación y con deseo de desempeñar su trabajo de manera transversalizada por la visión y estrategias de género, es en valoraciones como éstas donde podemos inferir que las barreras objetivas que dificultan a las mujeres poder acceder de manera igualitaria a los recursos pasan desapercibidas incluso a profesionales con interés y voluntad. Constatar esta realidad refuerza la necesidad de llevar a cabo formaciones específicas de calidad.

Las dificultades que viven en las mujeres a la hora de no acceder o de retrasar la llegada a tratamiento, están asociadas a los roles de género tradicionales:

1. Priorización del cuidado a otras personas en lugar de a ellas mismas.
2. Estigma social y ocultamiento de la adicción.

3. Recursos utilizados mayoritariamente por hombres.
4. Aspectos biomédicos (salud mental, medicalización de sus vidas...).
5. Falta de coordinación entre recursos (maltrato institucional).

A la pregunta sobre si las mujeres encuentran o no **dificultades para mantenerse** en tratamiento por adicciones, el 62.3% del colectivo de profesionales indica que Sí:

- Problemas relacionados con la **conciliación familiar** y las cargas del cuidado doméstico.
- Miedo a que el tratamiento se prolongue en el tiempo y puedan quitarle la custodia de hijas o hijos o se hable mal de ella (**estigma social y miedos**).
- Que los grupos están mayoritariamente compuestos por hombres, lo que incide en que a lo largo de las sesiones grupales no se trabajan **aspectos que a ellas más puede afectarles** (maternidad, trastornos de alimentación, sexualidad, violencia, sentimientos de culpa, etc.).
- Así mismo, un 16.5% de profesionales comparte la sensación de que hay mujeres que no esperan hasta la finalización del tratamiento por el **sufrimiento** añadido que supone ir abriendo heridas en cada sesión y que no está siendo adecuadamente acompañado.
- En menor porcentaje, se han señalado aspectos relacionados con incompatibilidades laborales y no contar con apoyo social.

Algo más de un tercio (37.3%) resalta que, una vez que las mujeres acceden al tratamiento, NO suelen abandonar fácilmente.

El 93.8% coincide en que existe poca **demand**a de tratamiento por parte de mujeres (mucho menor de la que realmente lo requieren). Atribuyen la causa sobre todo a factores interpersonales y socioculturales (cargas familiares, doble penalización social, ocultación del consumo y problemática no visibilizada) y, en menor medida, a factores personales (no conciencia del problema, falta de empoderamiento, falta de motivación interna. Esta generalizada valoración de que son causas internas a las propias mujeres las que hacen que no acudan más en demanda de tratamiento, y no son conscientes de que son las realidades con las que se encuentran en sus contextos vitales las que dificultan la demanda y la menor asistencia a los recursos. Hay que tener en cuenta factores sociales, culturales, familiares, económicos, inherentes a los propios recursos (entre otros) que son los que dificultan y, en muchas ocasiones, impiden su acceso a tratamientos. Ello evidencia que resultan imprescindibles formaciones feministas que permitan reconocer las influencias que las construcciones basadas en el género causan en las vidas de las mujeres.

2.3. Visión de quienes trabajan fuera de los dispositivos de tratamientos específicos en adicciones

Quienes desarrollan su labor profesional en ámbitos ajenos al tratamiento de adicciones pero que sí tienen contacto profesional con mujeres con drogodependencia tienen un papel fundamental a la hora de **detectar, orientar y derivar** a las mujeres a los recursos adecuados. Casi una cuarta parte (23%) de quienes han participado en este estudio asegura desconocer el diseño actual de los recursos existentes para el tratamiento de adicciones. Esto hace que sea muy importante dar a conocer entre

este colectivo los servicios existentes. Además, sólo un 21% tiene una valoración positiva de los mismos y consideran que han evolucionado favorablemente. Su visión mayoritaria (56%) considera insuficiente el servicio que se está ofreciendo desde la CAPV. Subrayan tres aspectos de mejora:

- Relevancia de incluir formación, investigación y tratamiento con **perspectiva feminista de género**.
- Necesidad de ofrecer un **servicio integral** que incluya articular diferentes recursos y enfoque multidisciplinar del abordaje, más allá de la reducción de la sintomatología.
- Mejorar la **accesibilidad** al recurso y visibilización de los servicios.

Esta realidad pone el acento en la importancia clave de poner en marcha una adecuada planificación estratégica y global de difusión tanto de los recursos existentes como de sus buenas prácticas para que sean estos profesionales quienes colaboren en hacer de puente entre éstos y las mujeres con quienes trabajan.

2.4. Visión de género

Un 71.15% de la totalidad de profesionales participantes en este estudio **afirma haber recibido formación en género** o haberse informado sobre teorías feministas, entre otras, aquéllas asociadas a la salud mental. Esta tasa es algo inferior en la submuestra que trabaja dentro del sistema de atención a adicciones (65.7%), en comparación con un 76.6% de profesionales que trabajan fuera de este sistema.

De la totalidad que ha recibido formación en género, el 86.7% afirma que la formación en perspectiva de género recibida **le ha resultado útil** para el desempeño de su trabajo actual.

Del resto que no han recibido ninguna formación ni acudido a charlas asociadas a la temática, la práctica totalidad (91.42%) considera que **Sí es necesario** tener formación al respecto.

Teniendo en cuenta la relevancia otorgada a la perspectiva de género, preguntamos a la totalidad de profesionales acerca de cambios o mejoras que proponen en el diseño del recurso:

- Un 29.8% considera que se necesita más **formación en género**.
- El 17.7% opina que se debe trabajar con herramientas específicas para el **empoderamiento de las mujeres**.
- Generar grupos de hombres para trabajar **nuevas masculinidades con perspectiva de género** es importante para el 13.25%.
- Otro aspecto a mejorar que también ha sido mencionado, aunque en menor proporción, ha sido el de generar **redes de trabajo** para cubrir necesidades específicas de las mujeres (12.7%).
- En menor medida (11.6%) subraya la importancia de **sensibilizar y visibilizar** a la ciudadanía sobre la problemática (personal y social) que rodea a una mujer con drogodependencia.
- Las ideas menos mencionadas, pero no por ello menos relevantes, tienen que ver con la valoración de la **formación sistémica** (5.5%), formación específica en **adicciones** (5%) y con mayor **investigación** sobre mujeres y adicciones (4.4%).

Con respecto si creen que hay diferencias en los **patrones de consumo** entre mujeres y hombres, el 100% del colectivo de profesionales que atienden problemáticas de adicción considera que Sí las hay, mientras que este porcentaje desciende hasta el 86.6% cuando responden profesionales que

no trabajan específicamente en adicciones. Resaltan diferencias relacionadas con el acceso a las sustancias, tipos de sustancias y hábitos de consumo.

A continuación, presentamos una tabla resumen (ver Tabla 2) sobre las opiniones recogidas de profesionales:

Tabla 2. Visiones de profesionales sobre las líneas de mejora y sobre la perspectiva de género

	Profesionales “dentro” de los recursos	Profesionales “fuera” de los recursos
Líneas de mejora	- Trabajo desde perspectivas de género y feministas con grupos de mujeres, de hombres y mixtos. - Mejora de la accesibilidad (económica, horaria, geográfica). - Atención específica y accesible para casos de emergencia.	- Formación, investigación y tratamientos con perspectiva de género. - Servicios integrales y multidisciplinarios. - Mayor visibilización de los recursos. - Mejora de la imagen y valoración de los recursos.
GÉNERO		
- Existencia de barreras de género para la accesibilidad y mantenimiento en los tratamientos: auto y heterocuidados, estigma social, violencias, - Importancia de una formación en género y feminista. - Trabajo en empoderamiento y co-construcción de redes formales de apoyo.		

3. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN E INTERVENCIÓN

Mujeres y hombres acuden de modo desigual a los recursos de tratamiento de adicciones. Todos los datos existentes en relación con la demanda y acceso así lo revelan, y así ha sido constatado también en este estudio. Son varios los factores que influyen en este fenómeno y por lo tanto varios los aspectos y cuestiones a mejorar.

Es importante centrarnos en el diseño de la intervención, poniendo en marcha propuestas ya planteadas y presentando intervenciones innovadoras, de modo que las mujeres sean tratadas con estrategias que respondan a sus necesidades y realidades. También es muy importante y necesario mejorar la red de acceso a los tratamientos de adicciones. En este sentido, sería interesante ir modulando la visión masculina que se tiene de la adicción a sustancias para pasar a un proceso de **feminización de la mirada social** que se tiene de las adicciones y que las mujeres también sean visibilizadas en sus realidades, necesidades e intereses.

Además de la transformación de los contenidos, de las formas y vías de información y publicidad acerca de los tratamientos, los propios recursos asistenciales deben modificarse y ofrecer servicios más adecuados a las diversas realidades. Brady y Ashley (2005) señalan tres elementos claves en los tratamientos de adicciones:

- Servicios adjuntos (transporte, cuidado de hijos, hijas o guarderías).
- Servicios que se dirijan a necesidades específicas o aspectos pertinentes (trabajo de la maternidad, sexualidad placentera, prevención de VIH, servicio de salud mental etc.).
- Programas o servicios con presencia solo de mujeres que trabajen con ellas desde una perspectiva feminista y empoderante.

