



Estudio comparativo de la problemática presentada por mujeres consumidoras de alcohol y otras drogas ilegales en un centro de tratamiento.

Una perspectiva de género.

*La sociedad crea estigma. ¿y los profesionales?. ¿estigmatizamos también a nuestros y  
nuestras pacientes?*

# **Situación actual de las drogodependencias**

A lo largo de la historia, el consumo de drogas ha sido un hecho constatado en las diferentes culturas. En la actualidad, el consumo de drogas es un problema mundial para el cual se intentan adoptar diferentes tipos de medidas (legales, preventivas, de intervención, etc.).

Entre los datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08, del Plan Nacional sobre Drogas, cabría destacar los siguientes puntos:

- El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población general, pero entre 2005 y 2007/08, la proporción de bebedores diarios en los últimos 30 días ha disminuido; asimismo ha disminuido la proporción de bebedores de riesgo y personas que se emborrachan. Sin embargo, aumenta la proporción de mujeres jóvenes que se emborrachan.
- Entre 1999 y 2005 se observó un aumento en el consumo de cannabis, pero en esta última encuesta, los datos indican que su consumo ha disminuido y que también ha aumentado la edad media de inicio de consumo de esta sustancia.
- Parecida situación ocurre con el consumo de cocaína en polvo, tras unos años de aumento continuado, su consumo se ha estabilizado, aumentando la edad media de inicio en el consumo y disminuyendo la continuidad en el consumo.
- Se está estabilizando o incluso descendiendo el consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos, mostrando cifras bajas.
- Aunque desde 1999 se observa una tendencia al uso de heroína e inhalables volátiles, los niveles se mantienen bajos.
- Se constata que los consumidores de drogas, especialmente los de cannabis, cocaína o heroína, consumen varias sustancias además de la habitual, es decir, el policonsumo es la constante en esta población.

- Aunque el hombre sigue siendo el principal consumidor de drogas frente a la mujer, se detecta una incorporación progresiva de esta última a todas las conductas de consumo, especialmente a las de uso legal.
- Ha aumentado la percepción de riesgo de la mayor parte de conductas de consumo.
- Después de varios años de aumento continuado, disminuye la percepción de disponibilidad de drogas ilegales
- Se hace coherente la disponibilidad apreciada, con el riesgo percibido y el consumo.
- Disminuye la percepción de ser las drogas un problema muy importante en su barrio o pueblo.
- Sigue disminuyendo la visibilidad de las conductas de consumo problemático de drogas.
- Se valora importante la educación en las escuelas, el tratamiento voluntario de los consumidores y el control policial y aduanero.

Si observamos el Informe del Observatorio Español sobre Drogas de 2007 (2007), una de cada seis (15,4%) **admisiones a tratamiento** fueron de mujeres y aproximadamente la mitad (50,9%) correspondieron a personas admitidas por primera vez en la vida. En 2005, la heroína deja de ser por primera vez la droga que motiva un mayor número de admisiones a tratamiento para ser la cocaína la que ocupa el primer puesto (36,8% frente al 46,9%, respectivamente), después sigue el número de admisiones a tratamiento por cannabis (10,9%) y muy por debajo están los motivados por opioides distintos a heroína o sin especificar (2,5%), hipnosedantes (1,2%), anfetaminas (0,8%), éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas (0,5%), alucinógenos (0,1%) y sustancias volátiles (0,1%).

Si se consideran únicamente los casos sin tratamiento previo, la cocaína, con un 62,1% fue la **droga principal** que más motivó la admisión a tratamiento, seguida del cannabis con un 18,0% y la heroína con un 15,9%, y tan sólo un porcentaje del 1,1% y el 0,8% fueron los que motivaron el tratamiento por consumo de anfetaminas y éxtasis respectivamente.

En los últimos años se ha producido un incremento considerable de las admisiones a tratamiento por problemas de cocaína, llegando a multiplicarse por ocho entre los años 1996 y 2005, aunque si bien es cierto que los primeros tratamientos por esta sustancia se han suavizado a partir de 2003 y sobre todo a partir de 2004.

La cocaína que se sigue consumiendo principalmente es el clorhidrato de cocaína, que en 2005 consiguió que fuera causa del 45,2% de las admisiones a tratamiento, frente al 1,7% de cocaína base, aunque esta última ha ido aumentando ligeramente desde 2002, pasando de un 1,2% en este año a un 1,7% en los años 2004 y 2005.

En cuanto al cannabis, el número de admisiones a tratamiento por esta sustancia se multiplicó por cuatro entre los años 1996 y 2004, pero en 2005 se produjo un importante descenso sobre todo en las admisiones a tratamiento por primera vez en la vida.

Los hipnosedantes, que entre 1996 y 2004 aumentaron de una forma considerable, en 2005 se produjo un descenso en las admisiones a tratamiento, fundamentalmente en las que se realizaban por primera vez.

En la admisión a tratamiento por alucinógenos se observa desde 2001 una tendencia al descenso del número de admisiones; desde 2002 ocurre lo mismo con la admisión a tratamiento por éxtasis, pero en cambio las admisiones a tratamiento por anfetaminas aumentan desde 2003, superando las admisiones por éxtasis a partir de este año.

Como ya he mencionado anteriormente, en el año 2005, el porcentaje de **mujeres** admitidas a tratamiento fue del 15,4%, frente al 84,6% de varones, siendo los hipnosedantes el principal motivo de admisión a tratamiento para las mujeres (39,1%) y en el lado opuesto, los alucinógenos o inhalables volátiles con un porcentaje inferior al 10%. Es decir, según esta fuente, el porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, como droga principal que motiva el tratamiento en el año 2005 sería el siguiente:

- Opioides: 16,3%
  - o Heroína: 15,9%
  - o Metadona. 21,2%



- Otros Opioides: 22,3%
- Cocaína: 14,1%
  - Cocaína CLH: 14%
  - Cocaína base: 14,6%
- Otros estimulantes: 18,8%
- Anfetaminas: 17,4%
- MDMA y derivados: 18,9%
- Hipnosedantes: 39,1%
- Benzodiacepinas: 39,0%
- Alucinógenos: 7,7%
- Inhalables volátiles: 8,9%
- Cannabis: 15,3%

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007), la cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en Europa tras el cannabis y por delante del éxtasis y las anfetaminas. Sin embargo, las solicitudes de tratamiento por problemas con la cocaína son inferiores a las solicitadas por consumo de cannabis y considerablemente inferiores a las de opiáceos.

Volviendo a la situación española, la **edad media** de los tratados en 2005 fue de 31,9 años, habiendo una diferencia considerable de edad entre los tratados por primera vez (29,2 años) y los ya tratados previamente (34,6 años).

Las edades más bajas correspondieron a los tratados por sustancias volátiles (20,5 años), cannabis (24,0 años) y éxtasis (25,7 años). Las edades más altas corresponden a los tratados por opioides diferentes a la heroína o metadona o sin especificar (37,3 años): metadona (37,3 años), hipnosedantes (36,7 años) y heroína (35,6 años).

Entre los menores de 18 años, el cannabis fue la principal sustancia que motivó el inicio de tratamiento (69,7%), seguida muy de lejos por la cocaína (23,3%) y con un porcentaje inferior al 5% estarían los opioides y otros estimulantes.

En cuanto a los tratados por heroína por primera vez, la edad pasó de 25,7 años en 1991 a 33,2 años en 2004, manteniéndose estable en 2005.

Igualmente, entre los tratados por cocaína por primera vez se produce un aumento en el edad media, pasando de 26,6 años en 1991 a 30,0 años en 2005.

Un 6,5% de los admitidos a tratamiento en 2005 procedían de **otros países**, llegando a ser un 7,5% en lo que a mujeres se refiere, frente a un 6,4% de hombres; excepto en el caso de los inhalables volátiles, en los que el porcentaje sube al 73,3% de nacidos en el extranjero, no siendo así en el resto de las drogas (3,1% en los alucinógenos y 7,7% en los opioides).

En relación al **nivel de estudios** completado, podemos observar que entre los admitidos a tratamiento, que un 1,3% no tenían estudios, siendo este porcentaje ligeramente superior para las mujeres (1,5%). Los que habían acabado la enseñanza primaria el porcentaje ascendía al 43,7%, siendo de un 44,5% en el caso de los hombres, frente al 39,1% en el de las mujeres. La enseñanza secundaria la habían finalizado un 51,1% del total, siendo en este caso del 50,7% para los hombres y del 53,8% para las mujeres. Los estudios universitarios fueron alcanzados por el 3,7% de la población estudiada, oscilando el porcentaje entre el 3,4% en los varones y el 5,3% en las mujeres. Un 0,2% se destinaría al apartado de otros estudios: 0,1% para los hombres y 0,3% para las mujeres.

Si relacionamos el nivel de estudios con la droga consumida, detectamos que entre los admitidos a tratamiento por inhalables volátiles, un 71,1% no tenían ninguna etapa de enseñanzas secundarias completada, en lo que respecta a la cocaína base el porcentaje era de 59,3%, en heroína 54,4%, en alucinógenos 28,9%, MDMA 34,5 y clorhidrato de cocaína 37,4%.

La **situación laboral** existente era la siguiente: un 38,1% se encontraban en paro, siendo el porcentaje mayor para las mujeres (44,6%) que para los hombres (36,9%). Esta situación también cambiaba dependiendo de la droga principal de consumo, siendo los consumidores de heroína (49%) y cocaína base (52,5%) los que más tasa de paro presentaban y la más baja correspondía a los consumidores de cannabis (27,9%).

Los datos muestran que la gran mayoría (84,4%) de los admitidos a tratamiento **residían** en hogares familiares convencionales, un 8,8% estaban institucionalizados, un 2,4% vivían en alojamientos precarios o inestables (sin techo) y un 4,4% lo hacía en establecimientos hoteleros u otros lugares.

No se encuentran diferencias importantes si analizamos la variable del sexo, en lo que al tipo de residencia se refiere, aunque fue algo más frecuente para las mujeres residir en hogares familiares o en alojamientos precarios o inestables y menos frecuente fue estar institucionalizadas.

Para los tratados por cualquier droga principal a excepción de los inhalables volátiles, los alojamientos más frecuentes fueron los hogares familiares. Las institucionalizaciones se producían en mayor medida en los consumidores de inhalables volátiles (53,3%), seguido de los consumidores de opioides (14,5%) y cocaína base (11,8%), frente a los consumidores de alucinógenos (3,1%) y cannabis (4,6%).

En cuanto al **modelo de convivencia**, entre los tratados por primera vez, es más frecuente convivir con la familia propia y menos frecuente en una institución u otro modelo de convivencia. Las mujeres (32,7%) convivían con la familia de origen con menos frecuencia que los hombres (42,6%) o solas (10,9% frente al 12,5% de los varones), pero la frecuencia era mayor en el caso de tener familia propia (41,3% en las mujeres frente al 30,2% en los varones).

El informe también refleja la **fuentes principal que lo ha referido a tratamiento**. Por iniciativa propia lo hacía el 30,1%, empujados por la familia o amistades el 17,5%, servicios generales de salud el 13,5%, otros servicios de tratamiento de drogodependencias el 15,0%, prisiones o centros de internamiento cerrado para menores el 8,6%, servicios legales o policiales el 6,3% y otras fuentes el 7,2%.

Entre los tratados previamente fue más frecuente la iniciativa propia y los servicios de tratamiento de drogodependientes.

En cuanto a la diferenciación por sexo no se pueden establecer distinciones significativas, pero se podría destacar que para los hombres fueron las prisiones o centros de internamiento cerrado para menores (9,1% frente a 5,9%) los que más condicionaron el tratamiento junto con los servicios

legales o policiales (6,7% frente a 4,3%). Entre las mujeres fueron por el contrario los servicios sociales (7,1% frente a 3,7%), los servicios de tratamiento de drogodependencias (17,6% frente a 14,6%) y los servicios generales de salud (17,5% frente a 15,0%) los que en mayor medida fueron la fuente principal que las habían referido a tratamiento.

También podemos encontrar diferencias en la fuente principal que lo ha referido a tratamiento en cuanto a tipo de droga consumida se refiere: entre los tratados por cocaína las fuentes principales de referencia fueron la iniciativa propia, la familia o amistades, los servicios generales de salud y los servicios de tratamiento de drogodependencias; entre los admitidos a tratamiento por opioides, fue la iniciativa propia y los servicios de tratamiento de drogodependencias la principal fuente de referencia; en los consumidores de cannabis las fuentes principales fueron la familia o amistades y los servicios legales o policiales.

Por lo que respecta a la **edad media al inicio del consumo de la droga principal** fue de 20,5 años, siendo ligeramente superior para las mujeres (21,1 años) que para los hombres (20,3 años).

Sí que existe diferenciación en la edad de inicio de consumo dependiendo de la sustancia principal elegida, siendo los que consumen inhalables volátiles los que antes inician el consumo (14,9 años), seguidos de los consumidores de cannabis (15,9 años) y de los de éxtasis (18,2 años) y los que más tardíamente lo hacen son los que consumen hipnosedantes (27,7 años) y metadona (28,7 años). Entre los consumidores de heroína, se observa en este último informe un descenso en la edad de inicio al consumo de esta sustancia (22,0 años) con respecto al año anterior (22,8 años). Entre los consumidores de cocaína, se observa que la edad de inicio del primer consumo tiende a un descenso desde mediados de los noventa (en 1995 fue de 22,6 años, frente a los 21,1 años de 2005).

El **tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento** por dicha droga fue de 11,4 años, existiendo diferencias dependiendo de la sustancia elegida: los que tardaban menos eran los consumidores de inhalables volátiles, que lo hacían a los 5,6

años después de haber empezado a consumir, los que consumían alucinógenos tardaban una media de 7,0 años, los de éxtasis, 7,5 años y los que más tiempo tardaban a solicitar tratamientos eran los consumidores de heroína, que lo hacían a los 15,0 años después de haber empezado a consumirla.

Las mujeres tardaban algo menos en solicitar atención, 10,4 años, frente a los 11,7 años que lo hacían los varones.

El período de latencia, es decir, el tiempo transcurrido entre el primer consumo de la droga principal y la admisión a tratamiento por primera vez en la vida fue de 8,7 años.

El informe de 2007 también incluye por primera vez la **frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento**, no apreciándose diferencias significativas entre hombres y mujeres, aunque entre las mujeres fue más habitual la abstinencia y en los hombres el consumo semanal. Sí que existieron diferencias dependiendo de la droga principal consumida, predominando el consumo diario o casi diario entre los tratados por hipnosedantes, cannabis, opioides e inhalables volátiles y el consumo semanal entre los admitidos a tratamiento por estimulantes o por alucinógenos, siendo los atendidos por cocaína los que su situación estaba entre el consumo diario o casi diario y el consumo semanal.