Existen muchas evidencias sobre los beneficios terapéuticos de crear tratamientos solo para mujeres, o de crear espacios sólo de mujeres en tratamientos mixtos. De forma general, Ashley y su equipo (2003) realizaron una revisión bibliográfica de 38 estudios sobre tratamientos específicos para mujeres, encontrando que estos programas se pueden concebir a nivel general únicamente con mujeres ingresadas en el centro, o a nivel particular con terapia grupal para mujeres dentro de centros mixtos. 37 estudios mostraron efectos positivos en cuanto a adherencia y a los resultados del tratamiento. Dichas mejoras, según los autores, se debieron a:

- Inclusión de servicios adjuntos, como por ejemplo servicio de cuidados de menores, trabajo en torno a la construcción de relaciones igualitarias, salud y disfrute sexual, asesoramiento a nivel socio-laboral o judicial.
- Facilitación de accesos a los tratamientos.
- Diseño de contenidos de los tratamientos orientados a las necesidades y realidades de las mujeres.
- Creación de un clima de confianza y sororidad entre las mujeres, que favorezca compartir experiencias traumáticas comunes como: maltrato, los sentimientos de vergüenza y culpabilidad, violencias sexuales.

Hay que estudiar con mayor profundidad cuáles de los aspectos propuestos por Ashley et al. (2003) deben ser modificados y cómo, pero lo que queda claro es que el contenido y formato de los tratamientos debe ser revisado y adecuado a las realidades de las mujeres, al contexto machista y patriarcal en el que viven y además, se deben incorporar servicios adjuntos para que la atención sea global, conozca la realidad de género y responda de manera feminista a las necesidades de las personas.

A continuación, vamos a proponer actuaciones e intervenciones desde una perspectiva de género y feminista. Comenzando con propuestas en las que entendemos como primera forma de “intervención”, que es la prevención, para pasar a cuestiones que deberían incluirse, reformularse o reforzarse y que se facilitara el acceso y mantenimiento en los tratamientos. Por último, se proponen algunas líneas futuras de investigación en las que será fundamental seguir trabajando.

3.1. Prevención en drogodependencias y perspectiva de género

No hay suficiente investigación publicada para confirmar si los programas de prevención basados en la evidencia tienen la misma efectividad para los chicos y para las chicas.

La mayor parte de programas de prevención tratan de evitar el consumo de drogas mediante el fortalecimiento de los factores protectores. Por ejemplo, la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales o resolución de conflictos. Belknap (2001) y Chesney-Lind, (2000) señalan que los programas no pueden ni deben centrarse solo en los chicos, ni pueden mostrar que son útiles para las chicas a partir de modelos basados en la evidencia empírica en varones.

La mayoría de niñas que reciben programas de prevención en drogodependencias, lo hacen de programas creados para una racionalidad masculina. El mundo de las drogas y de la delincuencia son espacios tradicionalmente vinculados a lo público, y por lo tanto a lo masculino y se observa que los programas de prevención comunitaria en delincuencia y drogodependencias tienen buenos resultados para los ellos. Pero estudios de programas como el que Yin y Ware (2000) sobre un programa de prevención comunitario, señalan que no encuentran efectos positivos en las chicas, e incluso en algunos casos los resultados llegan a ser negativos.

La única excepción en esta línea son los programas para la prevención del tabaquismo, en los que hay publicados suficientes resultados de la investigación con análisis de género que sugieren que sus efectos son más intensos para las niñas y mujeres jóvenes (Blake, Amaro, Schwartz, y Flinchbaugh 2001).

En la siguiente tabla (Tabla 3) se plantea una propuesta de las características generales que deben tener los programas de prevención selectiva en adolescentes y mujeres jóvenes:

Tabla 3. Propuestas de prevención selectiva para mujeres jóvenes y adolescentes

PROGRAMAS QUE REFUERZEN	PROFESIONALES ESPECIALIZADAS EN	CARACTERÍSTICAS GENERALES
-Relaciones familiares. -Supervisión y acompañamiento marento-parental. -Habilidades de comunicación.	-Relaciones y habilidades de comunicación. -Diferencias de género en: *<i>inicio.</i> *<i>abuso.</i> *<i>consumo continuado.</i> -Abusos sexuales. -Polivictimización. -Itinerarios delincuenciales. -Etapas de desarrollo y procesos vitales de la adolescencia femenina.	-Orientados a niñas y mujeres jóvenes. -Consideración de las características personales. -Adaptación a las personas y sus problemas reales. -Tener en cuenta la influencia de la familia, cultura y publicidad de los medios. -Importancia de las conexiones positivas con personas adultas y grupos de iguales. -Relaciones sanas, respetuosas e igualitarias. -Acceso a personas de referencia y apoyo. -Imagen corporal. -Sexualidad respetuosa, sana y placentera.

Es necesario profundizar en el conocimiento de cómo poder fortalecer los ambientes seguros y positivos en el hogar, la escuela y la comunidad y cómo poder desarrollar tutores de resiliencia.

3.2. Acceso a los tratamientos

Pensamos que el acceso a los tratamientos debe ser **más atractivo** para las mujeres con problemas de adicciones. Para ello, el NIDA (2005) marca que es imprescindible incluir a las mujeres en todos los aspectos de la planificación y la investigación. En el punto concreto del acceso, y afinando aún más en la “promoción” de los recursos existentes, es imprescindible hacer ese trabajo de acercamiento y accesibilidad de los tratamientos para ellas. A continuación, vamos a marcar algunas líneas de intervención que nos parecen importantes de cara a mejorar el acceso a los tratamientos de adicciones para las mujeres.

3.2.1. Publicidad y difusión de los recursos de tratamiento de adicciones

Es importante modificar la visión existente de los recursos mediante el diseño y la difusión de imágenes y mensajes que resulten atractivos e inclusivos para las mujeres.

Planteamos un diseño de las **campañas publicitarias y de sensibilización** transversalizado por una mirada de género y feminista que acabe con el ideario expresado por muchas de las mujeres que hemos entrevistado y que anticipan los tratamientos con un entorno hostil e incómodo para con ellas.

Para ello proponemos, entre otras:

- Cambio de nombres de los tratamientos.
- Cambio de logotipos.
- Cambio de campañas de prevención y publicidad de los tratamientos.

Por otro lado, es importante realizar una difusión y publicidad que **informen a profesionales** sobre los recursos existentes y poder así cambiar la imagen que estos tienen sobre los tratamientos, garantizando un efectivo trabajo en red. Según los resultados obtenidos en este estudio, el 23% de profesionales que trabajan fuera de los recursos específicos desconocen el diseño actual de la red de recursos de tratamiento de adicciones y solo el 21% tiene una visión positiva de los mismos. Además, el 11,6 % de profesionales que han participado subrayan la importancia de sensibilizar y visibilizar a la ciudadanía sobre la problemática que rodea a las mujeres con adicciones.

Los datos obtenidos, así como la bibliografía existente refieren la necesidad de avanzar en la **visibilización y difusión** de los recursos como forma de facilitar el acceso.

3.2.2. Visibilización y detección precoz

Los resultados de esta investigación nos permiten afirmar que las mujeres, en general, siguen consumiendo de manera oculta, aislada, invisibilizada por un entorno que las ignora y oculta la situación que estas mujeres viven.

Al ampliar el conocimiento de la realidad a la que estas mujeres se enfrentan y al difundir de manera adecuada los recursos de tratamiento existentes entre los distintos profesionales que tienen relación con mujeres con drogodependencias (Atención Primaria, Centros de Salud Mental, Equipos de Intervención Social y Comunitaria, otros dispositivos) se facilita su pronta detección y también una correcta derivación a los mismos.

Para garantizar una atención temprana, también se deberían diseñar **protocolos de detección** para implementarlos en los diferentes servicios y así poder llevar a cabo una correcta y temprana detección y después poder realizar la correspondiente derivación, evitando así un mayor deterioro, una cronificación o deterioro del problema.

3.2.3. Atención telefónica especializada

Los y las profesionales que han participado en la presente investigación y que trabajan dentro de recursos especializados resaltan la importancia de realizar una atención telefónica especializada y diferencial desde el primer contacto o **primera llamada**. Ésta podría responder a un protocolo de actuación que incluyera:

- Preguntas de **triaje** y valoración que permita hacer una atención y derivación adecuada a las necesidades.
- Poner especial atención a situaciones de:

- Violencia machista.
- Situaciones de riesgo para su salud física y mental.
- Riesgo de suicidio.
- Intervenir de manera **empática y cálida**.

Sería importante facilitar:

- El modo de contacto (nuevas tecnologías, atención desde el anonimato para eliminar barreras iniciales, miedo, vergüenza...).
- Diseño de protocolos de acceso a la primera entrevista más ágiles y adecuados.
-

Para poder realizar de forma adecuada esta atención telefónica es imprescindible contar con formación en género, visión feminista y conocimiento de recursos existentes con los que tejer recursos de apoyo y trabajo coordinado en red.

3.2.4. Trabajo en el ámbito Socio-Laboral

La precariedad económica en la que estas mujeres se ven inmersas en muchas ocasiones aumenta las dificultades con las que se encuentran para poder acudir o mantenerse en los tratamientos. Consideramos fundamental incorporar en los mismos, desde su inicio, una figura profesional con una amplia formación en género y una mirada feminista que acompañe en la búsqueda de:

- Recursos económicos que permitan una adecuada solvencia.
- Recursos humanos que ayuden en el cuidado de personas dependientes para que esta realidad no suponga un lastre en su proceso de empoderamiento y salida de la drogodependencia.
- Recursos específicos: como el transporte, ayuda para encontrar empleo y educación psicosocial en múltiples campos. El o la **profesional de la intervención social** en los tratamientos de adicciones es habitual, pero como ocurre con otras intervenciones, habría que revisar muchos aspectos que podrán ser mejorados. En concreto una intervención que tenga más en cuenta todo lo planteado desde un enfoque de género.

En la siguiente tabla (Tabla 4) figuran algunas funciones para trabajar con profesionales de la inserción socio-laboral:

Tabla 4. Aspectos del trabajo socio-laboral con mujeres desde la entrada al tratamiento.

FUNCIONES:
-Búsqueda de recursos económicos.
-Co-construcción de redes sociales de apoyo.
-Modificación de hábitos y desarrollo de recursos de socialización adecuados.
-Educación psicosocial.
-Inserción sociolaboral.
-Mejora de la formación.

3.2.5. Servicios de cuidado para personas dependientes

La proporción de mujeres que tienen personas a su cargo y que han participado en este estudio es la siguiente: Del grupo A, 68%, el grupo B, 44,7%, del grupo C, 88,8% y del grupo D%, 28,6%. Teniendo en cuenta estos resultados, se observa necesario el diseño de mecanismos de cuidado para las personas que están a cargo de las mujeres que acceden a tratamiento.

Sería necesario un servicio de cuidado de personas dependientes. Mediante este servicio se trabajarían dos objetivos, además de facilitar el acceso de las mujeres a tratamiento:

- Una **socialización de los cuidados**, de manera que el cuidado pasara a ser una función social.
- Favorecer la **coparticipación** de los mismos, donde participarían más agentes en estas funciones.

De este modo se realiza pedagogía en socialización de los cuidados para que no recaiga la responsabilidad específicamente en ellas y que eso no limite el acceso a recursos. Así se promovería un cambio de visión de los cuidados, para que la sociedad pudiera beneficiarse de la participación en los mismos.

3.3. Mantenimiento en los tratamientos

El **vínculo** es uno de los factores fundamentales del éxito terapéutico de un tratamiento psicológico y en adicciones no es diferente. Para ello, los programas de tratamiento deben seguir con esa visión diferencial que aporta la perspectiva de género, ofreciendo **espacios y contenidos** para tratar con ellas y también con ellos. Por lo tanto, deben introducirse sistemáticamente una cantidad de temas a tratar en espacios que propicien su intervención.

Según Covington (2000) para que un tratamiento sea efectivo en la atención a mujeres debe crearse un clima que facilite la recuperación y para ello se requiere de:

- **SEGURIDAD:** un entorno seguro de abusos físicos, emocionales o sexuales.
- **CONEXIÓN:** relación de ayuda segura y no autoritaria. Escucha activa, empatía, respeto y la conexión deben ser factores presentes en todo momento y en todo espacio del tratamiento.
- **EMPODERAMIENTO:** que las mujeres tomen decisiones sobre sus vidas, que se sientan respetadas y se confíe en sus capacidades.

Cuando se trata de trabajar en un grupo mayoritariamente de hombres, surgen **mecánicas, interacciones y diferentes maneras de relacionarse** entre hombres y mujeres del grupo y que propician la intervención de profesionales. Por ende, instamos a la sensibilización, concienciación y formación feminista ante cuestiones de género que se escapan en el trabajo diario en un grupo de características mencionadas e influyen de un modo no adecuado en la atención a las mujeres.

Tal y como han mostrado los resultados de este estudio, existe la necesidad de ofrecer un servicio integral que garantice la articulación de diferentes recursos y un enfoque **multidisciplinar del abordaje**, más allá de la reducción de la sintomatología, además de mejorar la formación y la investigación para que el mantenimiento en los tratamientos sea mayor.

Por lo expuesto anteriormente y como vamos a exponer a continuación, proponemos una **sistematización de tareas e intervenciones** concretas, que sean medibles y palpables para facilitar su implementación.

3.3.1. Grupos de mujeres

Diversas autoras señalaron, tras comparar grupos conformados sólo por mujeres y grupos mixtos, que las primeras introdujeron en su tratamiento aspectos y temas a tratar comunes que en los grupos mixtos no se expresaban (Beschner et al., 1981; Reed y Leibson, 1981; Reed, 1985). En los tratamientos de adicciones sería fundamental establecer espacios diferenciales en los que de manera estructurada se pudieran trabajar temas concretos. En un grupo integrado solo por mujeres en el que se sientan identificadas, puedan dialogar y desarrollar relaciones de apoyo no competitivas y puedan hablar de temas sensibles hace que mejoren en sus procesos terapéuticos (Arostegi y Martínez Redondo, 2018).

Algunos de los resultados positivos que se han observado tras la participación en tratamientos exclusivos en comparación con tratamientos mixtos son: mayor permanencia, terminación del proceso de tratamiento (Claus et al., 2007; Villagrà y González, 2013), pero hay una falta de criterios y de estudios controlados que permitan concluir evidencias claras en cuanto a la forma integrada de intervención.

La siguiente tabla (Tabla 5) muestra los temas que según Castaños et al. (2007) son objeto de trabajo en los tratamientos de adicciones y que a su vez son aspectos que las mujeres reclaman tratar:

Tabla 5. Objetivos de trabajo con mujeres en tratamiento de adicciones

PUNTOS A TRATAR	OBJETIVOS ESPECIFICOS
AUTOESTIMA	-Reconocer sus recursos y cualidades. -Identificar y expresar los propios sentimientos. -Necesidades y deseos. -Propiciar el autocuidado. -Establecer relaciones sanas. -Trabajo en respeto de valores personales. -Trabajo en la auto-responsabilización.
RELACIONES AFECTIVAS	-Trabajo del modelo interno de los patrones relacionales. -Ruptura de esquemas de desigualdad. -Relaciones afectivas sanas y de buenos tratos. -Manejo de la intimidad afectiva.
VIOLENCIA	-Espacios en los que poder compartir y elaborar experiencias de violencia. -Explicación de los ciclos de la violencia. -Otorgar espacios y alternativas de seguridad. -Dar información sobre recursos emergencia concretos ante situaciones de violencia. -Derivación a servicios jurídicos.
MALOS TRATOS	-Identificar las diferentes formas de maltrato. Los ciclos de violencia. - Valores y mensajes culpabilizadores y maltratantes. -Expresión, verbalización y elaboración de experiencias y emociones. - Co-construcción de entornos seguros para las mujeres. - Empoderamiento individual y colectivo. -Búsqueda de apoyos externos (sociales o profesionales). -Derivación a servicios jurídicos. -Ayudar a entender y superar las consecuencias que los malos tratos han tenido en su vida y en su forma de ver el mundo y reaccionar ante él.
IMAGEN SOCIAL	-Fortalecer autoestima y autoconcepto. -Modificar esquema interno sobre lo que se cree que piensan los demás.
MATERNIDAD	-Análisis de expectativas ante la maternidad. -Revisión de modelos familiares. -Reflexión sobre los estereotipos de género en el ejercicio de la maternidad.
SEXUALIDAD	-Potenciación de una sexualidad sana, placentera y voluntaria. -Aceptación del propio cuerpo. -Promoción de conductas sexuales seguras.
ABUSOS SEXUALES	-Generar espacios seguros y de confianza para poder trabajar experiencias y superar consecuencias. -Modificación de la asociación entre afecto y contacto físico sexual.
FAMILIA DE ORIGEN	-Trabajar sus relaciones familiares para integrarlas y ver si hay alternativas de mejora. -Trabajo sobre de las experiencias de la familia de origen.

	-Comunicación intrafamiliar.
EXPRESIÓN Y TRABAJO EMOCIONAL	-Favorecer en todos los espacios la expresión y elaboración de emociones y sentimientos. -Actividades y técnicas que ayuden a integrar emociones y experiencias asociadas a éstas.

Para ello diferentes autoras recomiendan (Arostegui y Martínez Redondo, 2018; Calvo, 2004; Copeland, 1997):

- Los grupos de mujeres deben estar incluidos en los tratamientos de adicciones, aprovechando la potencia terapéutica de los grupos.
- Se deben abordar temas concretos, aquellos que afectan a las mujeres con adicciones.
- Profesionales con sensibilidad y formación en género y adicciones.
- Enfoque motivacional y no confrontativo.
- Intervenciones de carácter social, sanitario y educativo.
- Evitar la retraumatización y el abandono del tratamiento y por ende, las recaídas.
- Necesidad de continuar investigando sobre el trabajo con mujeres con adicciones e incidir en los aspectos que favorezcan la adherencia al tratamiento y el mantenimiento satisfactorio de resultados.

3.3.2. Grupos de hombres

Es fundamental trabajar con los hombres que acuden a tratamiento aspectos relacionados con el género desde una perspectiva feminista en espacios habilitados o diseñados para ello. Probablemente será necesario hacer un trabajo de deconstrucción de los **constructos masculinos de género**, con sesiones estructuradas que puedan ampliar y mejorar la visión de los hombres que se encuentran en tratamiento, otorgando otra forma de ver y mirar el mundo en relación con el género.

Debemos señalar también que además del trabajo grupal, el individual sigue siendo igual de importante y también se deben abordar cuestiones relacionadas con el género.

Este tipo de trabajo probablemente mejore la convivencia en grupos mixtos pudiendo optimar la adaptación y mantenimiento de las mujeres en los tratamientos.

El enfoque desde una perspectiva de género analizaría, entre otras cosas, las consecuencias del género en la propia identidad masculina. Pudiendo llegar a entender cómo eso mismo hace que los hombres se coloquen en un estatus simbólico superior. A partir de ahí se pueden tratar aspectos internos de los hombres mucho más profundos (ASECEDI, 2009).