La **vía de administración** de la droga principal en los 30 días previos al tratamiento fue preferiblemente la vía pulmonar (40,4%) o intranasal (39,7%), siendo la vía parenteral elegida en menor proporción (10,9%). Entre los consumidores de heroína se ha producido un descenso importante en la administración de la sustancia por vía parenteral, siendo en estos momentos la vía de administración elegida principalmente para esta sustancia la vía pulmonar o fumada (62,8%), seguida muy lejos de la parenteral (21,6%) y por la intranasal. Es decir, en los últimos años se ha producido un cambio radical en la vía de administración de la heroína, al igual que ha descendido el número de personas consumidoras de heroína.

La cocaína se consumía preferiblemente por vía intranasal en un 76,7% de los casos. Se multiplicó el porcentaje de los tratados por cocaína esnifada

por 39 entre los años 1991 y 2005; sin embargo en lo que se refiere a los tratados por primera vez, cuya vía de administración de cocaína era la fumada, se multiplicó el número por trece y por siete el de los que la consumían inyectada.

Entre los admitidos a tratamiento, entre los años 1996 y 2005 descendió la proporción de personas que consumieron recientemente la droga por vía parenteral de un 45,8% a un 11,1% respectivamente. De la misma manera descendió el porcentaje entre los admitidos por primera vez a tratamiento, pasando de un 34,2% en 1996 a un 5,0% en 2005.

El **policonsumo** es un patrón muy arraigado en la población consumidora admitida a tratamiento. Entre los admitidos por heroína, las otras drogas también consumidas en los últimos 30 días fueron la cocaína, el cannabis, alcohol e hipnosedantes (por este orden). Entre los admitidos por cocaína, las drogas secundarias que se citaban eran el alcohol y el cannabis y muy por debajo estarían el éxtasis y la heroína.

El 50,4% de todos los admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas durante 2005 estaban siendo **tratados por primera vez** por la droga que motivó su tratamiento sin existir apenas diferencias entre hombres y mujeres. Este porcentaje varía mucho dependiendo del tipo de droga motivo de tratamiento, es decir, pasaríamos de un 20,5% por heroína o un 23,4% por metadona a unos porcentajes muy elevados en el resto de drogas: hipnosedantes el 64,7%, cocaína el 66,9%, anfetaminas el 68,8%, alucinógenos 73,0%, éxtasis el 73,0%, sustancias volátiles el 81,0% y cannabis el 84,0%.

El **estado serológico frente al VIH** era positivo en un 39,5% de las mujeres que se habían inyectado recientemente, frente a un 31,2% de los hombres en la misma situación. Por edades, se nota un porcentaje mayor entre los de más edad en comparación a los más jóvenes. Asimismo, el porcentaje de VIH entre los inyectadores también descendió entre los años 1996 y 2005, pasando de un 37,1% a un 32,7% respectivamente, afectando tanto a hombres como a mujeres y en menor medida a los mayores de 34 años.

Si vemos la publicación de Naciones Unidas sobre Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer (Naciones Unidas, 2005), podemos observar algunas características del consumo de sustancias por mujeres en distintas regiones del mundo:

En Afganistán se ha detectado un aumento del consumo de sustancias entre las mujeres afganas, en particular las refugiadas. Suelen consumir diariamente una mezcla de opio y fármacos y alrededor de la quinta parte de consumidoras son mayores de 50 años.

En Alemania, entre el 15% y el 25% de los consumidores de drogas ilícitas distintas del cannabis son mujeres, la mayoría son policonsumidoras, pero la droga de preferencia es la heroína. Entre las mujeres mayores de 20 años el consumo de crack ha aumentado.

En Australia también el consumo de sustancias ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres, salvo en el grupo de edad de los más jóvenes. El consumo de estas sustancias es más frecuente entre el grupo de población comprendido entre los 20 y 29 años.

En Brasil, un estudio revela que la proporción de consumidores de cannabis es de 3,5 frente a 1 en la mujer, en consumidores de cocaína la proporción sería de 4 a 1, en estimulantes de 0,3 a 1 y en el caso de las benzodiazepinas, de 0,6 a 1 respectivamente. Sin embargo, también se revela que la proporción de mujeres que se inician en el consumo de cocaína era mayor a la de los hombres.

Chile tiene unas tasas de dependencia a la cocaína y la pasta base de cocaína entre las mujeres, mayor que entre los hombres. Entre los adolescentes y en particular entre las mujeres, se han registrado una disminución de consumo de cannabis y pasta base de cocaína, pero el consumo de alcohol ha aumentado más entre las mujeres adolescentes.

China sufrió en la década de los 90 un elevado aumento de consumidores de drogas censados, aunque se cree que el número es mucho mayor. El porcentaje de consumidores de drogas por vía intravenosa varía desde el 50% hasta el 90% de los consumidores censados en algunas provincias. Las sustancias ilícitas más frecuentemente consumidas fueron los

opiáceos, principalmente la heroína, seguida por el opio, si bien no se hace diferenciación por sexo.

En Estados Unidos el consumo de drogas es superior en los hombres, siendo muy semejante en lo que a sustancias psicoterapéuticas no médicas se refiere. Sin embargo, si contemplamos la franja de edad de 12 a 17 años el porcentaje resultó algo más elevado para las mujeres consumidoras de estas sustancias psicoterapéuticas no médicas.

Federación de Rusia. En el período comprendido entre 1993 y 1999, aumentó diez veces (16 en Moscú) el diagnóstico por primera vez en mujeres de un problema de drogodependencia. Las mujeres buscaban ayuda antes que los hombres y éstas tenían una probabilidad cuatro veces mayor de haber usado heroína para iniciarse en el consumo y con frecuencia pasaban a consumirla por vía intravenosa sin tomarla antes por vía nasal.

India. Según una encuesta realizada en 2000-2001, las mujeres consumidoras de drogas representaban una media del 7,9% y las principales sustancias que consumían eran heroína, alcohol, cannabis y analgésicos, comenzando a consumirlas a edad temprana; eran solteras, con estudios y además solían tener trabajo. Otro estudio revela que casi la mitad de ellas se dedican a la prostitución y que cerca de la tercera parte se dedicaba a la venta de sustancias para obtener dinero.

En Irán el 6% de los consumidores de sustancias psicoactivas son mujeres, un 5% de ellas consumen la droga por vía intravenosa. Las sustancias más consumidas son el opio, los residuos de opio, la heroína y el cannabis. El perfil más habitual de mujer consumidora es de una mujer entre 22 y 30 años dedicada a la prostitución y que tarda alrededor de 2,5 años en inyectarse la droga. El 5% de las personas en tratamiento son mujeres.

En una ciudad costera de Kenya se estudió que entre los consumidores de heroína había una mujer por cada veinte hombres y muchas de ellas se dedicaban a la prostitución. También se observó que la mitad de quienes consumían lo hacían por vía intravenosa.

En la Unión Europea se estima que los principales consumidores de sustancias ilícitas son los hombres y que las mujeres encabezan la lista de consumo de medicamentos tanto lícitos como ilícitos. Por el contrario, las tasas de consumo de cannabis en adolescentes de 15 y 16 años son inapreciables



para ambos sexos. Ellas parecen experimentar el consumo de sustancias antes que los chicos. Las mujeres cometen menos delitos contra la propiedad, pero hasta un 60% se dedica a la prostitución como forma de obtener recursos económicos.

# **La mujer y las drogas**

El contexto social y cultural es lo que hace que se cree una cultura de género con modelos femeninos y masculinos que influyen en el desarrollo psicológico y social del hombre y la mujer (Barreda, M.A. et al, 2005). Los mensajes que reciben unos y otras y las expectativas que se tiene de ambos son distintos y esto hace que se cree un modelo social por el cual se pone de manifiesto un prestigio social en la medida que se cumplen estos mensajes y expectativas de los hombres y mujeres.

Los roles sociales que se atribuyen al género están en constante evolución, transmitiéndose fundamentalmente a través de la familia y el entorno social, a la vez que tienen una importante función normativa y de organización de la vida de los individuos. Son mecanismos de control que prescriben lo que es adecuado, diferenciándolo de lo que no lo es y por lo tanto supone una desadaptación en cada uno de los sexos cuando no se cumplen las expectativas marcadas.

Para Lagarde (1994), existen una serie de características definitorias de la identidad femenina en nuestra cultura:

- Maternización, es decir, la mujer establece como núcleo principal de su identidad el deseo del cuidado de los demás.
- Inhibición sexual: en las mujeres existe un olvido de las necesidades de su propia sexualidad, de su propio placer.
- Espacio privado. En muchas ocasiones la mujer reduce su espacio al ámbito privado y del hogar, sin reconocimiento alguno de su propia tarea y sin posibilidad de elección.
- Tiempo de espera. Tradicional y culturalmente la mujer ha retrasado la realización de sus necesidades a un segundo plano, esperando a los demás.
- Subordinación. Como consecuencia de la falta de representación en los espacios de poder, la mujer se ha visto postergada a un segundo plano.

Silvia Tubert (Tubert, S. 2007: 38-39), hace una reflexión de lo que es el concepto género:

En suma, usaremos el término género para referirnos al sistema simbólico que construye las categorías de masculino y femenino. Este sistema se vincula con las relaciones de poder que determinan la subordinación de las mujeres y que se manifiestan en todos los ámbitos de la vida económica, político, social, cultural, educativo, religioso y familiar. Es decir que, a la vez, es generado por esas relaciones de poder y contribuye a sustentarlas.

El sistema de género incide en la formación de la personalidad de mujeres y hombres en la medida en que las categorías de feminidad y masculinidad se presentan como modelos ideales con los cuales los seres humanos se identifican en el proceso de socialización. De este proceso resultan unas diferencias que tradicionalmente han sido consideradas como naturales, biológicas o innatas, pero los estudios antropológicos, históricos, sociológicos y psicológicos demuestran que son producidas por los sistemas simbólicos en los que estamos inmersos, así como por los discursos y las prácticas sociales que nos configuran como seres humanos.

Hombres y mujeres no tienen las mismas oportunidades para acceder a los recursos que les permitan desarrollarse. Las mujeres se encuentran con más limitaciones derivadas del impacto diferencial de la trasgresión (Walters, M., 1991).

Por tanto, tenemos unos estereotipos de cómo se debe comportar la mujer y cómo lo debe hacer el hombre en la sociedad, percibiendo a unas y a otros de diferente forma y marcando cómo tienen que ser sus relaciones. Si esto lo trasladamos a la mujer consumidora de drogas, además de la pérdida de recursos personales, familiares y sociales común a todos los consumidores, tiene que soportar un juicio social diferente que implica su rol de género, de hecho el consumo de drogas por la mujer es visto con una mayor desviación social en la mujer que en el hombre.

En la mayor parte de países del mundo la mujer vive unas circunstancias muy diferentes a las del hombre y por lo tanto, ello también se refleja en la forma de sentir los consumos de sustancias.

El hecho en sí de consumir sustancias psicoactivas suele acarrear en muchas ocasiones una estigmatización de la persona, pero si se trata de una mujer, el etiquetaje suele ser mayor y por ello, a veces, se suele esconder el problema y con ello las posibilidades de recuperación y de salir a la luz pública en las estadísticas.

Este hecho impide a los profesionales el estudio de la problemática y necesidades que presentan estas mujeres que abusan de dichas sustancias y

a su vez, también dificulta la diferenciación en el tratamiento, ya que el número de mujeres con respecto a hombres usuarios de servicios de tratamiento para personas con drogodependencias sea menor, aunque, en los últimos años se está produciendo un incremento en el número de mujeres atendidas en estos centros.

Las encuestas demuestran que la mujer suele tender a consumir menos sustancias ilícitas que el hombre, pero en el caso de los adolescentes estas diferencias entre sexos es mucho menor. Las mujeres suelen ser más tendentes al consumo de psicofármacos.

En general, y según un estudio llevado a cabo por Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2005), las mujeres que tienen problemas con las drogas disponen de menos recursos (educación, empleo, ingresos) que los hombres; conviven más habitualmente con parejas que también son consumidoras de sustancias, tienen hijos a su cargo y las dificultades a las que se enfrentan al inicio del tratamiento suelen ser más graves que las de los hombres. Tienen más traumas que los hombres por maltrato físico y sexual y trastornos psiquiátricos concomitantes, en particular los resultantes del estrés postraumático y otras perturbaciones debidas al estado de ánimo y la ansiedad.

En algunos países, las mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas no figuran en las estadísticas oficiales, ya que el número de mujeres representa un porcentaje pequeño y además ocupan un lugar secundario en la cultura de las drogas (Murthy, P., 2002).

Los estudios españoles que abordan la problemática de las drogodependencias desde una perspectiva de género son escasos, si bien es cierto que en las últimas décadas se empiezan a encontrar trabajos específicos que afrontan la problemática de la mujer en el mundo de las drogas.

La bibliografía en inglés es bastante más extensa, pero hay que discernir el tipo de estudio, ya que no siempre es extrapolable a nuestra sociedad española.

No hay que ocultar que los varones blancos han sido los principales protagonistas de los estudios relacionados con el tema, y eso trae como consecuencia que exista una generalización de los resultados para ambos

sexos, siendo la realidad social y cultural, en muchas ocasiones, muy diferente entre los hombres y las mujeres.

Gran parte de las investigaciones tendentes al estudio de las mujeres consumidoras de drogas suelen estar relacionadas al binomio droga/embarazo y no tanto en el tratamiento y prevención de drogodependencias en mujeres no embarazadas (Inciardi et al, 1993:18), pero como hemos mencionado anteriormente este hecho está empezando a cambiar muy positivamente.

Carmen Meneses (2007), haciendo una recopilación de diferentes trabajos, establece una serie de características o circunstancias asociadas a las mujeres con drogodependencias que les afectan en mayor medida que a los hombres:

- 1 Las diferencias entre mujeres y hombres presentes en la sociedad se reflejan en los consumos de drogas. De ahí que los roles de género se manifiesten en los contextos de usos de drogas.
- 2 En los patrones de consumo –dosis, frecuencia, contexto, vías de administración, etc.-, se observan diferencias entre mujeres y hombres, si bien este tipo de análisis se ha realizado con mayor exhaustividad para determinadas sustancias.
- 3 El nivel educativo y la capacitación profesional de las mujeres con drogodependencias es menor que en los varones.
- 4 En muchos casos, las mujeres tienen poca experiencia laboral, están desempleadas u ocupan puestos de trabajo de ingresos muy bajos, dependiendo económicamente de sus parejas.
- 5 Es frecuente que el inicio del consumo se produzca con usuarios varones, ya sea desde una relación afectiva o no, además, con la pareja puede incrementar el consumo de drogas.
- 6 Muestran escaso poder de negociación con sus parejas ante los comportamientos de riesgo: en las relaciones sexuales y en la utilización compartida de material de inyección.
- 7 En mayor medida viven solas, han salido del hogar familiar precozmente, reciben menos apoyo de la familia y de la comunidad. El aislamiento social las hace más vulnerable a la violencia de su pareja.

- 8 Las mujeres con drogodependencias pueden haber vivido abusos físicos y sexuales en la infancia, es decir, antes de iniciarse el consumo de drogas, pero también haber sido maltratadas física y psicológicamente o abusadas sexualmente durante el período de consumo.
- 9 Pueden presentar problemas sexuales, en gran parte, debido a los traumas sufridos.
- 10 Algunas mujeres son amas de casa, madres responsables del cuidado y la crianza sin ningún tipo de apoyo, encontrándose solas para asumir estas tareas, aunque el consumo puede implicar dificultades para desempeñar su rol como madre.
- 11 La valoración social de las mujeres con problemas de consumo de sustancias comparada con los varones es más negativa, generando un mayor estigma social hacia ellas al transgredir los comportamientos normativos asociados socialmente a las mujeres.
- 12 Sienten, en mayor medida, vergüenza, culpa y baja autoestima porque viven una mayor estigmatización social.
- 13 Distintos estudios señalan una mayor severidad en cuanto a las repercusiones del consumo en el caso de las mujeres, así como un mayor deterioro, dado que las situaciones sociales de partida son más precarias y desiguales.
- 14 Se observa una mayor prevalencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos: ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación.
- 15 El uso continuado de drogas (heroína y alcohol) puede provocar alteraciones en el ciclo menstrual como amenorrea, irregularidades en la menstruación, etc.
- 16 Recurren en mayor medida al ejercicio de la prostitución como modo de supervivencia y mantenimiento del consumo y, a su vez, esta actividad puede dar lugar a un incremento del consumo.
- 17 Los consumos de drogas tienen significados y motivaciones distintas en las mujeres, utilizándose en algunos casos para paliar síntomas de trastornos psicológicos o de condiciones sociales muy adversas.

- 18 La existencia de antecedentes de consumo problemático en la familia parece ser más recurrente e influyente en las mujeres que en los varones.
- 19 Se aprecia un período de tiempo menor entre el inicio del consumo de drogas y la dependencia a sustancias.
- 20 Al principio, la literatura mostraba a las mujeres en un papel muy pasivo respecto a la iniciación y mantenimiento del consumo de drogas. Sin embargo, trabajos posteriores muestran estilos opuestos, indicando que las mujeres son bastante activas y articulan estrategias diversas para el mantenimiento del consumo y supervivencia.
- 21 Tienen escasos apoyos para ponerse en tratamiento, incluso pueden contar con la oposición de sus parejas, además de la familia. Para las mujeres con drogodependencias los vínculos y relaciones personales son muy importantes y pueden anteponer las necesidades de los y las demás a las suyas.
- 22 El estilo de vida está asociado a los comportamientos de riesgo, siendo diferentes en varones y mujeres.

Pilar Blanco Zamora establece unas características comparativas de la persona adicta según la perspectiva de género:

- Factores socioculturales:

El hombre suele tener una vida más gregaria, está más socializado y presenta un índice mayor de problemas legales. Mientras que la mujer lleva una vida más solidaria, con mayor soledad y con mayor índice de maltrato y abusos sexuales.

- Dependencia relacional:

La mujer presenta mayor índice de codependencia y bidependencia (más anulativa que parasitaria).

- Rasgos psicopatológicos:

El hombre presenta mayores índices de psicosis (esquizomorfa). La mujer tiene una autoestima muy baja, asimismo plantea problemas de depresión y trastornos afectivos, con trastornos de ansiedad frecuentes.



- Formas adictivas compartidas:

En cuanto al alcoholismo el hombre es un bebedor social, mientras que la mujer es bebedora solitaria. El consumo de psicofármacos, en el hombre predominan los hipnóticos y la mujer presenta adicción a los psicofármacos, siendo los antidepresivos los que más predominan en su consumo.

- Formas adictivas peculiares:

El hombre también presenta otras adicciones, como las referentes al sexo, al deporte, al trabajo, videojuegos e internet, mientras que a la mujer le afectan más las relativas a la compra compulsiva, la teleadicción y tiene con más frecuencia trastornos de alimentación.

De las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha sobre la mujer y el consumo de drogas podríamos sacar las siguientes conclusiones:

Por un lado, la aparición de la mujer en los estudios sobre drogodependencias es escasa, prácticamente insignificante.

El consumidor varón es el que se lleva toda la atención, constituyendo, para los estudios, la normalidad, es decir, lo que define las características de todos aquellos consumidores de drogas.

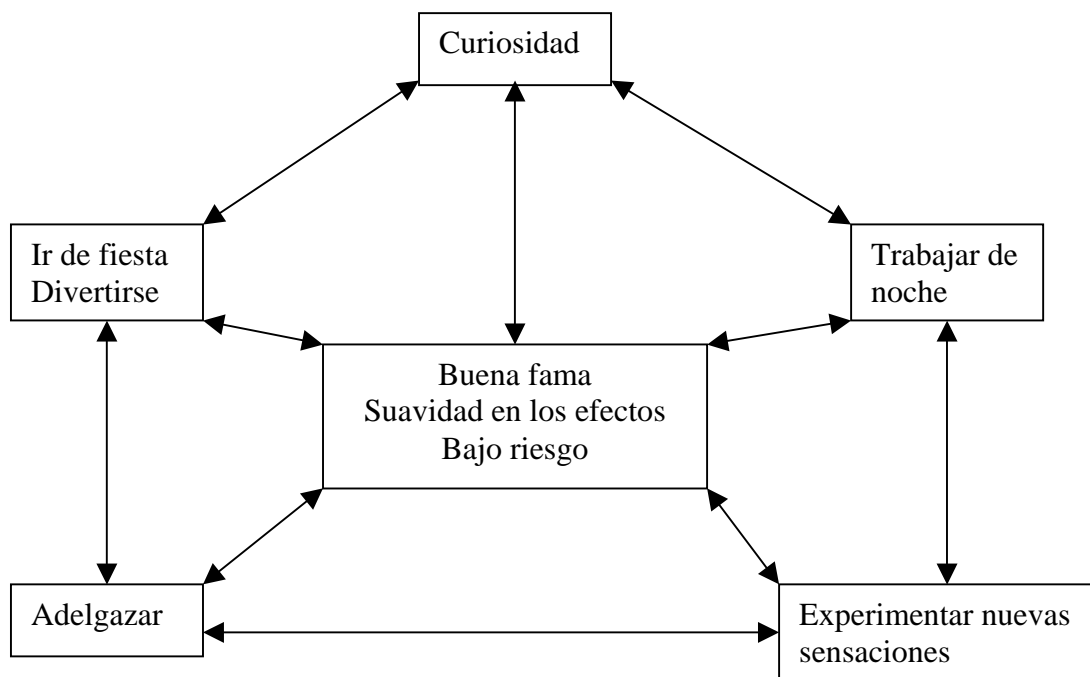
A la mujer se le ha considerado más inadaptada, por el hecho de ser mujer y consumidora de drogas, que el varón que también las consume, es decir, los estudios relativos a la mujer consumidora de drogas han observado en muchas ocasiones a la mujer desde la desviación.

Según Martens (1999) y Merino (2002) las mujeres adictas presentan dificultades a la hora de demandar tratamiento debido a la existencia de cargas familiares, percibir que no son consideradas en los centros, temor a la pérdida de los hijos y etiquetarlas de “madres irresponsables”.

Pero no todos los estudios avanzan por la misma línea. Se puede mencionar, por ejemplo, las investigaciones llevadas a cabo por Sheila Henderson, la cual centra su estudio en la influencia del género en los nuevos consumos de drogas (fundamentalmente en el éxtasis). De la misma manera, Nuria Romo (2001) estudia a mujeres consumidoras de drogas de síntesis: el nivel educativo es alto, en muchos casos universitario; no han estado

necesariamente relacionadas con la prostitución y los problemas con la justicia no son significativos; el consumo se lleva a cabo en un ámbito “normalizado” y recreativo; no son madres o esposas como en los estudios llevados a cabo con mujeres heroinómanas (por ejemplo en los de Rosenbaum, M., o los de Taylor, A.).

Según este mismo estudio, se exponen los motivos expresados por las mujeres entrevistadas para iniciarse en el uso de éxtasis:



Aunque el tratamiento de drogodependientes es siempre individualizado, la mayoría de los programas no incluyen la variable de género en sus objetivos y esto se puede deber a varios motivos (Meneses, 2006):

- Los programas atienden a más hombres que mujeres y por lo tanto se diseñan en función del paciente mayoritario y con la suposición de que ambos tienen las mismas necesidades y presentan la misma problemática. Diferentes aspectos son, por ejemplo: la forma de expresar los sentimientos y los malestares, las diferentes maneras de vivir y abordar la maternidad y la paternidad, las diferentes formas de convivir con la violencia, o

los diferentes significados que el consumo de drogas tiene para cada sexo.

- Los centros de atención a drogodependientes basan su atención en atender las necesidades individuales de cada individuo, por lo tanto no se siente la necesidad de plantearse las diferencias de género. Sin embargo, cuando hay que recurrir a los recursos de apoyo, la autora, basándose en el informe de la ONU, "Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida" (ONU, 2005) dice que se encuentran grandes diferencias, pues existen más recursos para los varones que para las mujeres, o éstas tienen que soportar mayores listas de espera.
- Aplicar una perspectiva de género supone una reflexión previa de los profesionales que atienden este colectivo para que contemplen la problemática y necesidades que afectan a los pertenecientes a cada sexo y se revisen los estereotipos y sesgos de género inherentes en la práctica profesional.

También la misma autora (Meneses, 2007), menciona a Reed (1987) para dar una explicación de por qué los programas de tratamiento están orientados hacia los varones:

- Al principio se llevaron a cabo investigaciones centradas en las sustancias y posteriormente se pensó en las características de los consumidores, si bien se toma como referencia a los varones blancos.
- Los que planifican y gestionan los servicios desconocen las necesidades de las mujeres consumidoras.
- Las mujeres no han sido tenidas en cuenta, o por lo menos las cuestiones más importantes para ellas, en los estudios

realizados. Por tanto, se desconocen sus necesidades y las circunstancias del consumo de drogas.

- Al estar las conductas violentas relacionadas con el hombre consumidor y no tanto a la mujer, el consumo de sustancias en estas han generado menos alarma social.
- El consumo de psicofármacos en las mujeres no ha tenido tanta importancia ya que es algo que se hace en privado.
- Las reacciones químicas que las drogas producen en el organismo han sido más estudiadas en los hombres y cuando ha sido la mujer el objeto de estudio, éste se ha centrado fundamentalmente en las consecuencias para el feto.

La perspectiva de género dentro de la Estrategia Nacional sobre Drogas se incluye por primera vez en España en el Plan de Acción 2005-2008 y dice “todas las acciones incluidas en él deben considerar sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de las mujeres y de los hombres en las fases de planificación, ejecución y evaluación de dichas acciones, incorporando la perspectiva de género de acuerdo con las directrices de Naciones Unidas, de la Unión Europea y con la política de igualdad promovida por el Gobierno de España”.

La necesidad de una perspectiva de género en el diagnóstico y tratamiento de la drogodependencia se ha visto reflejada en los últimos años en algunas experiencias llevadas a cabo y dirigidas exclusivamente a mujeres drogodependientes con o sin hijos. Experiencias que demuestran que cada vez más la mujer drogodependiente está presente en las prioridades de los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias y también son tenidas en cuenta por los gestores de estos centros de tratamiento. La problemática de estas mujeres se empieza a abordar específicamente poco a poco, es decir, se empieza en algunos sitios a contabilizarse como un

número más en los tratamientos tradicionalmente masculinos, sino que se empieza a considerar su situación psicosocial como diferente a la presentada por los varones.

# Material y métodos

En este estudio pretendo analizar los aspectos específicos y diferenciales de la drogodependencia en las mujeres, sus circunstancias, su entorno, su educación y todos aquellos aspectos psicosociales que la diferencian de los hombres que también son consumidores de alcohol y otras drogas ilegales.

Aunque la muestra no sea extrapolable al resto de la población drogodependiente, por ser datos de un solo centro de atención a drogodependientes y no contar con aquellas personas que no han solicitado tratamiento, sí que creo que puede justificar una realidad diferente de perfiles según el género.

Y por tanto, ante realidades diferentes, se tiene que hacer evidente la necesidad de un tratamiento diferenciado. Es decir, partiendo de que todo tratamiento a drogodependientes requiere un proceso individualizado, incluimos una variable más, que es el género, a tener presente a la hora de diseñar cualquier diagnóstico y plan de tratamiento, con todas aquellas mujeres que solicitan atención.

Decir que el tema lo escogí porque, a lo largo de los años de mi experiencia profesional con hombres y mujeres drogodependientes, ha habido una mayoría de mujeres que se percibe más desprotegida socialmente, con una problemática social diferente a la de los varones, que accede minoritariamente a los centros de tratamiento y con una tasa de abandono de los tratamientos mayor a la del hombre, es decir que había algo que nos impedía acceder por igual al tratamiento de las mujeres drogodependientes.

Todas estas percepciones quería constatarlas para poder verificar mi tesis de la necesidad de un tratamiento diferenciado a la mujer drogodependiente desde la perspectiva de género.

En primer lugar investigué la bibliografía existente relacionada con la mujer drogodependiente, pero, como he mencionado anteriormente, ésta es escasa y, en muchas ocasiones, dedicada a un tema en concreto de la mujer drogodependiente. Es decir, se pueden obtener temas de la mujer heroinómana, o de la mujer con VIH, o de la mujer embarazada o con hijos, o incluso de la mujer consumidora de drogas de síntesis, o de la mujer maltratada, etc.

Pero mi objetivo no es solamente el profundizar en el perfil psicosocial de la mujer drogodependiente, sino compararlo con el de los varones consumidores que acceden a los centros para así poder distinguir las necesidades de unos y otros y, ante problemática y necesidades diferentes, se evidencia la necesidad de tratamientos diferenciales, con perspectiva de género, en los que se tenga en cuenta a la mujer con las características socioculturales, sus dificultades y la problemática propia que presenta la mujer drogodependiente.

Quiero ahondar en la problemática psicosocial que afecta a estas mujeres drogodependientes para así poder tener presente un marco teórico previo a la realización de los diagnósticos y los planes de intervención, para poder detectar con más fiabilidad su problemática y necesidades, tener presentes aspectos diferenciales de la población mayoritaria, que es la masculina, y no tratar a estas mujeres desde esa perspectiva centrada en los varones que tradicionalmente se ha dado por el hecho de ser drogodependiente. Es decir, un diagnóstico y plan de tratamiento incluirán obligatoriamente la variable género en su realización para que sean más acordes con la realidad social de estas mujeres. Que tengamos más en cuenta a la mujer con su realidad biopsicosocial, que no nos quedemos únicamente con aspectos tales como la maternidad, la prostitución o el VIH, sino que abarquemos todo el espectro de asuntos que atañen a la vida de la mujer drogodependiente, que tengamos en cuenta a las mujeres solteras, casadas, con o sin hijos, con o sin VIH, joven o mayor, heroinómana o cocainómana, que empieza a consumir drogas por diversión o por evitar su problemática social,



etc. y no prejuzguemos los propios profesionales a la mujer por el hecho de ser drogodependiente.