Siguiendo la propuestas de Greif y Cols. (2009), estos puntos son fundamental a la hora de intervenir desde un enfoque de género con grupos de hombres y se presentan en la tabla 6:

Tabla 6. Objetivos a trabajar con hombres en tratamiento de adicciones

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
RELACIONES CON MUJERES Y FIGURAS FEMENINAS EN SUS VIDAS	-Conocer los roles de las mujeres a través de la vida de uno mismo (madres, abuelas, parejas, etc.) -Comprender como se han relacionado con ellas. -Conocer y comprender el comportamiento actual respecto a las mujeres. -Cambiar el tipo de relación que se tiene con las mujeres.
EXPRESIÓN EMOCIONAL	-Trabajo individual previo. -Comprensión y clarificación de los sentimientos propios y de las demás personas. - Prejuicios de fortaleza Vs. Expresión emocional. - Consumo de drogas y enmascaramiento emocional. -Proponer acciones que permitan la expresión emocional, tanto de manera individual como grupal. - Sexualidad sana, placentera y respetuosa.
MANEJO DE DINERO	-Romper mitos sobre el poder del manejo del dinero. -Favorecer el sentimiento de competencia con características internas y no con externas como el dinero u otros bienes materiales. -Expresión de sentimientos en relación a la ausencia de ingresos o de trabajo durante el período de tratamiento.
TRABAJO CON LA FAMILIA	-Desligarse del papel de proveedores de recursos en el ámbito doméstico. -Acciones destinadas a modificar pautas de comportamiento y expresión emocional con la propia familia, romper roles rígidos.
PATERNIDAD	-Trabajar aspectos de la propia crianza. -Compartir dificultades en relación a la disciplina y control de sus hijos. -Conocer y comprender el comportamiento actual respecto a los hombres. -Compartir la perspectiva de ser padre y la experiencia vivida como hijo.
CONSUMO Y MASCULINIDAD	-Romper visión tradicional que une el consumo con la masculinidad. -Transformar prejuicios romper mitos entre el consumo y la relación interpersonal entre hombres.
RED DE APOYO	-Desarrollo de sistemas de apoyo social más adaptativos. -Comprensión de cómo se han establecido y mantenido las relaciones en sus vidas. -Propiciar actividades colaborativas y no tanto competitivas. -Desarrollar la introspección y el cambio de comportamiento.
VIOLENCIA	-Profundizar en la comprensión de la relación existente entre género y ejercicio de la violencia. -Favorecer que se puedan expresar vivencia de conductas violentas ejercidas o recibidas (malos tratos en la infancia, vivencias de abusos, utilización activa de la violencia etc.) -Acciones que reduzcan uso de la violencia en sus patrones conductuales y relacionales.

Para ello recomendamos:

- Tratamiento de los temas mencionados de manera protocolizada y desde una perspectiva feminista.
- Profesionales con formación feminista en género y adicciones.
- Promoción de actitudes reflexivas y críticas de los propios pensamientos y actitudes.

- Intervenciones educativas en las propias situaciones de los grupos en los que conviven durante el tratamiento.
- Emplear técnicas que favorezcan la empatía.
- Continuar investigando sobre la forma de intervención efectiva con hombres.

3.3.3. Trabajo con familiares

Cuando la familia (bien la de origen como la construida por la mujer) está presente a lo largo del tratamiento, es muy importante trabajar:

- Sus funciones dentro del tratamiento.
- Historia relacional y consumo de sustancias.
- Empatía.
- Apoyo a los procesos de empoderamiento.
- Manejo de las discrepancias.
- Comunicación bientratante y respetuosa.
- Procesos de emancipación de la mujer en tratamiento.
- Procesos de culpa y responsabilización.
- Roles intrafamiliares.

También resulta importante trabajar con las mujeres que estén en tratamiento sin el acompañamiento de ningún familiar:

- Roles desempeñados y relaciones intrafamiliares.
- Historia de conflicto y superación del mismo.
- Comunicación.
- Alternativas de resolución adecuada de conflictos.
- Asunción y procesos de superación de las ausencias.

3.3.4. Trabajo con redes de apoyo

Según Curtis-Boles y Jenkins-Monroe (2000) el entorno familiar y social apoya en menor medida a mujeres que a hombres en un proceso de tratamiento. Teniendo en cuenta que muchos recursos y dispositivos de tratamiento requieren de la familia o de una red de apoyo para la continuidad en el mismo, es fundamental introducir mecanismos que suplan esta realidad. Por ello, sería importante:

- Que los tratamientos de adicciones llevaran a cabo una profunda reflexión en torno sus criterios de admisión.
- Facilitar agentes de apoyo para los tratamientos.
- Cambio y adaptación y el cambio de criterios de admisión a los tratamientos de adicciones.

4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

4.1. Formación en género y el sexo del/a profesional de atención

Existen datos que confirman que con la coincidencia de sexo entre usuaria y profesional se logran mejores resultados de retención y de éxito terapéutico (Sterling, Gottheil, Weinstein, y Serota, 2001). Teniendo en cuenta esta referencia sería interesante ahondar en este aspecto para sacar resultados más concluyentes, por ser un factor que puede estar afectando al mantenimiento en el tratamiento. Sería importante que hubiera un criterio de selección de los equipos y poder paliar dicha carencia en caso de existir. El proceso de identificación con la terapeuta es fundamental en un proceso terapéutico, teniendo en cuenta esto, vemos la necesidad de seguir investigando.

Aunque en nuestros resultados hemos recogido que la mayoría de las mujeres entrevistadas reportan no tener preferencia del sexo de la persona que les atienda, creemos conveniente analizar el papel que juega o cómo influye el proceso de asimetría de género en la visión que puedan tener acerca de ser atendidas por hombres terapeutas.

4.2. Trabajo con perspectiva de género en los grupos mixtos

Vemos la necesidad de desarrollar trabajos de investigación para analizar si en los grupos mixtos donde la proporción de mujeres y hombres es desequilibrada y existen dificultades para trabajar diferentes temas (violencia, sumisión, empoderamiento, feminismo, machismo, etc.) desde una perspectiva feminista de género, son a causa de la propia composición del grupo (proporción de mujeres y hombres) o a causa de la capacitación de quienes coordinan estos grupos.

4.3. Variables que han quedado fuera del alcance del presente estudio

Aunque son realidades vividas por mujeres con las que hemos contado en el presente estudio, algunas variables se han quedado fuera y podrían ser objeto de análisis en futuras investigaciones:

- Maternidad y embarazo.
- Situación de calle.
- Adolescencia.
- Influencia del contexto de residencia (entorno rural o urbano).
- Situaciones de maltrato y de violencia.
- Prostitución.
- Inmigración.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acero, A., Moreno, G., Moreno, J. y Sánchez Pardo, L. (2002). *La prevención de las drogodependencias en el tiempo de ocio. Manual de formación*. Madrid, España: Asociación Deporte y Vida.
- AGIPAD, Asociación Guipuzcoana de Investigación y Prevención del Abuso de las Drogas (2020). Recuperado el 30 de Marzo del 2020. AGIPAD website: <https://www.agipad.org/centro-residencial-haurtxoak/>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statical manual of mental disorders: DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, T. (2001). *Drug Use and Gender*. En Charles, E. y Faupel, P. *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior Volume IV: Self-Destructive Behavior and Dis-valued Identity*. (pp. 286-289). Philadelphia, EEUU: Taylor and Francis Publishers.
- Andrés, A. y Redondo, S. (2007). La predicción de la violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 145-146.
- Arostegui, E. y González de Audikana, J.M. (2016). *Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Arostegui, E. y Martínez Redondo, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- ASECEDI, Asociación de Entidades de Centros de Día (2009). *Educación de las masculinidades en el S.XXI. Masculinidad y adicciones en Centros de Día. Guía metodológica para trabajar en centros de Día de adicciones*. Salamanca, España: ASECEI, Asociación de Entidades de Centros de Día.
- Ashley, O. S., Marsden, M. E. y Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 9-53.
- Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C. y Corrao, G. (2001). Alcohol consumption and the risk of cancer, a meta-analysis. *Alcohol Research and Health*, 25(4), 263-270.
- Barreda, A. M., Díaz-Salazar, M., De Ena, S., López Jiménez, M., Rodríguez Pérez, y Sánchez Vallejo, S. (2005). *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid, España: Madrid Salud.
- Barret, A. E., y Turner, R. J. (2005). Family Structure and Mental Health: The Mediating Effects of Socioeconomic Status. Family Process and Social Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 156-169.
- Belknap, J. (2001). *The invisible woman: Gender, crime, and justice*. Second Edition. Belmont, CA: Wadsworth.

- Bepko, C. (1989). Disorders of power: Women and addiction in the family. En M. McGoldrick, C. Anderson y F. Walsh (Eds.). *Women in families*, 406-426. New York, EEUU: W. W. Norton.
- Bepko, C., y Krestan, J. A. (1985). *The responsibility trap: A blue print for treating the alcoholic family*. New York, EEUU: Free Press.
- Beschner, G.M., Reed, B.G., y Mondanaro, J. (1981). *Treatment services for drug dependent women*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Biglia, B. (2015). Aclarando términos: el paradigma de las violencias de género. En: B. Biglia y E. Jiménez. *Jóvenes, género y violencias: hagamos nuestra la prevención. Guía de apoyo para la formación de profesionales*. Publicaciones URV.
- Blanco, P., Palacios, L., y Sirvent, C. (2002). I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid, España: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Blanco, P., Sirvent, C., y Palacios, L. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. *Salud y Drogas*, 5(2), 81-98.
- Blankfield, A. (1991). Genetic and marital status in alcohol dependent women. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 95-100.
- Blake, S. M., Amaro, H., Schwartz, P. M., y Flinchbaugh, L. J. (2001). A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21(3), 294-324.
- Bloom, B., Owen, B., y Covington, S. S. (2002). *A theoretical basis for gender-responsive strategies in criminal justice*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Society of Criminology 54th, Chicago, IL November 12-16.
- Blume, S. B. (1990). Chemical dependency in women: Important issues. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16(3-4), 297-307.
- Botella, H.C. (2007). Redes de apoyo para la integración social: La familia. *Salud y Drogas*, 7, 45-56.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona, España: Paidós Ediciones.
- Brady, T.M. y Ashley, O.S. (Eds.) (2005). *Women in substance abuse treatment: results from the alcohol and drug services study (ADSS)* (DHHS Publication No. SMA04-3968, Analytic Series A-26). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. Rockville, MD.
- Burke, A. C. (2002). *Triple Jeopardy: Women Marginalized by Substance Abuse, Poverty, and Incarceration*. En J. Figueira-McDonough y R. Sarri (Eds), *Women at the margins: Neglect, punishment, and resistance*, (pp. 175–201). Nueva York, EEUU: The Haworth Press, Inc.
- Cabrera, R., y Del Río, P.A. (2004). *Manual de Drogodependencias*. Madrid, España: Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga.
- Calvo, H. (2004). Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16, 1-20.