Quiero fundamentar la necesidad de un tratamiento específico para mujeres, pero a la vez no distanciado del de los hombres que también padecen un problema de drogodependencias. Es decir, que, a diferencia de otros autores, mantengo que las comunidades terapéuticas, así como el tratamiento ambulatorio grupal, no deben ser exclusivos para mujeres, sino que, dentro de su individualización y de su tratamiento específico por el hecho de sus características particulares como mujeres, tienen que existir espacios comunes en los que contrastar las dificultades sociales en relación con su grupo de iguales. Y esto incluye a hombres y a mujeres, ya que en la sociedad existen ambos y, una vez acabado el tratamiento, su reincorporación a la sociedad no les va a eximir de este tipo de relaciones, y es más, en muchas ocasiones, sus relaciones con el sexo opuesto manifiestan conflictos que tienen que aprender a solucionar, para que luego no sean un obstáculo en su realidad cotidiana de su proceso de reinserción social.

Es decir, que las comunidades terapéuticas son más enriquecedoras cuando el tratamiento es mixto, ya que así se pueden trabajar aspectos relacionales desde la práctica cotidiana. Si bien es cierto que dentro de estas comunidades terapéuticas y dentro de cualquier tipo de tratamiento, ya sea individual, grupal, ambulatorio o semi-residencial, dirigido a drogodependientes es necesaria una perspectiva de género que diferencie el proceso que las mujeres necesitan realizar, por las características especiales que ellas tienen y que tengan un espacio específico para ellas donde trabajar libremente determinados aspectos de su vida, tanto a nivel individual como en el grupo de mujeres con problemáticas similares.

En España, no hace muchos años, la educación era sexista, las niñas estaban en una clase distinta a la de los niños y esto hacía que las diferencias entre unos y otras se hicieran todavía más evidentes e incluso que la enseñanza fuera desigual. Pero actualmente, el panorama educativo español ha cambiado y ha introducido en las mismas aulas a niños y a niñas, considerando a unos y otras iguales (con sus características particulares), ya

que, entre otros muchos motivos, la mujer y el hombre van a convivir en la misma sociedad, al igual que van a convivir con el inmigrante, con el hijo del albañil o con la hija de la abogada, etc.

Si separamos a la mujer drogodependiente en su tratamiento, de los varones, una parte de la esfera social de su tratamiento quedará desequilibrada y probablemente sea un aspecto importante en la recaída al consumo de drogas.

Por tanto, mi hipótesis de partida es que la mujer drogodependiente necesita un tratamiento en el que se incluya la variable del género para darle mayor relevancia, que no se sienta que ella misma se tiene que comparar en su tratamiento con el de los hombres, que no sienta que los profesionales la igualamos en los mismos objetivos que se establecen para los hombres, sino que su vida dista bastante a la del varón porque su situación psicosocial es diferente, a la vez que lo es de la del resto de compañeras. Y todo ello requiere de un espacio específico para mujeres pero que pueda, a la vez, convivir en una sociedad en la que se den todo tipo de condiciones sociales. Es decir, garantizar, dentro de un espacio mixto, un área delimitada de trabajo para mujeres, donde se responda a sus necesidades y se cree un espacio donde la mujer se sienta más libre y segura para poder expresar todo aquello que le preocupa y que es importante para su tratamiento.

Si se estudian las características de unos y otras y su problemática y necesidades, se podrán diseñar los diferentes proyectos de intervención que incluyan la variable del género en los diferentes programas de tratamiento y así tener más presente a la mujer drogodependiente; que la tasa de abandono no sea tan elevada y que el tratamiento aporte un mayor atractivo a aquellas mujeres consumidoras de alcohol y de otras drogas que por diversos motivos no están accediendo a los tratamientos diseñados y mayoritariamente ocupados por hombres.

Una vez realizado el análisis de la bibliografía, contacté con el Centro de Solidaridad de Zaragoza (conocido en muchas ocasiones como Proyecto Hombre), por ser un centro de referencia importante en Aragón en la

prevención y el tratamiento de las drogodependencias, llevar muchos años trabajando con hombres y mujeres drogodependientes, tener un número importante de usuarios en sus diferentes centros y por abarcar a todo tipo de personas drogodependientes, tanto por su condición socioeconómica como por el tipo de droga que consumen.

Mi objetivo era poder pasar unas encuestas (previamente diseñadas) a los pacientes de su centro, tanto a la población femenina como a la masculina, para así poder comparar los datos obtenidos de unos y otras. Es decir, de nada me sirve estudiar las condiciones de las mujeres drogodependientes que acuden a este centro si no tengo con quién compararlas y poder investigar si la realidad que presentan unas y otros es diferente o por el contrario no es cómo lo percibimos en el trabajo diario y presentan problemáticas similares.

El Centro de Solidaridad de Zaragoza cuenta con diferentes Programas de tratamiento a los cuales se deriva a los pacientes dependiendo del diagnóstico que se realiza previamente. Y dentro de esos programas, existen diferentes estadios o fases por las que irá pasando el usuario según su evolución personal.

Para elegir la muestra he descartado el Programa Tarabidán por ser destinado al tratamiento de jóvenes, ya que entiendo que la problemática psicosocial puede distar bastante de la realidad social de los pacientes adultos. Este estudio podría ser objeto de otra investigación, cuyos resultados serían importantes a tener en cuenta para la prevención primaria, secundaria y terciaria de hombres y mujeres.

Por otra parte, no ha sido posible estudiar, por diferentes motivos, a la población perteneciente al Programa Ulises, es decir, aquellos pacientes a los cuales se les dispensa metadona y no están incluidos en otros tratamientos a la vez, ni a las personas que realizan un tratamiento ambulatorio individualizado sin necesidad de tratamiento grupal.

Por lo tanto, la muestra que abarca este estudio tiene un sesgo, ya que los pacientes del Programa Ulises, son fundamentalmente consumidores de

heroína y probablemente sea una población más envejecida y con una problemática biopsicosocial mayor que el resto.

La investigación se centra pues, en la Comunidad Terapéutica y el Centro de Adicciones. Este último, incluye (además de los tratamientos individuales y del Programa Ulises, los cuales ya hemos dicho que se han tenido que excluir del estudio) a:

- aquellos pacientes que van a entrar a la Comunidad Terapéutica (Grupo de Motivación),

- los que han finalizado su proceso de comunidad terapéutica y ahora realizan un proceso de reinserción social (Grupo de Reinserción),

- el grupo para pacientes cuya problemática se centra en el alcohol y se estima que no necesitan su inclusión en la C.T. para superar su adicción (Grupo Alcohol),

- el Grupo Soporte: destinado a aquellos usuarios que no necesariamente estén consumiendo en estos momentos, pero sí lo han hecho con anterioridad y necesitan un apoyo o soporte en sus vidas en estos momentos,

- Altaír: grupos que en sus orígenes fueron creados para dar respuesta a las personas que presentaban problemática con la cocaína. Pero hoy en día se ha abierto a pacientes con diferentes perfiles adictivos que necesitan tratamiento ambulatorio grupal.

- Grupo de Mujeres, que incluye a todas aquellas que han realizado su tratamiento en la C.T. y ahora su proceso se basa en la reinserción y a las que sin haber pasado por la C.T., su reinserción se considera paralela a su tratamiento. Es decir, el Centro de Solidaridad de Zaragoza ha considerado la perspectiva de género en su tratamiento ambulatorio.

La muestra a la que pude tener acceso fue de 101 personas, de las cuales 82 fueron hombres y 19 mujeres. De dicha muestra, una de las encuestas fue anulada por falta de datos, por lo tanto la población encuestada resultó al final ser de 81 hombres y 19 mujeres (un total de 100 pacientes) como podemos comprobar en la gráfica siguiente.

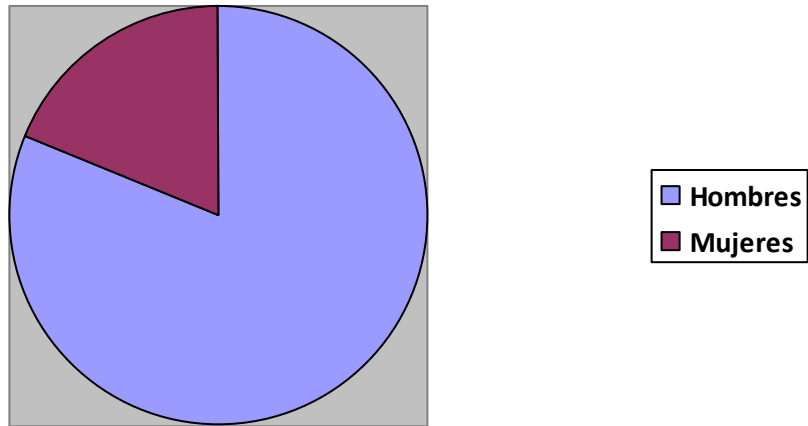


Tabla 1.- Población estudiada según sexo

Las encuestas las realicé durante los dos primeros meses de 2009 a los usuarios de los diferentes programas anteriormente mencionados y que se encontraban ese día en el grupo al que pertenecían.

Acudí, en primer lugar, durante varios días a la Comunidad Terapéutica para poder realizar el mayor número de encuestas posible. Pero por la dinámica de la propia comunidad se creyó conveniente individualizar las entrevistas, aunque al final hubo algunas que se pudieron realizar en grupo.

En el Centro de Adicciones tuve la oportunidad de realizar todas las encuestas de forma grupal, es decir, asistí los días establecidos semanalmente para los diferentes grupos y así pude pasar a todos los asistentes las encuestas.

La encuesta consistía en 87 preguntas, de las cuales la mayoría eran preguntas cerradas, es decir, con varias opciones posibles de respuesta, y otras eran preguntas abiertas para que los y las pacientes pudieran contestar lo que quisieran libremente sin ser condicionadas con posibles respuestas.

Posteriormente los datos fueron analizados y tabulados y se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación.

# Resultados

## Programas de tratamiento

La población masculina atendida en los diferentes Programas de tratamiento a los cuales he podido tener acceso sería la siguiente:

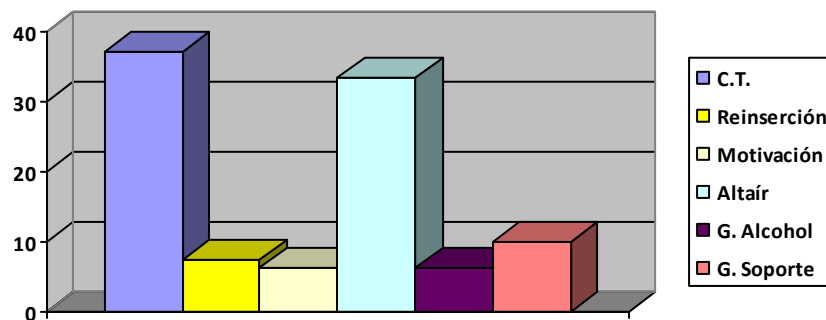


Tabla 2.- Población masculina estudiada en los diferentes Programas.

En la Comunidad Terapéutica se han analizado a 30 pacientes varones, es decir, un 37.04% del total de los hombres estudiados. Le sigue en número los hombres pertenecientes al Programa Altaír, que alcanzarían un porcentaje del 33.33% del total de pacientes varones. Los porcentajes más bajos corresponderían al Grupo Soporte, con un 9.88% de los entrevistados varones, seguido de los que pertenecen al Grupo de Reinserción, con un porcentaje del 7.41%, y para finalizar los correspondientes al Grupo Motivación y al grupo Alcohol, con un porcentaje del 6.17% para cada uno de ellos.

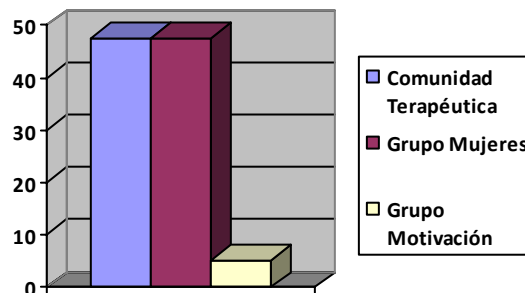


Tabla 3.- Mujeres atendidas en los diferentes Programas

En lo que a las mujeres se refiere, ellas concentran su tratamiento en la Comunidad Terapéutica, en el Grupo de Mujeres y seguido con mucha diferencia del Grupo Motivación<sup>1</sup>.

Podemos observar que de las mujeres entrevistadas, un 47.37% representan a aquellas que realizan su tratamiento en la Comunidad Terapéutica. El mismo porcentaje correspondería a aquellas mujeres que, habiendo pasado o no por la CT, realizan en estos momentos su tratamiento en el Grupo para Mujeres del Centro de Adicciones. Y un porcentaje inferior, el 5.26%, corresponde a las que se encuentran realizando su proceso actualmente en el Grupo de Motivación y susceptible de realizar su tratamiento en la Comunidad Terapéutica.

### Tiempo de tratamiento

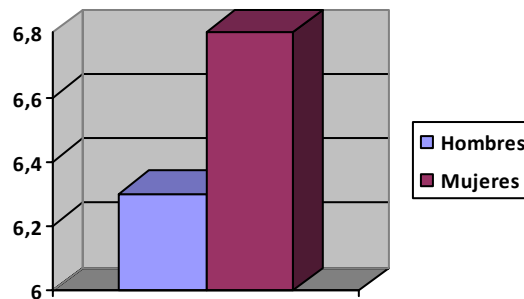


Tabla 4.- Tiempo de tratamiento de hombres y mujeres

En cuanto al tiempo que llevan unas y otros realizando su tratamiento en el Centro de Solidaridad de Zaragoza, sorprendentemente las mujeres llevan una media ligeramente superior a la de los hombres, 6.80 meses de media para ellas, frente un 6.30 meses para los varones.

<sup>1</sup> Estos datos se refieren a la población estudiada, es decir, no significa que no pueda haber más mujeres en otros Programas y en otro tiempo.



Este dato no pretende ser una variable para analizar la adhesión al tratamiento, ya que no tiene en cuenta otros parámetros, como por ejemplo los abandonos, sino que únicamente muestra una de las variables que se ha tenido en cuenta para poder tener en cuenta el perfil de la población estudiada.

## Edad media

La media de edad, como detalla la gráfica de abajo, es de 35.17 años para los hombres y de 34.84 años para las mujeres. Siendo 21 años la edad de la mujer más joven estudiada y 47 la de mayor edad. Sin embargo, en los hombres la diferencia de edad entre el más joven y el mayor es más elevada, siendo de 20 años y 58 años respectivamente.

Estos datos contrastan con los obtenidos por la Encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2007/2008, del Plan Nacional sobre Drogas, cuya edad media de los tratados en 2005 era de 31,9%, ya que, por un lado, en este estudio no se ha analizado a la población menor de 21 años, que estarían incluidos en el Programa Tarabidán, ni los pertenecientes al Programa Ulises de mantenimiento con metadona, que previsiblemente aumentarían la edad de tratamiento. Pero como ya he mencionado anteriormente no pretendo comparar los resultados porque no tendría ninguna similitud.

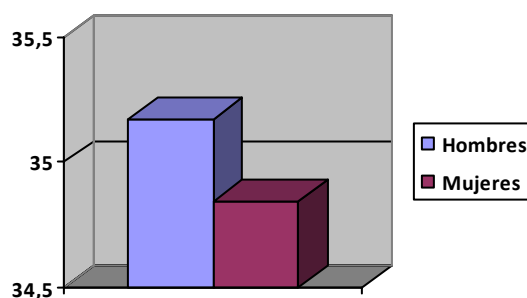


Tabla 5.- Edad media de la población encuestada

## Estado civil

Otra variable analizada ha sido el estado civil, de donde podemos destacar que el porcentaje más elevado de mujeres y hombres encuestados, en lo que a estado civil se refiere, corresponde al grupo de solteros y solteras, siendo del 57.89% para ellas y del 49.38% para ellos. Es decir, casi la mitad de los hombres y más de la mitad de las mujeres que he estudiado están solteros y solteras.

Seguidamente están los pertenecientes al grupo de personas que conviven con su pareja sin estar casados, es decir las parejas de hecho, a los cuales corresponden los siguientes datos: un 19.75% de los hombres y un 15.79% de las mujeres.

El apartado de separados y divorciados ocupa el tercer lugar, siendo del 18.52% para los hombres y el 10.53% de las mujeres.

El cuarto lugar lo ocuparían las personas que están casadas: 11.11% de hombres y 10.53% de mujeres.

Y por último tenemos a todas aquellas personas viudas, ocupando unos porcentajes de 1.23% y del 5.26% para hombres y mujeres respectivamente.

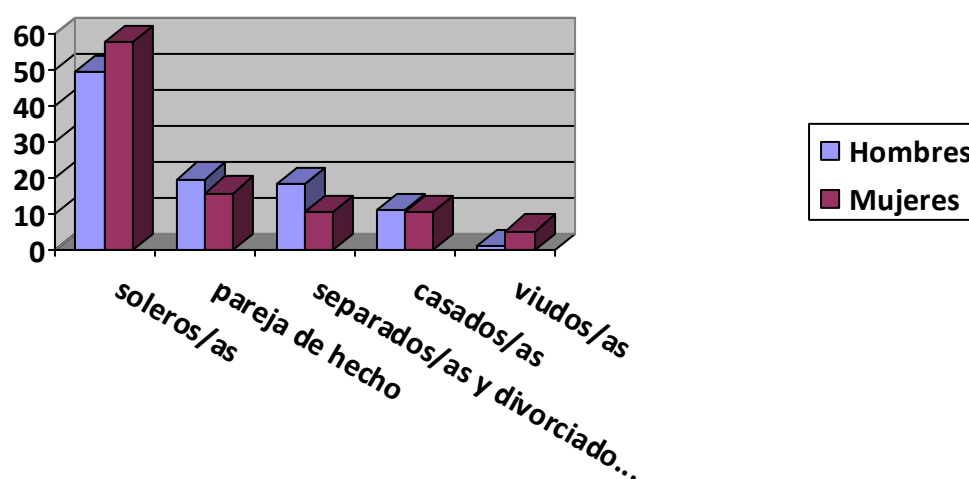


Tabla 6.- Estado civil

Si hacemos dos grupos distinguiendo a personas que viven en estos momentos con una persona vinculada afectivamente a ella (casada o no) y otro

de personas que no mantienen ninguna relación afectiva estable de convivencia, tenemos que el porcentaje de mujeres que viven solas (sin pareja afectiva) es mayor para las mujeres que para los hombres, un 73.68% frente a un 69.13%.

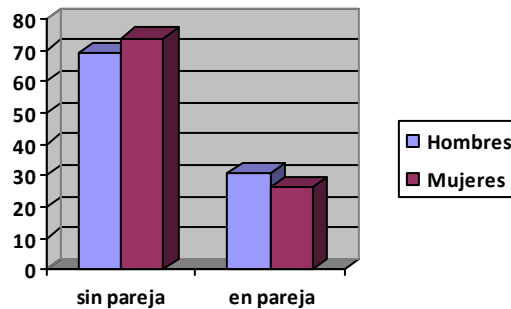


Tabla 7.- Personas que viven solas o en pareja

La mujer fundamentalmente, vive en estos momentos sin una pareja afectiva, aunque el último año haya estado viviendo con ella (como veremos más adelante), es decir, su relación se ha roto antes de entrar a realizar el tratamiento o poco después.

Pero, si entendemos por dependencia afectiva o emocional aquella relación en la que una persona establece con exclusividad, que la desea y que mantiene también intensamente, pero que experimenta como insatisfactoria y que supone efectos negativos para ella (pérdida del contacto con otras personas significativas, desatención a su ámbito de intereses y necesidades, problemas económicos...) sin que pueda desvincularse o modificar este tipo de relación (Palop, M., 2007) y consideramos a una parte de las mujeres drogodependientes (tal y como se establece en la bibliografía existente sobre el tema) como personas dependientes de sus parejas, el riesgo de abandono y recaída de estas mujeres es grande y para ello es imprescindible trabajar inmediatamente y de forma prioritaria este asunto ante una ruptura sentimental reciente.

## Procedencia geográfica

En cuanto al país de origen, todas las mujeres analizadas eran originarias de España, sin embargo, los hombres lo eran en el 95.06% de las ocasiones. Los casi cinco puntos porcentuales restantes se dividen de la siguiente manera: los que proceden del resto de Europa son un 2.47%, de América un 1.23% y el mismo porcentaje para los procedentes del continente africano.

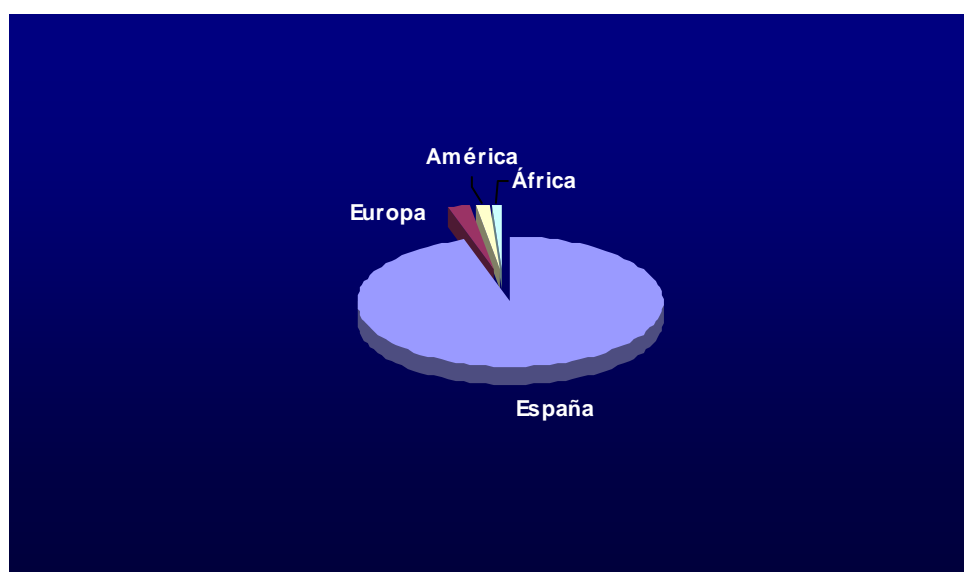


Tabla 8.- Procedencia geográfica por país/continente (hombres)

De las personas procedentes de otros países, atendidas en este programa, nos encontramos que llevan viviendo en nuestro país una media de 9.38 meses, es decir, son personas que no llevan mucho tiempo y en algunos casos el idioma es un obstáculo en su tratamiento.

En cuanto al país de procedencia de estas personas, observamos que la mitad de ellos proceden de otros países europeos y el resto procedían del continente americano y del africano.

## Lugar de nacimiento

De las personas analizadas vimos que la gran mayoría, el 72.84% de los hombres y el 78.95% de las mujeres, habían nacido en la ciudad. El porcentaje de los que nacen en los pueblos baja hasta el 27.16% de los hombres y el 21.05% en el caso de las mujeres.

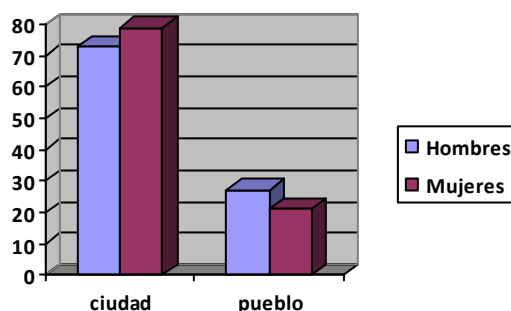


Tabla 9.- Lugar de nacimiento

## Localidad de procedencia del último año

Pero si analizamos el lugar de procedencia del último año, en las mujeres todavía se alejan más los porcentajes: el 84.21% de las mujeres procedían de un entorno urbano y el 15.79% del medio rural.

En los hombres no sucede lo mismo, sino que el porcentaje de hombres que proceden del medio urbano ha descendido con respecto al de los que habían nacido allí, ahora proceden de las ciudades el 69.14%. Este descenso puede ser debido a que en la procedencia del último año existe un variable más, que son los que no han vivido en el último año ni en los pueblos ni en las ciudades, sino que han pasado la mayor parte del último año de su vida en una prisión; estos representan el 8.64% de la población masculina estudiada, pero el de las mujeres en esta misma situación es nulo.

Habría que hacer, por parte de los centros, profesionales y las Instituciones Penitenciarias, un mayor esfuerzo por incluir en los porcentajes a

mujeres procedentes del ámbito penitenciario, ya que no están representadas (por lo menos en el momento que se realiza este estudio) en estas estadísticas.

Añadiremos, pues, otro problema más de la mujer para acceder a los centros de tratamiento de drogodependencias: la condición de ser drogodependiente y presa dificulta la entrada a estos centros.

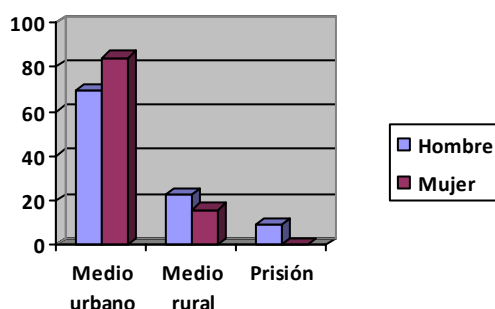


Tabla 10.- Localidad de procedencia del último año

Como observamos en la gráfica, la mujer procedente del medio rural que accede a tratamiento sigue estando poco representada, lo mismo ocurre con los hombres aunque en menor medida.

Diremos, pues, que la persona estudiada nació en la ciudad y ha vivido durante este último año en la ciudad.

Existen más personas jóvenes que viven en las ciudades que en los pueblos, pero también es cierto que las mujeres que viven en el medio rural tienen más dificultades de acceder a tratamiento, ya que ello supone, por un lado el reconocer su adicción (no sólo su consumo esporádico) y la vergüenza que ello implica ante la sociedad rural. Por otro lado, si decide realizar un tratamiento y ello implica ingresar en un centro residencial (como mencionaremos más adelante), dejando a su marido e hijos, en el caso que los tenga, la estigmatización de esta mujer alcanza límites elevados que no son exclusivos de la sociedad rural pero que aquí tienen mayor relevancia.

Generalmente, podemos observar en las estadísticas que a las mujeres les cuesta más acceder a tratamiento, pero si a eso le sumamos que un tratamiento supone que la gente de su entorno se va a enterar de su condición

de drogodependiente (como puede ser el caso de las mujeres que viven en el ámbito rural), el freno que supone a estas mujeres el ir a un centro de tratamiento, es mayor por la estigmatización que va a suponer para esa mujer. Por lo tanto la mujer prefiere ocultar su adicción al alcohol o las drogas.

Si además le añadimos la obligación que la sociedad le da a la mujer casi en exclusiva del cuidado de los niños, “el qué dirán” de los pueblos se hace todavía más notable en una mujer del entorno rural que necesita ayuda para tratar su adicción. El que se juzgue a esa persona porque abandona a sus hijos y porque probablemente a partir de ahora se empiecen a decir cosas como que los ha descuidado todos estos años...

Por lo tanto, la mujer que vive en un entorno rural tiende a ocultar más su adicción por el etiquetaje que va añadido a la condición de drogodependiente, con lo cual la estigmatización que trae consigo es mayor por el hecho de ser mujer y adicta.

### **¿Con quién han convivido hasta los 18 años?**

La infancia (hasta los 18 años) de estos hombres y mujeres drogodependientes la han pasado en la mayoría de los casos (81.48% en los hombres y 78.95% en las mujeres), con su familia de origen, pero el resto han vivido de la siguiente manera:

Un 12.35% de los hombres y un 5.26% de las mujeres han vivido con su familia de origen, pero en este caso existía una ruptura matrimonial.

Un 5.26% de las mujeres, no así en el caso de los varones, han vivido con familiares, ascendentes en la totalidad de los casos. Es decir, los abuelos han sido los que han tenido que asumir la responsabilidad de la crianza de esas niñas ante la ausencia de los progenitores, por motivos que no hemos entrado en analizar.

Un 5.26% de las niñas han sido tuteladas por los servicios sociales.

Y un 6.17% de los varones y un 10.53% de las mujeres han vivido su infancia en varios núcleos familiares diferentes.

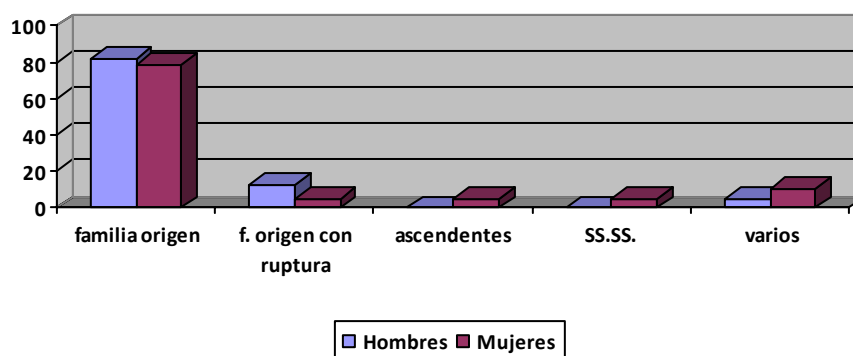


Tabla 11.- Convivencia hasta los 18 años

Si separamos a hombres y mujeres que han tenido una infancia fuera de su familia de origen formada por padre madre y/o hermanos (y en algunos casos algún familiar más), vemos que la mujer ha tenido una infancia más alejada de la “normalidad” que los hombres.