- Cancrini, L. (1988). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Roma, Italia: NIS.
- Cantos, R. (2016). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Madrid, España: Fundación Atenea.
- Cañero-Pérez, M. (2018). La relación terapéutica en los modelos humanistas-experienciales: alianza de trabajo y aspectos emocionales. *Calidad de Vida y Salud*, 11(1), 10-20.
- Castaño, E., Plazaola, J., Bolívar, J., y Ruiz, I. (2006). Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). *Revista Española de Salud Pública*, 80, 705-716.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid, España: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Castillo-Aguilella, A., Llopis, J. J., Rebollida, M., Fernández, C., y Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana. *Salud y Drogas*, 3(2), 37-60.
- Cava, M. J., Murgui, S., y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Chesney-Lind, M. (1997). *The female offender: Girls, women and crime*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Chesney-Lind, M. (2000). *What to do about Girls*. En M. McMahon (Ed). *Assessment to Assistance: Programs for Women in Community Corrections*. (pp. 139-170) Lanham, MD: American Correctional Association.
- Claus, R., Orwin, R., Kissin, W., Krupski, A., Campbell, K., y Stark, K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care?. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 27-39.
- Comas, D. (2006). Comunidades Terapéuticas: La transformación invisible. Disponible en: <http://www.nih.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/328/32>.
- Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(2), 183-190.
- Cook, P., D'Amanda, C., y Benciavengo, E. (1981). Intake and diagnosis of drug dependent women. En G.M. Beschner, B.G. Reed, y J. Mondanaro (Eds.), *Treatment services for drug dependent women* (pp. 52-108). Rockville, MD. National Institute on Drug Abuse.
- Covington, S. S. (2000). Helping woman recover: A comprehensive integrated treatment model. *Alcohol Treatment Quarterly*, 18(3), 1-11.
- Covington, S. S. (2008). *Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction*. San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.
- Cruells, M., elgareda, N. (2005). *MIP: Mujeres, integración y prisión*. Barcelona, España: Aurea Editores.

- Curtis-Boles, H., y Jenkins-Monroe, V. (2000). Substance Abuse in African American Women. *Journal of Black Psychology*, 26(4), 450-469.
- De Miguel, E. (2015). Mujeres usuarias de drogas en prisión. *Praxis Sociológica*, 19, 141-159.
- De la Cruz, M., y Herrera, A. (2002). *Adicciones en Mujeres*. Las Palmas de Gran Canarias, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria.
- De la Fuente, L. Brugal, M. T. Slavany, M. Bravo, M.J. Neira-León, M., y Barrio, G. (2006). *Más de 30 años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro*. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 505-520.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York, EEUU: Plenum Press.
- Diniz, J. S. (1995). A mãe toxicodependente e o seu bebé. *Toxicodependências*, 1, 67-76.
- DROGOMEDIA, Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco (2019). *Indicadores sociológicos y de consumo*. Recuperado 30 de marzo de 2020, de drogomedia website: <https://www.drogomedia.com/>
- Eldred, C. A., y Washington, M. N. (1976). Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their role in treatment outcome. *International Journal of the Addictions*, 11, 117-130.
- Emanuele, M. A., Wezeman, F., y Emanuele, N. V. (2002). Alcohol's effects on female reproductive function. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 274-281.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Thematic paper: Women's voices: experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Informe Europeo sobre drogas: Tendencias y novedades*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- EMCCD, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019). *Informe 2019: Informe sobre Drogas*. Delegación del Plan nacional sobre drogas, Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Ettorre, E. (1998). *Mujeres y alcohol*. Madrid, España: Narcea.
- Frago, S., y Sáez, S. (11 de octubre del 2017). Así afectan seis tipos de sustancias a las relaciones sexuales. Noticias Aragón. Recuperado de (<https://www.heraldo.es/noticias/aragon/2017/09/11/asi-afectan-seis-tipos-sustancias-las-relaciones-sexuales-1195662-300.html>).
- Fazzone, P. A., Holton, J. K., Reed, B. G., Cook, P., Gartner, C. G. et al. (1997). *Substance abuse treatment and domestic violence: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 25*, Rockville, MD. Center for Substance Abuse Treatment, 52. En L. Ramos-Lira, (2000). Violencia de género y su

relación con el consumo de alcohol y otras drogas. Mexico, D.F.: I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones.

Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. Nueva York, EEUU: Free Press.

Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol-and drug-dependent pregnant and parenting women. *Health & Social Work*, 19(1), 7-15.

Forth-Finegan, J. L. (1992). Sugar and spice and everything nice: Gender socialization and women's addiction-A literature review. En Claudia Bepko (ed.) (2014). *Feminism and Addiction*. New York, EEUU: Hawthorn Press.

Fundación Gizakia (2020). Recuperado el 30 de Marzo del 2020. Fundación Gizakia website:<https://www.gizakia.org/es/que-hacemos/areas-de-actuacion#adiccionesB#a1>

García-Sempere, A., y Portella, E. (2002). Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Revista Adicciones* 14(1), 141-153.

Gignac, S. (1999). *Substance abuse and women: A comprehensive qualitative analysis of the literature*. Wisconsin, EEUU: The Graduate College University of Wisconsin-Stout.

Góngora, J., y Leyva, M. A. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El Cotidiano*, 132, 84-91.

Greenberg, L., Rice, L., y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona, España: Paidós.

Grella, C. E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: Changes y social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 327-343.

Grella, C. E., y Joshi, V. (1999). Gender Differences in drug treatment careers among Clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *AM. J. Drug Alcohol Abuse*, 25(3), 385-406.

Groeneveld, J., y Shain, M. (1989). *Drug Use among Victims of Physical and sexual abuse: A preliminary report*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation.

Gual, A., Lligoña, A., y Mondón, S. (1999). *Tratamiento de la dependencia alcohólica*. Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo. Barcelona, España: Doyma.

Gunn, A. J., y Canada, K. E. (2015). Intra-group stigma: Examining peer relationships among women in recovery for addictions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(3), 281-292.

Hagan, T. A., Finnegan, L. P., y Nelson-Zlupko, L. (1994). Impediments to comprehensive treatment models for substance-dependent women: Treatment and research questions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(2), 163-171.

Hedrich, D. (2000). *Problem drug use by women. Cooperation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group)*. Lisboa, Portugal: P-PG.

Honoré, G. M., King, T. S., Samuels, M. H., Moreno, A., Siler-Khodr, T. M., Eddy, C. A., y Schenken, R. S. (2001). Effects of cocaine on basal and pulsatile prolactin levels in rhesus monkeys. *Journal of the Society Gynecology Investigation*, 8(6), 351-357.

- Horvath, A. O., y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Hurley, D. L. (1991). Women, alcohol and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253-268.
- Ibáñez, M. (2017). Los efectos de la droga en la vida sexual. Salud. Doctissimo. Recuperado de (<https://www.doctissimo.com/es/salud/cuerpo-sano/salud-y-sexualidad/efectos-droga-sexo.html>)
- Ibáñez, J. (1989). *Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión*, en M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (eds), *El análisis de la realidad social*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Inciardi, J.A., Lockwood, D., y Pottieger, A.E. (1993). *Women and Crack-Cocaine*. Nueva York, EEUU. McMillan.
- Instituto de la mujer (2003). *Mujer y Drogas*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Insúa, P. (1999). *Manual de Educación Sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de prevención con usuarios*. Leioa, Comunidad Autónoma del País Vasco: Plan Nacional sobre Drogas y Universidad del País Vasco. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jarvis, T. J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addictions* 87, 1249-1260.
- Kendall, K. (1994). Creating real choices: A program evaluation of therapeutic services at the prison for women. *Forum on Corrections Research*, 6(1), 19-21.
- Ley Orgánica Nº 1/2016 de Atención Integral de Adicciones y Drogodependencias. Boletín Oficial de España, Madrid, España, 7 de abril de 2016.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M., y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y Drogas*, 5(2), 137-157.
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., y Purroy, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22.
- López-Doriga, B., Nogueiras, B., Arechederra, A., y Bonino, L. (2012). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid, España: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- López Larrosa, S., y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Lozano, M. Miano, J., y Campos, C. (2007). Mujeres drogodependientes: percepción del tratamiento en una comunidad terapéutica mixta, Comunicación presentada en el III Symposium Nacional de Adicción de la Mujer. Zaragoza, España.