El 18.52% de los hombres han vivido en su minoría de edad fuera de ese ambiente familiar, aunque el 12.35% del total sí que han vivido con su familia de origen con falta de uno de los cónyuges, por lo tanto, sólo un 6.17% han vivido fuera del entorno familiar aunque hayan vivido con su familia los primeros años de su vida.

En el caso de las mujeres, la desestructuración familiar ha sido mayor, ya que el 26.31% de las mujeres han vivido fuera del ámbito familiar tradicional.

Aunque la mayor parte de las mujeres y hombres drogodependientes han pasado su infancia en un ambiente normalizado, con su familia de origen, existe un grupo de mujeres, en mayor medida que hombres, que ha vivido de niña fuera del ambiente familiar de padre y /o madre, es decir, exclusivamente con otros familiares o en los servicios sociales.

Con estos datos podemos concluir que las carencias afectivas de la infancia previsiblemente han podido ser mayores en el caso de las mujeres, ya que el porcentaje de mujeres que han vivido alejadas de su familia de origen es considerablemente mayor al de los hombres.



## Convivencia el último año

La convivencia de estas personas a lo largo de este último año, como demuestra la gráfica siguiente, ha sido muy diferente. Destaca que las mujeres, mayoritariamente, han vivido con sus parejas (con o sin hijos) en un 52.64%, seguidas de las que han vivido con su familia de origen. Este mismo dato porcentual para los hombres sería del 34.56%.

Seguidamente estarían aquellos que han convivido con sus familias de origen, siendo en este caso algo mayor el porcentaje de los hombres que se encuentran en esta situación, al igual que en muchos otros estudios realizados al respecto. Por ejemplo Rodríguez, M (2002) dice que las mujeres drogodependientes salen a una edad más temprana de casa que los hombres.

El Estudio Eldred y Washington, que mencionan Stanton y Todd (1985) señala que el 57% de los hombres y el 33% de las mujeres viven con los padres al iniciar el tratamiento pero cuando iniciaron el consumo lo hacían el 73% de los varones frente al 42% de las mujeres.

Pero volviendo a nuestro caso, los hombres que han permanecido este último año en prisión también representan un dato a considerar, del 17.28%, pero en este caso no encontramos a ninguna mujer que haya estado durante este último año privada de libertad. Esto puede tener relación con el esfuerzo que el CSZ está realizando en la prisión de Zuera de trabajar con aquellos presos que están dispuestos a dejar las drogas.

Los hombres que han vivido solos a lo largo de este último año también son más que las mujeres. Ante vivir independiente parece que la mujer prefiere buscarse amigos para no estar sola, solamente un 5.26% de las mujeres han vivido independientes.

El resto de personas estarían dentro del grupo de los que han residido el último año en comunidades terapéuticas o en el apartado otros, que en el caso de las mujeres este apartado corresponde con otros familiares.

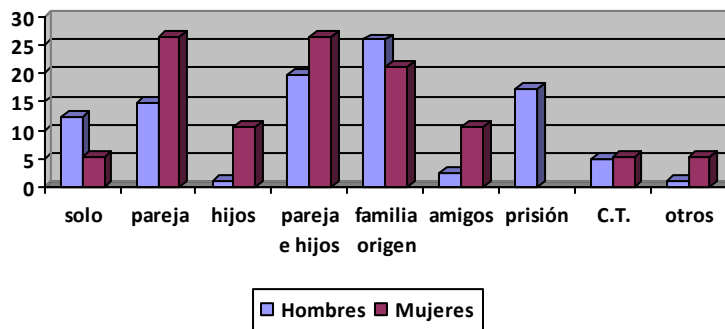


Tabla 12.- Convivencia último año

Mientras que la mujer encabeza mayoritariamente la convivencia con su pareja y/o hijos o con los amigos, el hombre encabeza los que han residido con su familia de origen, en prisión o solos.

### Lugar de convivencia durante el último año

Prácticamente la totalidad de la población estudiada ha residido en alojamientos normalizados, es decir, el 89.47% de las mujeres y el 74.07% de los varones ha residido en viviendas.

Como ya hemos mencionado en la gráfica anterior, el 17.28% de los hombres ha tenido que cumplir condena privativa de libertad en este último año y el 4.94% de los hombres y el 5.26% de las mujeres lo hicieron en comunidades terapéuticas.

Un 1.23% de los hombres lo hicieron en pensiones, hoteles u hostales y el 3.70% de los varones, frente al 5.26% de las mujeres habitaron en alojamientos precarios e inestables. Es decir, existe más porcentaje de mujeres que han residido este último año en alojamientos precarios.

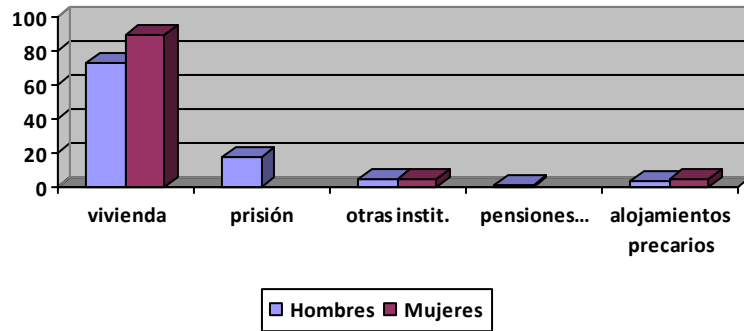


Tabla 13.- Lugar de convivencia el último año

### Formación académica

En cuanto a la formación académica, hemos preguntado a la población analizada qué estudios han finalizado y hemos obtenido la siguiente gráfica:

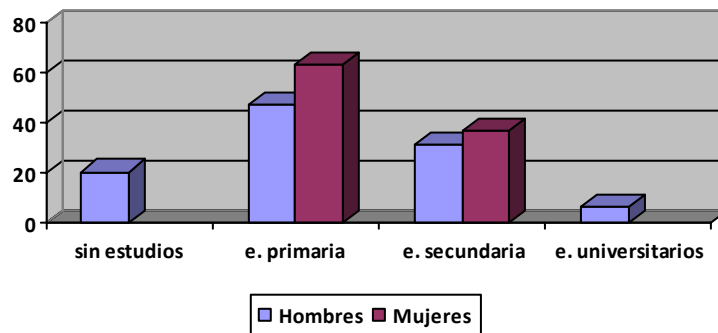


Tabla 14.- Estudios finalizados

No encontramos mujeres que no hayan finalizado su enseñanza primaria, pero en el caso de los hombres, el porcentaje asciende al 16.05%.

En la enseñanza primaria y la secundaria las mujeres llevan un cierto avance en los resultados (el 63.16% de las mujeres han finalizado su enseñanza primaria y el 36.84% la secundaria, y en el caso de los hombres, el porcentaje de los que han finalizado la enseñanza primaria desciende al 46,91% y el de la educación secundaria se cifra en el 30.86%), sin embargo, no

encontramos a ninguna mujer con estudios universitarios y el porcentaje de hombres que sí los tienen asciende al 6.17%.

Además, existe un grupo de personas que han completado su formación con diferentes cursos: el 3.70% de los hombres y el 15.79% de las mujeres.

Pero, si hubiéramos tenido la posibilidad de encuestar a las mujeres y hombres que realizan su tratamiento con metadona el porcentaje de personas sin estudios previsiblemente sería mayor.

### Situación ocupacional antes de realizar el tratamiento<sup>2</sup>

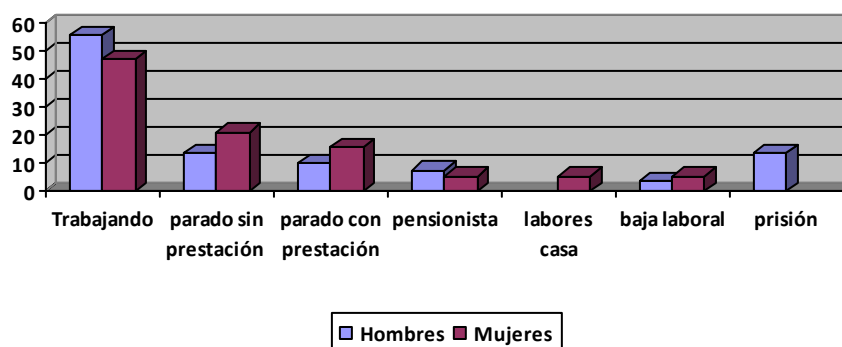


Tabla 15.- Ocupación

Para ambos sexos, el mayor porcentaje de personas, se encontraba antes de iniciar el tratamiento trabajando, pero mientras que para los hombres el porcentaje ascendía al 55.56%, las mujeres se quedaban en el 47.37%.

La proporción de mujeres que se encuentran en desempleo con o sin prestación económica y las que se dedican a las labores de casa, por lo tanto carentes de ingresos económicos, es mayor que la de hombres, no encontrando a ninguno que se dedique a esta última ocupación.

<sup>2</sup> En este apartado existen personas que cumplen varias de las condiciones, por lo tanto el total de los porcentajes supera el 100%.

La situación de incapacidad temporal es ligeramente superior (en dos puntos porcentuales) en el caso de las mujeres, pero en lo que a otros tipos de incapacidad se refiere, en los que ya existe una pensión, los hombres se encuentran esos dos puntos por encima de las mujeres.

El porcentaje de hombres que todavía permanece en prisión inmediatamente antes del tratamiento desciende con respecto a los apartados anteriores analizados que se referían a la residencia durante el último año y no inmediatamente anterior al tratamiento.

### Lugar de trabajo

Si examinamos dónde trabajan estas personas, la mayor proporción se la llevan aquellos que trabajan por cuenta ajena en empresa privada, un 73.68% de las mujeres y un 65.43% de los varones. Sin embargo, los hombres han sido más emprendedores que las mujeres al crear su propio negocio y también en lo que se refiere al trabajo en empresa familiar. Por el contrario existe más porcentaje de mujeres que trabajan en la Administración Pública.

Los datos los obtenemos de la siguiente gráfica:

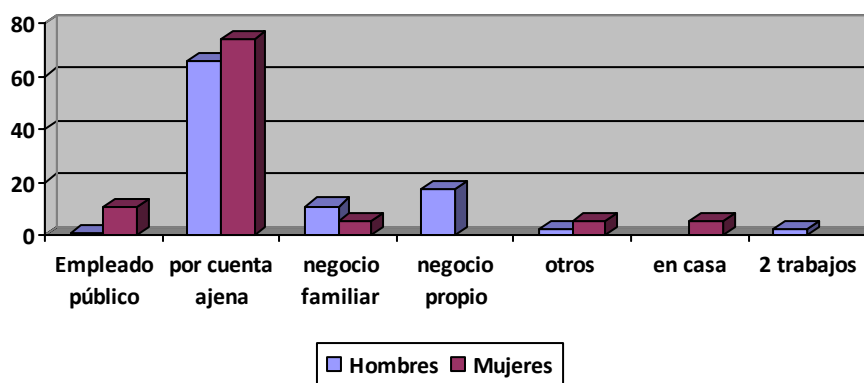


Tabla 16.- Lugar de trabajo

## Tipo de trabajo

Si contabilizamos sólo a aquellos que trabajan, obtenemos que la eventualidad de los trabajos en las mujeres es mayor que la de los hombres. Esto supone que más de la mitad de las mujeres (52.64%) tienen contratos eventuales.

Los hombres que tienen un puesto fijo, fijo discontinuo o están dentro del apartado “otros”<sup>3</sup>, suman un total del 65.44%, frente al 47.37% de las mujeres en esta misma situación.

Si a todos estos datos les sumamos los de la gráfica 16, relativa al grado de ocupación que tienen unos y otras, vemos que la mujer, en general, va a tener más dificultades en la reinserción laboral, siendo ésta una de las claves para su total inserción en la sociedad y por lo tanto para salvar su adicción a las drogas.

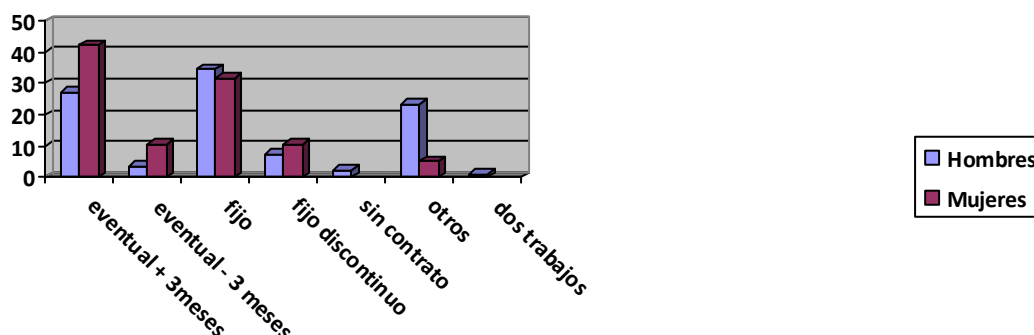


Tabla 17.- Contrato de trabajo antes de tratamiento

## Horario de trabajo

De los resultados que de la siguiente gráfica<sup>4</sup> podríamos destacar, sería que más de la mitad de hombres (64.20%) y el 42.11% de las mujeres realizan su trabajo con un horario partido. A este dato le sigue el referente a la

<sup>3</sup> Cuando mostramos el apartado “otros”, allí se incluyen a todos aquellos autónomos o incluso, en un caso, los contratos por fin de obra.

<sup>4</sup> Nuevamente hay personas que están incluidas en varias de estas variables, por lo tanto, la suma de porcentajes superará el 100%

realización de turnos, en el cual las mujeres se encuentran por encima de los hombres: un 31.58% y un 14.81% respectivamente.

Las mujeres superan a los hombres en cuanto al trabajo realizado por la noche y lo hacen muy ligeramente las que están en los grupos de las que realizan su trabajo únicamente de mañanas, de fin de semana u otros.

El trabajo que únicamente se realiza por las tardes se centra exclusivamente en las mujeres.

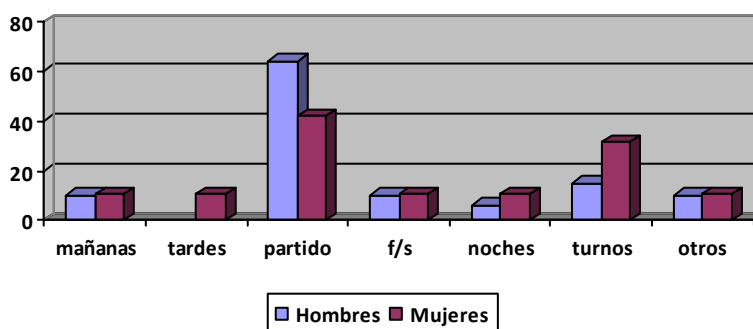


Tabla 18.- Horario de trabajo

Pero si a horas de trabajo semanales nos referimos, tenemos resultados muy diferentes:

Como media, el hombre trabaja 6 horas semanales más que la mujer.

Unos y otras superan las 40 horas semanales: las mujeres trabajan una media de 44 horas semanales y los hombres lo hacen en 49.96 horas semanales.

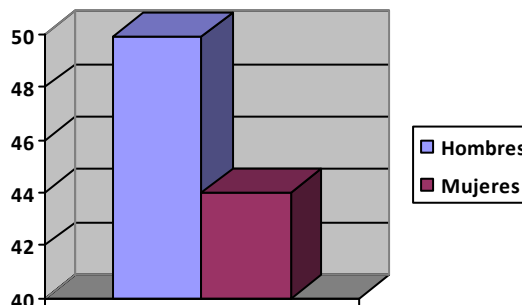


Tabla 19.- Media de horas semanales de trabajo

Si nos ponemos a mirar cada uno de esos resultados, vemos que el 43.75% de las mujeres trabajan más de 40 horas y en los hombres este porcentaje se eleva todavía más, llegando al 54.32%.

Que trabajen menos de una jornada laboral completa no encontramos ningún hombre en esta situación, mientras que el 25% de las mujeres sí que reducen su jornada de trabajo y por lo tanto, presumiblemente, sus ingresos.

Sólo el 31,25% de las mujeres y el 45.68% de los hombres estarían en la franja de un horario semanal entre 37 y 40 horas de trabajo a la semana.

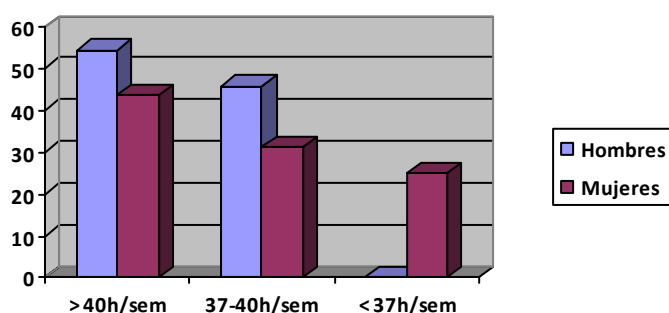


Tabla 20.- Horas semanales de trabajo

### Procedencia de ingresos económicos antes del tratamiento

Si examinamos la procedencia de los ingresos económicos de estas personas antes de realizar el tratamiento y nos centramos en las actividades fuera de su trabajo habitual a las que se tenían que dedicar para costearse la droga, percibimos que los hombres se han dedicado más a los robos y al tráfico de sustancias (62.96% de los hombres y el 15.79% de las mujeres), mientras que las mujeres que se han dedicado a prostituirse han sido el 5.26%, no encontrando ningún hombre que se haya dedicado a ello (si hubiéramos analizado a la población que realiza su tratamiento con metadona, este porcentaje casi con toda seguridad se incrementaría considerablemente).



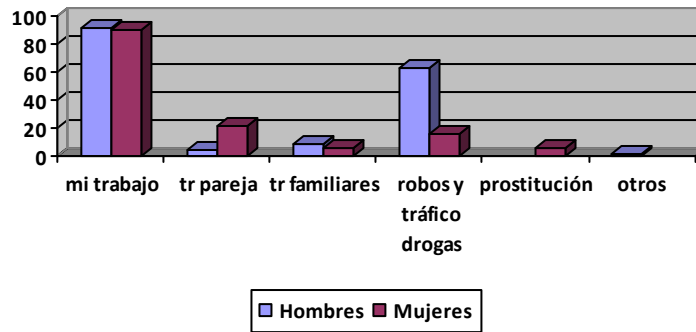


Tabla 21.- Procedencia de los ingresos económicos antes de tratamiento<sup>5</sup>

### Cuantía de los ingresos económicos

Las mujeres, por lo general, antes de empezar su tratamiento, tenían unos ingresos inferiores que los hombres. El 78.95% de las mujeres tiene unos ingresos iguales o inferiores a 1500 euros mensuales y los hombres por encima de esta cifra son el 46.91%.

El porcentaje de mujeres que no tienen ingresos propios supera ligeramente al de hombres en esta misma condición, a pesar que aquí contamos a todos los que se encuentran en situación de privación de libertad y por lo tanto no tienen ingresos económicos procedentes del trabajo y como hemos mencionado anteriormente eran más los hombres que las mujeres que se encontraban en esta situación.

En la siguiente franja de ingresos, la comprendida entre 1 y 500 euros mensuales, es decir unos ingresos muy por debajo del salario mínimo interprofesional, también existen más mujeres que hombres, 10.53% y 1,23% respectivamente.

Lo mismo ocurre con las siguientes franjas económicas, hasta que llegamos a las de los ingresos superiores a 2000 euros mensuales, en la que la primacía de los hombres es constatable.

<sup>5</sup> Los ingresos económicos pueden proceder de varias situaciones a la vez.

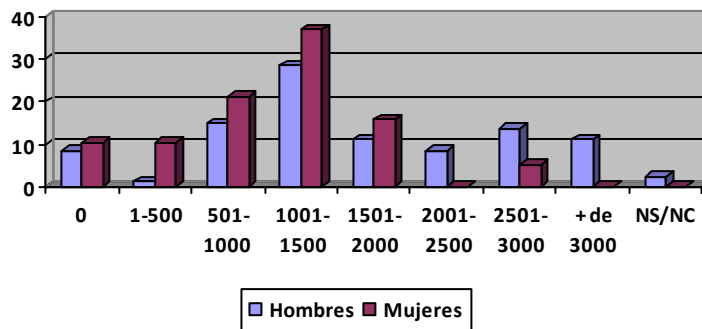


Tabla 22.- Ingresos económicos antes de tratamiento

Pero una vez que ya están realizando el tratamiento, la situación económica de unos y otras cambia considerablemente, el descenso de ingresos se hace notar.

En estos momentos, las barras más altas de la gráfica se sitúan en la franja comprendida entre 501 y 1000 euros, seguida de todos aquellos que se han quedado sin ingresos.

Los que tenían ingresos más altos en estos momentos también son menos y exclusivamente estos puestos los ocupan los hombres.

Por lo tanto, podemos decir que la situación económica en general de las personas que realizan tratamiento ha empeorado considerablemente desde que realizan el proceso de tratamiento de su adicción.

Es decir, muchos, cuando solicitan ayuda, es porque su situación económica ha empeorado de tal manera que les ha hecho reaccionar ante su problema de drogas. Y otros, ante su situación, se han visto obligados a solicitar una incapacidad temporal en su trabajo (principalmente si su tratamiento incluye la permanencia en comunidad terapéutica).

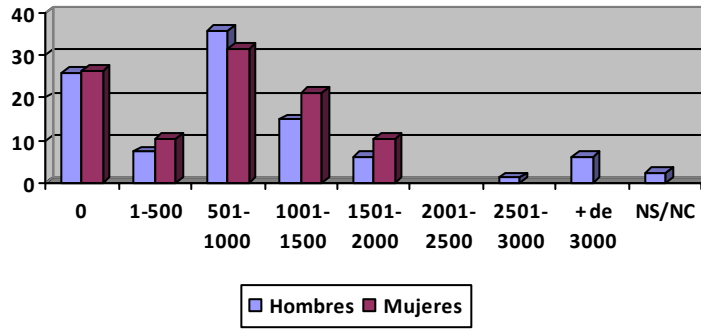


Tabla 23.- Ingresos económicos actuales

Si comparamos los ingresos económicos antes de tratamiento y el momento actual obtendríamos los siguientes resultados:

En los hombres:

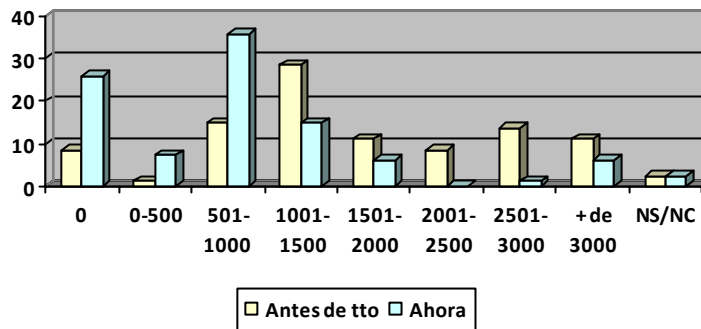


Tabla 24.- Comparación de los ingresos económicos antes y durante el tratamiento en los hombres

En las mujeres:

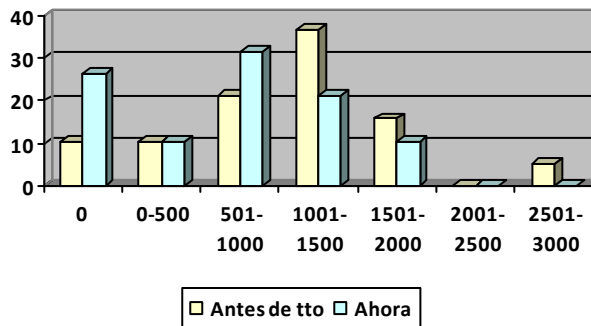


Tabla 25.- comparación de los ingresos económicos antes y durante el tratamiento en las mujeres.

Aumenta el porcentaje de hombres y mujeres con unos ingresos inferiores a los 1000 euros mensuales, ya que existe un gran número de personas que se encuentran en comunidad terapéutica y, por lo tanto, en la mayoría de los casos, se considera contraproducente el asistir a su trabajo y con lo cual no puede seguir con los ingresos que tenían hasta entonces y la incapacidad temporal, a no ser que exista pacto con la empresa, se cobra una cantidad menor al sueldo habitual.

### Prestaciones sociales

Otra variable económica que se ha analizado es la de saber si han sido perceptores de prestaciones económicas diferentes de las percibidas por desempleo, es decir, todas aquellas ayudas sociales puntuales que se hayan visto obligados a solicitar en algún momento concreto de su vida a la Administración Pública o a entidades sociales.

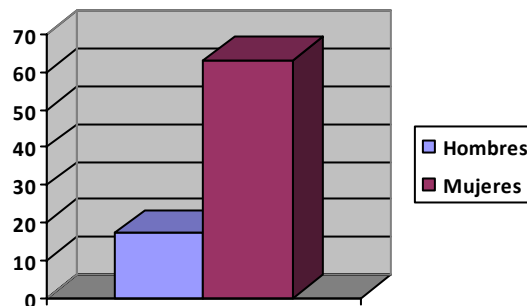


Tabla 26.- Usuarios de ayudas económicas sociales.

Comprobamos que las mujeres han necesitado a lo largo de su vida más ayudas sociales que los hombres, es decir, más de la mitad de las mujeres (un 63.16%), han tenido carencias económicas frente a un 17.28% de los varones.

La inestabilidad económica de la mujer se hace patente en los aspectos analizados hasta ahora.

La situación laboral y económica de la mujer consistiría en ser una persona que ha trabajado fundamentalmente con contratos eventuales, con menos ingresos económicos que los hombres; existen más mujeres que hombres en situación de desempleo. Cuando han trabajado lo han hecho con menos horas de trabajo semanales que los hombres, aunque existe un alto porcentaje de mujeres que trabajan por encima de las 40 horas semanales o por debajo de las 37. También las mujeres encabezan el grupo de personas que realizan su trabajo en turnos, noches y tardes.

La fragilidad económica de la mujer también se ve reflejada en el cobro de prestaciones económicas.

### Ocupación del tiempo libre

En la siguiente gráfica pasamos a analizar cómo han ocupado su tiempo de ocio estas personas antes de empezar su tratamiento:

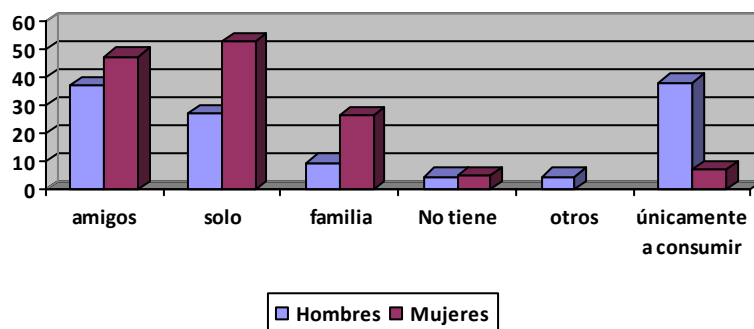


Tabla 27.- Ocupación del tiempo libre<sup>6</sup>

Si observamos la columna de los que únicamente dedican su tiempo de ocio a consumir, destaca la diferencia que hay entre los hombres y mujeres.

<sup>6</sup> Existen personas que han contestado a varios apartados a la vez, por lo tanto, si sumamos los porcentajes, superamos la totalidad de la muestra.

Hay un porcentaje más elevado de hombres que pertenecen a esta clasificación (38.27%) que el de las mujeres que se encuentra en la misma, (7.41%).

Casi el doble de mujeres se encontraban solas en sus ratos de ocio, pero también supera la mujer al hombre en ocupar su ocio con amigos y con la familia.

Destacar también, aunque son pocos, los que aseguran no tener tiempo de ocio, que si los unimos a los que únicamente lo han dedicado a consumir, podemos concluir que hay una carencia en cómo ocupar este tiempo de ocio. Este dato se hace más visible en el hombre que en la mujer.

### **Eventos traumáticos**

Actualmente se acepta ampliamente que hay dos variables psicosociales entre los acontecimientos vitales, que juegan un papel significativo en el desarrollo de las adicciones: las experiencias en la niñez (Kubicka y Kozeny 1988, Bernardi *et al.* 1989) y, posteriormente, traumas en adultos (Rousanville *et al.* 1982, Cooke y Hole 1983). Sin embargo, los mecanismos que median el efecto de estas variables son referidos como mediadores. Estos factores de riesgo mediados han sido estudiados en los trastornos depresivos (Farmer *et al.* 2002), donde el neuroticismo y la extraversión correlacionaron con el estado de ánimo y los acontecimientos vitales.

Para argumentar la relación entre el exceso de acontecimientos vitales, otros factores mediadores y la adicción, condensaremos los estudios en tres grupos: a) acontecimientos negativos en la niñez como situaciones de vulnerabilidad, b) acontecimientos negativos en la edad adulta como desencadenantes, y c) factores de riesgo mediados. (Hussein El-Shikh *et al.*, 2004).

Según nuestros resultados, coincidentes con numerosos estudios publicados, la proporción de eventos traumáticos sufridos a lo largo de su vida se hace más evidente en las mujeres adictas.

Este dato escalofriante, el 63.16% de las mujeres analizadas han sufrido un evento traumático a lo largo de su vida (frente al 19.75 % de los hombres), hace evidente un trabajo más específico en el tratamiento de la mujer para superar esta situación, ya que en la mayoría de los casos sigue presente y condicionando sus vidas.