- Marcenko, M. O., Kemp, S. P., y Larson, N. C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 316-326.
- Martin, L. J. (2002). Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14 (1), 409–420.
- Martín, M., Lorenzo, P., y Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Martínez, Y., y Rubio, G. (2002). Manual de Drogodependencias para Enfermería. Madrid, España: Díaz de Santos, S.A.
- Martínez Redondo, P. (2009). *Extrañándonos de lo 'normal': Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid, España: Horas y Horas.
- May, V. (2008). On being a 'good' mother: the moral presentation of self in written life stories. *Sociology*, 42(3), 470-486.
- Measham, F. (2002). Doing gender—doing drugs: Conceptualizing the gendering of drugs cultures. *Contemporary Drug Problems*, 29(2), 335-373.
- Megías, E., Bravo, M.J., Júdez, J., Navarro, J., Rodríguez, E., y Zarco, J. (2001). *La Atención primaria de salud ante las drogodependencias*. Madrid, España: F.A.D.
- Mendelson, J.H., y Mello, N.K. (1988). Chronic alcohol effects on anterior pituitary and ovarian hormones in healthy women. *Journal of Pharmacological and Experimental Therapy*, 245, 407-412.
- Meneses, C. (2002). Mujer y consumo de drogas. *Iglesia Viva*, 209, 140-143.
- Meneses, C. (2010). Uso y abuso de drogas en contextos de prostitución. *Revista española de drogodependencias*, 35(3), 329-344.
- Miles, M. B., Huberman, A. M., y Saldaña, J. (1994). *Qualitative data analysis. A methods sourcebook*. Washington DC, EEUU: Sage.
- Moncrief, J., Drummond, D. C., Candy, B., Checinsky, K., y Farmer, R. (1996). Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 169(3), 355-360.
- Moral, M., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana, L., y Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15(27), 2-17.
- Mosteiro, C., y Rodríguez Pérez, M. (2005). *Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid, España: Instituto de Adicciones de Madrid.
- Mummé, D. (1991). Aftercare: Its role in primary and secondary recovery of women from alcohol and other drug dependence. *International Journal of the Addictions*, 26(5), 549-564.

- Navarro, J., Ruiz, M., y Vargas, T. (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de encuestas a mujeres en general y a escolares. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E., y Dore, M. M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social Work*, 40(1), 45-54.
- NIDA, National Institute on Drug Abuse (2005). *Alcohol: un tema de salud de la mujer*. Nueva York, EEUU: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.
- NIDA, National Institute on Drug Abuse (2012). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York, EEUU: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.
- Norwood, G. (1985). A Society that Promotes Drug Abuse: The Effects on Pre-Adolescence. *Childhood Education*, 61(4), 267-271.
- OEDA, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017). *Informe 2017. Alcohol, Tabaco y otras drogas ilegales en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2005). Género y salud mental de las mujeres (documento en línea). Disponible en: <www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>.
- Orte, C. (2000). *Sexualidad en la mujer adicta*. En I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid, 6 y 7 de octubre de 2000. Madrid, España: Debate. Instituto de la Mujer.
- Ortiz, P., y Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género: una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta Sociológica*, 63, 121-144.
- Pantoja, L. (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en drogodependencias*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Parés, A., y Caballería, J. (2002). Alcohol y patología orgánica. *Adicciones* 14(1), 155-173.
- Pascual, J., Rubio, G. y Martínez, M. (2002). *Cánnabis*. En Martínez Ruiz, M. y Rubio Valladolid, G. (eds) *Manual de Drogodependencias para Enfermería*. Madrid, España: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- Pedrosa, E. P. (2009) Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: Revista de Educación*, 32, 147-173.
- Poblete, O. G. y Bächler, R. C. (2016). Interacción y emoción: una propuesta integradora. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 57-66.
- Polansky, M., Lauterbach, W., Litzke, C., Coulter, B., y Sommers, L. (2006). A qualitative study of an attachment-based parenting group for mothers with drug addictions: on being and having a mother. *Journal of Social Work Practice*, 2(2), 115-131.

- Pollock, J. M., y Pollock, J.M. (1998). *Counseling women in prison*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Quirk, K., Smith, A., y Owen, J. (2018). In here and out there: Systemic alliance and intersession processes in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 49(1), 31-38.
- Ramos-Lira, L. (2000). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. I Congreso Nacional de Mujeres y Adicciones. Mexico, D.F. Disponible en: Rev. *Libber Addictus*, 50, junio, 27-31.
- Recursos de adicciones y drogodependencias (2019). Recuperado el 11 de Noviembre del 2019. Departamento de Salud del Gobierno Vasco website: www.euskadi.eus/informacion/recursos-de-adicciones-y-drogodependencias/web01-a2adik/es
- Red de Salud Mental de Gipuzkoa (2019). Recuperado el 30 de Marzo de 2020, de Osakidetza website: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/>.
- Reed, B. G. (1985). Drug misuse and dependency in women: The meaning and implications of being considered a special population or minority group. *International Journal of the Addictions*, 20, 13-62.
- Reed, B. G., y Leibson, E. (1981). Women's clients in special women's demonstration drug abuse treatment programs compared with women entering selected co-sex programs. *International Journal of the Addictions*, 16(8), 1425-1466.
- Rekalde, A., y Vilches, C. (2005). Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV. Vitoria-Gasteiz, España: Dirección de drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Retolaza, A. (2016). Trabajo de Adicciones en Red: El reto de la comunicación entre servicios. En: Gran Argudo, E. et. al. Abordaje de las adicciones en Red. (pp. 33-51). Bilbao, España: Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza).
- Robertson, E. B., David, S., y Rao, S. A. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Maryland, EEUU: Institutos Nacionales de la Salud. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.
- Rodríguez Martos-Dauer, A. (1989). *Manual de alcoholismo para el médico de cabecera*. Barcelona, España: Salvat Editores.
- Rodríguez, E. (2001). *Perspectivas de género en los problemas de droga y su impacto*. I Symposium Nacional sobre adicción en la mujer. Madrid, España: Instituto Spiral, 23-27.
- Rodríguez, K., Solveig, E., Córdova, A. J., y Fernández Cáceres, M. C. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Salud y Drogas*, 15(1), 49-54.
- Rodríguez Sierra, N., y Echevarría, L. J. (2019). *Informe sobre el Sistema de Información sobre Toxicomanías en la Comunidad Autónoma Vasca*. Gasteiz, España: Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

- Romo, N. (2005). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*, 5, 69-83.
- Rosenbaum, M. (1981). *Women on Heroin*. New Brunswick, Rutgers University Press.
- Rubio, G., y Blázquez, A. (2000). Mujer y problemas por el alcohol. En: Guía práctica de intervención en alcoholismo, pp: 327-336. Colegio de Médicos de Madrid.
- Rubio, G., y Santo-Domingo, J. (2003). *Todo sobre las drogas. Información objetiva para decidir y prevenir*. Madrid, España: MR Ediciones.
- Ruiz-Olivares, R., y Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud* 27,1-6.
- Safran, J., y Muran, C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 233-243.
- Safran, J., y Muran, C. (2005). *Negociando la alianza terapéutica: una guía para el tratamiento relacional*. New York, NY: Guilford Press.
- SAMSHA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009). *Results from the 2008 national Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Rochville, EEUU: MD: SAMSHA. Office of Applied Studies. NSDUH Series H-36, HHS Publication No. SMA 09-4434.
- Sánchez Pardo, L., De Vicente, P., y Bolaños, E. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*. Junta de Castilla y León.
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Drogas y perspectiva de género: Documento marco*. Galicia, España: Xunta de Galicia.
- Sánchez Pardo, L. (2014). *Género y drogas. Guía informativa*. Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. Alicante, España: Quinta Impresión S.L.
- Sanders, J. M. (2014). *Women in Narcotics Anonymous: Overcoming stigma and shame*. New York, EEUU: Palgrave Macmillan.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Santodomingo, J. (2008). *Historia de las adicciones en España*. En Torres, M.A. et. al. Historia de las adicciones en la España contemporánea. (pp. 37-66). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Saso, L. (2002). Effects of drug abuse on sexual response. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 38(3), 289-96.
- Solowij, N, Stephens, R. S., Roffman, R. A., Babor, T., Kadden, R., Miller, M., Christiansen, K., ... Vendetti, J. (2002). Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA* 287(9), 1123-1131.

- Sopelana, P. A. (2000). *Cannabinoides y trastornos psiquiátricos. En Cánnabis.   Hasta dónde! Primeras Jornadas de Expertos en Cánnabis de la Comunidad de Madrid. Declaración de Madrid*. Madrid, España: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Agencia Antidroga.
- Stanton, M. y Todd, T. (1985). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona, España: Gedisa.
- Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., y Serota, R. (2001). The effect of therapist/patient race- and sex-matching in individual treatment. *Addiction*, 96(7), 1015-1022.
- Stocco, P., Llopis, J. J., DeFazio, L., Calafat, A., y Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. Barcelona, España: Irefrea España.
- Thyer, A. C., King, T. S., Moreno, A. C., Eddy, C. A., Siler-Khodr, T. M., y Schenken, R. S. (2001). Cocaine impairs ovarian response to exogenous gonadotropins in nonhuman primates. *Society for Gynecologic Investigation*, 8(6), 358-362.
- Urbano, A. y Arostegui, E. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Urbano, A. (2017). *Violencia en población drogodependiente. Un estudio exploratorio, descriptivo, relacional y explicativo de los factores implicados (Tesis doctoral)*. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Van Demark, N. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 2(8), 1-11.
- Van Olphen, J., Eliason, M. J., Freudenberg, N., y Barnes, M. (2009). Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4(1), 10-16.
- Velasco, S., Ruiz, M. T., y   lvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 317-333.
- VII Plan de Adicciones de Euskadi (2017). Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/adicciones_plan/es_def/adjuntos/VII_plan_adicciones_es.pdf Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Villagrà, P. y González, A. (2013). Acceptance and commitment therapy for drugabuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25, 307-312.
- Walker, Q. D., Francis, R., Cabassa, J., y Kuhn, C. M. (2001). Effect of ovarian hormones and estrous cycle on stimulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis by cocaine. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 297(1), 291-298.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires, Argentina: Paidós Terapia Familiar.

- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 10-63.
- White, W. y Miller, W. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor*, 8(4), 12-30.
- Winfield, I., George, L. K., Swartz, M., y Blazer, D. G. (1990) Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 147,335-341.
- Yin, R. K. y Ware, A. J. (2000). Using outcome data to evaluate community drug prevention initiatives: Pushing the state-of-the-art. *Journal of Community Psychology*, 28, 323-338.

V. ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO “A “

MUJERES QUE ACCEDEN A TRATAMIENTO

Datos sociodemográficos

1. Edad:

2. Estado civil:

Sin pareja	
Casada	
Con pareja	
Separada	
Divorciada	
Viuda	

3. Nivel estudios:

Sin estudios	
Estudios primarios (EGB)	
Estudios secundarios (ESO, Bachiller)	
Formación profesional (CIP, FPI, FPII)	
Estudios universitarios	
Otros	

4. Empleo:

SI	
NO	

5. Ingresos propios:

SI	
NO	

Motivaciones de acceso

CUANDO SE RECOGE LA DEMANDA (Para entrevistadora)

6. ¿Qué te motiva a pedir ayuda?

7. ¿Qué te ha ayudado a tomar la decisión?

3as personas	Motiv. Individuales	Empleo	Presiones externas	Derivación recursos	Obligaciones legales

8. Emoción asociada a la petición de ayuda

Miedo	
Tristeza	
Alegría	
Sorpresa	
Asco	
Enfado	
Vergüenza	
Culpa	
Frustración	
Alivio	
Ansiedad	

Historial consumo

8. Historia consumo actual

Droga principal	Edad inicio	Frecuencia consumo actual

Historial de tratamiento

9. ¿Es este tu primer tratamiento?

SI	
NO	

10. Tratamientos anteriores

Año	Centro	Duración / Alta/ Razones de alta

Datos relacionales

MEDIANTE GENOGRAMA (Para entrevistadora)

11. ¿Con quién vives actualmente?

Pareja	
Padre/madre/ tutor	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	
Sola	
Calle	
Institución	

Hermanos	
Otros	

12. ¿Cómo crees que son tus relaciones actuales con las personas con las que te relacionas?

	Pareja	Madre	Padre	Hijos/as	Amistades	Herm.	Compañeros/as	Otros
Muy buenas								
Buenas								
Regulares								
Malas								
Muy malas								

13. ¿Cuidas de alguien?

SI	
NO	

14. Hijos:

SI	
NO	

15. Cuántos:

16. Edades:

17. Con quién viven:

Conmigo	
Con mi pareja/ex	
Otros familiares	
Independientes	
Acogimiento	
Institución	
Adopción	

18. ¿Pareja consumidora?

SI	
NO	

¿Qué consume?

19. ¿Quién te acompaña a tratamiento?

Pareja	
Familiar	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	
Sola	

CUESTIONARIO “B”

MUJERES QUE SE MANTIENEN EN TRATAMIENTO

Datos sociodemográficos

1. Edad:

2. Estado civil:

Sin pareja	
Casada	
Con pareja	
Separada	
Divorciada	
Viuda	

3. Nivel estudios:

Sin estudios	
Estudios primarios (EGB)	
Estudios secundarios (ESO, Bachiller)	
Formación profesional (CIP, FPI, FPII)	
Estudios universitarios	
Otros	

4. Empleo:

SI	
NO	

5. Ingresos propios:

SI	
NO	

Motivaciones de acceso

6. ¿Qué te motivó a pedir ayuda?

7. ¿Qué te ayudó a tomar la decisión?

3as personas	Motiv. Individuales	Trabajo	Presiones externas	Derivación recursos	Obligaciones legales

8. ¿Cómo recuerdas el primer contacto?

Historial consumo

9. Historial actual de consumo

Droga principal	Edad inicio	Frecuencia consumo actual

Historial de tratamiento

10. ¿Es este su primer tratamiento?

SI	
NO	

11. Tratamientos anteriores

Año	Centro	Duración / Alta/ Razones de alta

Datos relacionales

12. ¿Con quién vives actualmente?

Pareja	
Padre/madre/ tutor	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	
Sola	
Calle	
Institución	

13. ¿Cómo crees que son tus relaciones actuales con las personas con las que te relacionas?

	Pareja	Madre	Padre	Hijos/as	Amistades	Compañeros/as	Herm
Muy buenas							
Buenas							
Regulares							
Malas							
Muy malas							

14. ¿Cuidas de alguien?

SI	
NO	

15. Hijos:

16. Cuántos:

17. Edades:

SI	
NO	

18. Con quién viven:

Conmigo	
Con mi pareja/ex	
Otros familiares	
Independientes	
Acogimiento	
Institución	
Adopción	

19. ¿Pareja consumidora?

SI	
NO	

20. ¿Quién te acompaña durante el tratamiento?

Pareja	
Familiares	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	
Sola	
Profesionales	

21. ¿Has recibido apoyo de tu familia durante el tratamiento?

SI	
NO	

22. En caso afirmativo, ¿cómo valoras ese apoyo?

	SI	NO
Me llaman a diario		
Me preguntan después de cada sesión		
Me preguntan qué tal estoy		
Me acompañan a las citas		
Me echan una mano en las tareas que dejo de hacer por acudir a tratamiento		

Tratamiento actual

23. ¿Cuánto tiempo llevas en el tratamiento?

24. ¿Qué te ayuda a continuar en él? (establecer jerarquía)

25. ¿Por qué motivos elegiste esta institución? (establecer jerarquía)

26. Si alguna vez has sentido deseos de abandonar, ¿cuál ha sido la razón o razones?

27. ¿En el caso de que haya habido requisito de abstinencia total, ha sido una dificultad para acceder al tratamiento?

28. ¿Prefieres seguir un tratamiento residencial o ambulatorio?

29. ¿Qué dificultades encuentras en tu vida cotidiana para acudir al tratamiento?

El cuidado de los hijos	
Mis obligaciones laborales	
Falta de tiempo	
La presión social	
Cuidado de atención de padres u otro familiar	
Falta de recursos económicos	
El desacuerdo de mi pareja	
Otros (especificar)	

30. ¿Cómo las superas?

31. ¿Crees que el tratamiento que estás recibiendo es adecuado para mujeres? ¿Por qué razones?

32. ¿Prefieres ser atendida sólo por profesionales mujeres?

33. En el caso de tener hijos/as menores, ¿desearías tenerlos contigo durante el tratamiento?

34. ¿Sientes que alguna de tus necesidades no está atendida?

35. ¿Echas algo en falta en el tratamiento?

36. ¿Tienes alguna propuesta que hacer?

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

37. ¿Has tenido algún problema o dificultad por su condición de mujer con los **hombres que están en tu grupo** de tratamiento?

Son autoritarios	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivos	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

38. ¿Con hombres terapeutas?

Son autoritarios	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivos	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

39. ¿Con mujeres que estan en tu grupo?

Son autoritarias	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivas	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

40. ¿Con mujeres terapeutas?

Son autoritarias	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivas	

Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

41. ¿Qué preferirías?

Ser atendida en tratamientos sólo para mujeres	
En tratamientos mixtos con espacios sólo para mujeres	
Tratamientos mixtos sin espacios específicos	

Anexo 3

CUESTIONARIO “C”

MUJERES QUE HAN PASADO POR TRATAMIENTO

Datos sociodemográficos

16. Edad:

17. Estado civil:

Sin pareja	
Casada	
Con pareja	
Separada	
Divorciada	
Viuda	

18. Nivel estudios:

Sin estudios	
Estudios primarios (EGB)	
Estudios secundarios (ESO, Bachiller)	
Formación profesional	
Estudios universitarios	
Otros	

19. Empleo:

SI	
NO	

20. Ingresos propios:

SI	
NO	

Motivaciones de acceso

21. ¿Qué te motivó a pedir ayuda?

22. ¿Qué te ayudó a tomar la decisión?

3as personas	Motiv. Individuales	Trabajo	Presiones externas	Derivación recursos	Obligaciones legales

23. ¿Cómo recuerdas el primer contacto?

Droga principal	Edad inicio	Frecuencia consumo/ último consumo
-----------------	-------------	------------------------------------

Historial consumo

24. Historial de consumo

Historial de tratamiento

25. Tratamientos anteriores

Año	Centro	Duración / Alta/ Razones de alta

Datos relacionales

26. ¿Con quién vives actualmente?

Pareja	
Padre/madre/ tutor	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	
Sola	
Calle	
Institución	

27. ¿Cómo crees que son tus relaciones actuales con las personas con las que te relacionas?

	Pareja	Madre	Padre	Hijos/as	Amistades	Compañeros/as
Muy buenas						
Buenas						
Regulares						
Malas						
Muy malas						

28. ¿Cuidas de alguien?

SI	
NO	

29. Hijos: 16.

SI	
NO	

Cuántos:

17. Edades:

42. Con quién viven:

Conmigo	
---------	--

Con mi pareja/ex	
Otros familiares	
Independientes	
Acogimiento	
Institución	
Adopción	

43. ¿Pareja consumidora?

SI	
NO	

44. ¿Quién te acompañó durante el tratamiento?

Pareja	
Familiares	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	
Sola	
Profesionales	

45. ¿Has recibido apoyo de tu familia durante el tratamiento?

SI	
NO	

46. En caso afirmativo, ¿cómo valoras ese apoyo?

Tratamiento actual

47. ¿Cuánto tiempo estuviste en el tratamiento?

48. ¿Qué te animaba a continuar en él? (establecer jerarquía)

49. ¿Por qué motivos elegiste esta institución? (establecer jerarquía)

50. Si alguna vez has sentido deseos de abandonar, ¿cuál ha sido la razón o razones?

51. ¿Prefieres haber realizado un tratamiento residencial o ambulatorio?

52. ¿Qué dificultades encontraste en tu vida cotidiana para acudir al tratamiento?