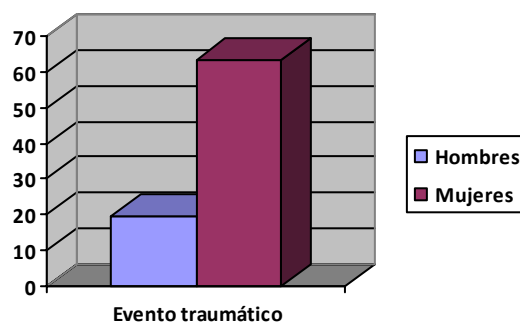


Tabla 28.- Eventos traumáticos a lo largo de la vida

Del total de hombres y mujeres que han sufrido evento traumático a lo largo de su vida obtenemos los siguientes resultados:

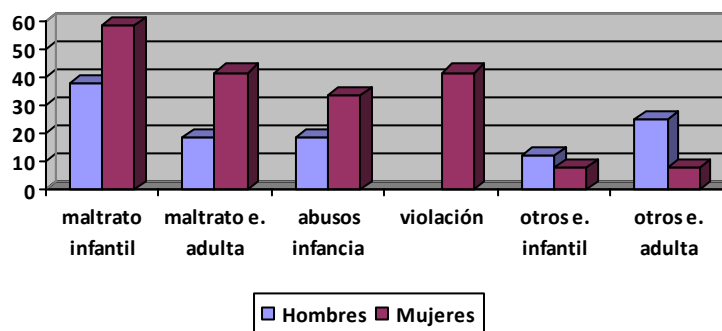


Tabla 29.- Tipo de evento traumático<sup>7</sup>

El maltrato infantil ha estado presente en ambos sexos, pero es en las mujeres donde la situación se hace más perceptible, dándose en el 37.50% de los hombres y en el 58.33% de las mujeres que han sufrido algún evento traumático a lo largo de su vida.

<sup>7</sup> Esta gráfica se realiza teniendo en cuenta únicamente todas aquellas personas que han sufrido un evento traumático a lo largo de su vida, no del total de la población analizada. Destacar que existen personas que han sufrido más de un evento traumático y se encuentran representadas en las diferentes variables analizadas.

Lo mismo ocurre si al maltrato en la edad adulta nos referimos: un 18.75% de los hombres mayores de 18 años lo han padecido, mientras que el porcentaje de las mujeres ha sido más del doble que de hombres, es decir, el 41.67%.

Según el estudio de Chait, L. y Zulaica, B. (2005), las mujeres que solicitan tratamiento por su adicción a las drogas tienen mayor probabilidad que el resto de mujeres no consumidoras de presentar problemas de maltrato.

Los abusos también han estado presentes en la infancia de hombres y mujeres, pero también en este caso son más es porcentaje de mujeres que los han padecido (un 18.75% de los hombres, frente a un 33.33% de las mujeres).

Pero las violaciones se han dado exclusivamente (según la muestra estudiada) en las mujeres. Hasta un 41.67% de las mujeres han sido violadas en algún momento de su vida.

En estudios como los realizados por Kandall (1996), Briere y Runtz (1988), Singer, Bussey, Song y Lunghofer (1995) y muchos otros, también podemos observar que existe un alto porcentaje de mujeres drogodependientes con abusos sexuales.

Orte (1998) afirma que la drogadicción puede ser un antecedente o una consecuencia de la historia de abuso o violencia sexual.

El porcentaje de mujeres que han sufrido algún evento traumático a lo largo de su vida, tanto en la infancia como en la edad adulta, supera alarmantemente a la población masculina. Las violaciones y los abusos, asimismo, han estado presentes en estas mujeres, aunque en el caso de las violaciones, es un hecho exclusivo en las mujeres.

Winfield et al. (1990), describe el abuso sexual como un factor de riesgo en las mujeres para tener conductas autodestructivas y Simmons (1998) dice que existe un círculo vicioso en el que la drogodependencia puede estar causada por un abuso en la infancia y además puede ser la causa de una recaída, es decir, cuando una persona tiene un abuso sexual en la infancia, tiene de ello un recuerdo doloroso, para aliviar este dolor consume drogas y trae como consecuencia una adicción a las mismas, cuando se encuentra



abstinente porque se plantea tratar su adicción, nuevamente aparece el recuerdo doloroso y de nuevo vuelve a empezar el círculo mencionado.

Asuntos tan concretos de las mujeres y con tanta carga emocional para ellas, merecen un abordaje específico (si se valora necesaria la intervención)<sup>8</sup>. Es decir, estos asuntos no deberán ser tratados con el resto del grupo mixto, sino a nivel individual o si es grupal, en grupos exclusivamente de mujeres, ya que mujeres que han sufrido, maltrato, abusos o violaciones por parte de un hombre, conlleva que en muchas ocasiones estén a la defensiva frente a los varones.

En el caso del maltrato físico, psicológico o sexual Kirkwood (1999) señala una serie de consecuencias que sufren estas mujeres y que tendremos que tener en cuenta a la hora de abordar estos asuntos:

- Disminución de la autoestima
- Sentimiento de degradación
- Temor, miedo y ansiedad
- Distorsión de la realidad subjetiva
- Depresión
- Deterioro de su estado de salud
- Pérdida de identidad

---

<sup>8</sup> Véase lo que Mercedes Palop dice sobre la conveniencia o no de trabajar el abuso sexual en la infancia en La salud sexual en las mujeres drogodependientes. (Palop, M. 2007)

## Familiar con abuso de drogas ilegales y/o alcohol

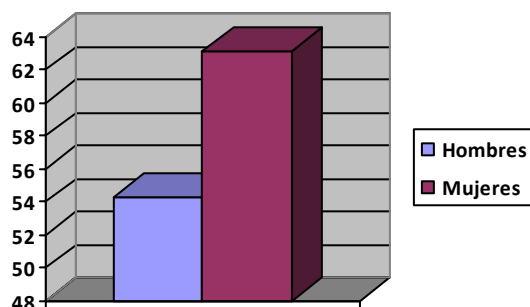


Tabla 30.- Familiar con abuso de drogas ilegales y/o alcohol

El 63.16% de las mujeres en tratamiento analizadas tienen algún familiar consumidor de alcohol u otras drogas ilegales: en el caso de los hombres este porcentaje desciende al 54.32%.

Pero en el caso de ser la pareja la que consume, la diferencia de unas y otros es más notable: el 47.37% de las mujeres entrevistadas han buscado parejas consumidoras de drogas, mientras que sólo el 13.58% de los hombres lo han hecho.

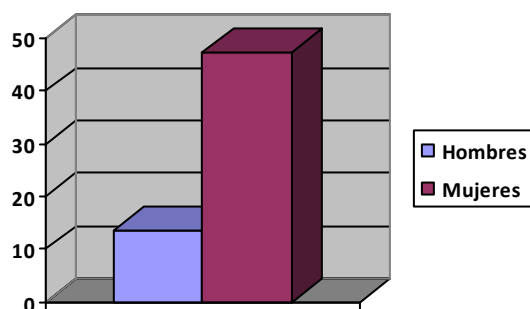


Tabla 31.- Parejas consumidoras de drogas ilegales y/o alcohol

Al igual que veíamos en la gráfica anterior, en la cual la mujer drogodependiente estudiada tenía más antecedentes familiares de drogadicción que el hombre, también observamos aquí que la mujer tiende a buscar parejas consumidoras de alcohol u otras drogas en mayor proporción que los hombres.

## Edad media del primer consumo de alcohol o de otras drogas ilegales

El inicio del consumo de drogas se ha dado prácticamente a la vez entre unos y otras, siendo los 16.01 años de media para los varones la edad que probaron las drogas por primera vez, mientras que para las mujeres esta edad fue poco después, a los 16.26 años

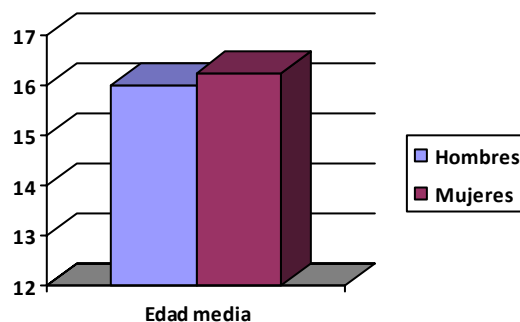


Tabla 32.- Edad media en hombres y mujeres del primer consumo de alcohol u otras drogas ilegales

## Tipo de droga consumida la primera vez

Según refiere el colectivo encuestado y delata la gráfica que a continuación se presenta, la mujer se ha centrado, la primera vez que consumía drogas, en el alcohol, seguido del cannabis y de la cocaína, mientras que el hombre ha probado un poco más de todo, pero fundamentalmente ha sido el cannabis, seguido del alcohol y muy por detrás el alcohol unido a otras drogas.

En el caso de los hombres la cocaína pasaría al quinto puesto, por detrás de los estimulantes.

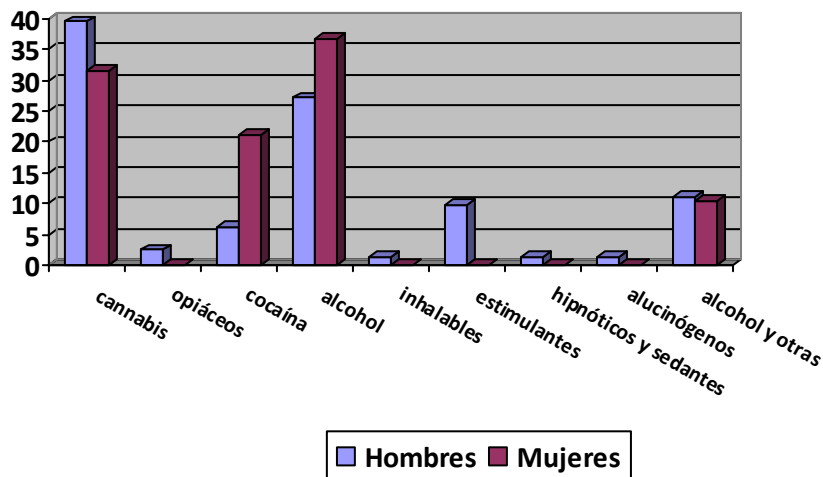


Tabla 33.- Tipo de droga consumida la primera vez

### Vía de administración del primer consumo de droga<sup>9</sup>

La droga que consumieron por primera vez lo hicieron unos y otras casi de forma similar, existiendo algunas diferencias: la principal vía de administración de la droga fue en ambos casos la pulmonar y la oral, mientras que la esnifada se queda con mucha diferencia ocupando el tercer lugar y siendo ligeramente superior en la mujer, mientras que la vía parenteral o inyectada fue exclusiva de los hombres entrevistados, en un 1.23% de los casos.

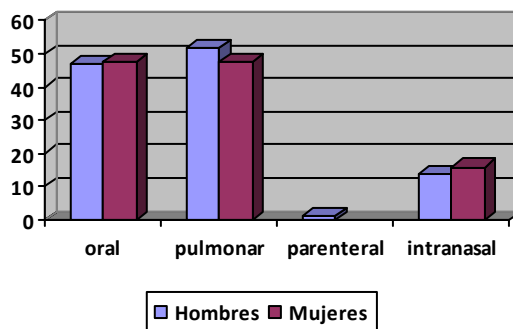


Tabla 34.- Vía de administración de la droga la primera vez de consumo

<sup>9</sup> En la anterior gráfica se muestran los diferentes tipos de droga que han podido consumir estas personas por primera vez, teniendo en la última variable la suma de alcohol con otras drogas. Por tanto, en la presente gráfica, coincidirá que alguna persona ha contestado a varias respuestas, ya que la vía de administración será diferente si ha consumido varias sustancias esa primera vez.

## Droga principal de consumo

En este apartado analizamos la droga principal que motivó el tratamiento actual.

Tanto hombres como mujeres consumen principalmente cocaína, seguida del alcohol.

El 63.16% de las mujeres encuestadas y entorno a la mitad de los hombres han solicitado tratamiento para su adicción a la cocaína, mientras que por alcohol lo han hecho el 17.28% de los hombres y el 26.32% de las mujeres.

No se detectan en estos programas de tratamiento analizados a mujeres consumidoras de opiáceos, pero los hombres tratados por esta droga ocupan el 19.75% de la población estudiada<sup>10</sup>.

Tampoco existen casos de mujeres cuya droga principal de tratamiento haya sido el cannabis, pero sí que los estimulantes y otros superan ligeramente el porcentaje de los hombres admitidos a tratamiento por estas sustancias.

No encontramos personas cuya adicción principal sean los inhalables volátiles, los alucinógenos, hipnóticos y sedantes o la metadona.

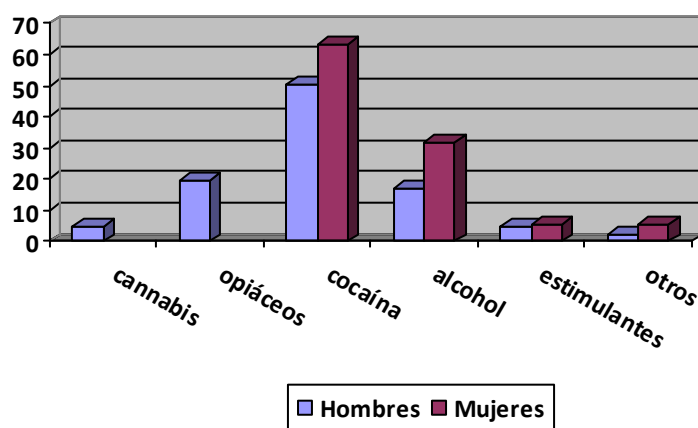


Tabla 35.- Droga principal de consumo

<sup>10</sup> Hay que tener en cuenta que en este estudio no se han contabilizado a aquellos pacientes que realizan su tratamiento en el programa de mantenimiento con metadona.

## Vía de administración de la droga principal de consumo<sup>11</sup>

Tanto por la droga consumida como por la vía de administración de esa sustancia, el panorama español relativo al consumo de drogas ha cambiado en los últimos años. Si anteriormente era la heroína la sustancia preferida de las personas que iniciaban tratamiento y su vía principal de administración era la parenteral, ahora esto ha cambiado considerablemente.

En cuanto a la forma de administración actual de las drogas que han consumido estos pacientes, tenemos que la vía intranasal conforma la mayoritaria forma de consumo, en el 52.63% de las mujeres y el 44.44% de los hombres.

La vía oral la prefieren el 36.84% de las mujeres, mientras que los hombres que lo hacen son el 17.28%. Este dato tiene que ver fundamentalmente con los porcentajes de alcohol de unos y otras.

La vía pulmonar es muy similar para ambos sexos, fijándose los porcentajes entorno al 21% en ambos casos.

Por vía intravenosa consumen el 17.28% de los hombres (porcentaje bastante ligado al de aquellos que consumen heroína, pero también a algunos de los que consumen cocaína y combinado) y las mujeres lo hacen en el 5.26% de los casos, a pesar que la heroína sola no está presente en las mujeres analizadas, aunque sí el combinado (recogido en el apartado otros).

Como mencionábamos esta vía de administración ha ido perdiendo puestos en el consumo de sustancias de los drogodependientes a lo largo de los