El cuidado de los hijos	
Mis obligaciones laborales	
Falta de tiempo	
La presión social	
Cuidado de atención de padres u otro familiar	
Falta de recursos económicos	
El desacuerdo de mi pareja	
Otros (especificar)	

53. ¿Cómo las superaste?

54. ¿Crees que el tratamiento recibido fue adecuado para mujeres? ¿Por qué razones?

55. ¿Preferirías ser atendida sólo por profesionales mujeres?

56. En el caso de tener hijos/as menores, ¿desearías haberlos tenido contigo durante el tratamiento?
57. ¿Sientes que alguna de tus necesidades no estaba atendida?
58. ¿Echó algo en falta en el tratamiento?
59. ¿Qué crees que debería cambiar?

COMUNIDAD TERAPÉUTICA

60. ¿Has tenido algún problema o dificultad por su condición de mujer con los **hombres que estaban en tu grupo** de tratamiento?

Son autoritarios	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivos	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

61. ¿Con hombres terapeutas?

Son autoritarios	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivos	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

62. ¿Con mujeres que estaban en tu grupo?

Son autoritarias	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	
No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivas	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

63. ¿Con mujeres terapeutas?

Son autoritarias	
No saben escuchar	
No siento confianza para decir lo que siento/pienso	

No me entienden	
No me hablan igual que a mis compañeros hombres	
Son agresivas	
Tratan de ligar	
Me hacen bromas desagradables	
Otros (especificar)	

64. ¿Qué preferirías?

Ser atendida en tratamientos sólo para mujeres	
En tratamientos mixtos con espacios sólo para mujeres	
Seguir como hasta ahora	

65. ¿Tienes alguna propuesta que hacer?

CUESTIONARIO “D”

MUJERES QUE NO ACCEDEN A TRATAMIENTO

Datos sociodemográficos

6. Edad:

7. Estado civil:

Sin pareja	
Casada	
Con pareja	
Separada	
Divorciada	
Viuda	

8. Nivel estudios:

Sin estudios	
Estudios primarios (EGB)	
Estudios secundarios (ESO, Bachiller)	
Formación profesional (CIP, FPI, FPII)	
Estudios universitarios	
Otros	

9. Empleo:

SI	
NO	

10. Ingresos propios:

SI	
NO	

11. Depende de alguien económicamente

SI	
NO	

Historial consumo

6. Historia consumo actual

Droga principal	Edad inicio	Frecuencia consumo actual

Historial de tratamiento

7 . Tratamientos anteriores

Año	Centro	Duración / Alta/ Razones de alta

Motivaciones de acceso

8. ¿Te has planteado dejar el consumo alguna vez?

8.1. Te has planteado dejar de consumir,

8.1.1. ¿has pedido ayuda?

i. ¿Cómo fue la experiencia?

ii. ¿Qué te motivó a pedir ayuda?

iii. ¿Qué mejorarías de la atención recibida?

iiii. ¿Te acompañó alguien?

iv. ¿Cómo valoras ese acompañamiento?

v. ¿Qué detuvo el proceso?

3as personas	Motiv. Individuales	Empleo	Presiones externas	Derivación recursos	Obligaciones legales

8.1.2. No has pedido ayuda,

¿Qué razones te impiden pedir ayuda?

8.2. No te has planteado dejar de consumir,

a. ¿Qué razones te mantienen en el consumo?

b. ¿Qué razones hacen que no te plantees dejarlo?

c. ¿Qué necesitarías para poder dejarlo?

Datos relacionales

9. ¿Con quién vives actualmente?

Pareja	
Padre/madre/ tutor	
Hijos/as	
Amistades	
Compañeros/as	

Sola	
Calle	
Institución	

10. ¿Cómo crees que son tus relaciones actuales con las personas con las que te relacionas?

	Pareja	Madre	Padre	Hijos/as	Amistades	Compañeros/as
Muy buenas						
Buenas						
Regulares						
Malas						
Muy malas						

11. ¿Cuidas de alguien?

SI	
NO	

12. Hijos/as:

SI	
NO	

13. Cuántos:

14. Edades:

15. Con quién viven:

Conmigo	
Con mi pareja/ex	
Otros familiares	
Independientes	
Acogimiento	
Institución	
Adopción	

16. ¿Pareja consumidora?

SI	
NO	

17. Emoción asociada al pedir ayuda

Miedo	
Tristeza	
Alegría	
Sorpresa	
Asco	
Enfado	
Vergüenza	
Culpa	
Frustración	

18. ¿El requisito de abstinencia total ha sido un problema para acceder a tto?

CUESTIONARIO “PANAS”

¿Cómo te hace sentir estar en tratamiento?

1 Nada	2 Muy poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
-----------	---------------	-----------	---------------	------------

-----	Interesada	-----	Irritada*
-----	Dispuesta	-----	Tensa*
-----	Animada	-----	Avergonzada*
-----	Disgustada/enfadada*	-----	Inspirada
-----	Enérgica	-----	Nerviosa*
-----	Culpable*	-----	Decidida
-----	Temerosa*	-----	Atenta
-----	Enojada*	-----	Intranquila*
-----	Entusiasmada	-----	Activa
-----	Orgullosa	-----	Asustada*

Anexo 6

CUESTIONARIO PROFESIONALES “A”

1. Sexo

Hombre	
Mujer	
Otro	

2. Formación:

3. Puesto que desempeñas:

4. Años de experiencia profesional en este ámbito:

5. Programa/ proyecto/ centro donde trabajas:

6. Población con la que trabajas:

7. Sexo de la población con la que trabajas:

Mayoritariamente mujeres	
Mayoritariamente hombres	
No diferencias significativas	

8. En el recurso donde trabajas existe:

	SI	NO
Tratamiento individual		
Tratamiento grupal solo mujeres		
Tratamiento grupal solo hombres		
Tratamiento grupal mixto		

9. Requisitos para acceder al recurso donde trabajas:

	SI	NO
Acompañamiento		
Abstinencia		

10. En relación al consumo de drogas, ¿Con qué emoción principal percibes que llegan las mujeres al recurso donde trabajas?

Miedo	
Tristeza	
Alegría	
Sorpresa	
Asco	
Enfado	
Vergüenza	
Culpa	
Frustración	
Alivio	
Ansiedad	

11. ¿Crees que las mujeres tienen dificultades para acceder al recurso donde trabajas?

☐ SI

a. ¿Cuáles? (Jerarquizar las respuestas)

☐ NO

b. ¿Por qué?

12. ¿Crees que las mujeres tiene dificultades para mantenerse en el recurso donde trabajas?

☐ SI

a. ¿Cuáles? (Jerarquizar las respuestas)

☐ NO

b. ¿Por qué?

13. ¿Qué contenidos trabajáis con mujeres?

	SI	NO	Grupalmente	Individualmente
Situaciones de violencia				
Imagen corporal				
Maternidad				
Sexualidad				
Relaciones afectivas				

14. ¿Presentan acompañamiento las mujeres que llegan al recurso donde trabajas?

15. En caso afirmativo, ¿Cómo valoras ese apoyo?

16. ¿Crees que los aspectos formales de su recurso facilitan el acceso y mantenimiento de las mujeres?

	SI	NO
Localización		
Horario		
Instalaciones		
Gastos económicos		

17. ¿Crees que debería cambiar algo en el diseño del recurso donde trabajas?

18. ¿Has recibido formación en género o teorías feministas?

19. En caso afirmativo, ¿Cuáles?

20. En caso afirmativo, ¿Crees que ha sido útil para el desempeño de su trabajo?

21. En caso negativo, ¿Crees necesario tener formación al respecto?

22. ¿Crees que hay diferencias en el consumo entre hombres y mujeres?

23. En caso afirmativo, ¿Cuáles?

24. ¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de mujeres? Razona tu respuesta.
25. ¿Observas algún tipo de situación que te llame la atención en el trabajo directo con mujeres?
26. En cuanto a tu profesión, ¿con quién te resulta más fácil trabajar?

Hombres	
Mujeres	
Indistintamente	

¿A qué lo atribuyes?

CUESTIONARIO PROFESIONALES “B”

1. Sexo

Hombre	
Mujer	
Otro	

2. Formación:

3. Puesto que desempeña:

4. Años de experiencia profesional en este ámbito:

5. Programa/ proyecto/ centro donde trabajas:

6. Población con la que trabajas:

7. Sexo de la población con la que trabajas

Mayoritariamente mujeres	
Mayoritariamente hombres	
No diferencias significativas	

8. En relación al consumo de drogas, ¿Crees que las mujeres tienen dificultades para acceder a los recursos de tratamiento?

☐ SI

a. ¿Cuáles? (Jerarquizar las respuestas)

☐ NO

b. ¿Por qué?

9. ¿Crees que las mujeres tiene dificultades para mantenerse en los recursos de tratamiento?

☐ SI

a. ¿Cuáles? (Jerarquizar las respuestas)

☐ NO

b. ¿Por qué?

10. ¿Crees que hay diferencias en el consumo entre hombres y mujeres?

11. En caso afirmativo, ¿Cuáles?

12. ¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de mujeres? Razona tu respuesta.

13. ¿Observas algún tipo de situación que te llame la atención en el trabajo directo con mujeres?

14. ¿Cómo valoras el diseño actual de los recursos de tratamiento de adicciones?

15. ¿Has recibido formación en género o teorías feministas?

16. En caso afirmativo, ¿Cuáles?

17. En caso afirmativo, ¿Crees que ha sido útil para el desempeño de su trabajo?

18. En caso negativo, ¿Crees necesario tener formación al respecto?

19. ¿Qué cambiarías o qué mejoras propondrías?



Erakunde autonomiadaruna

Organismo Autónomo del

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO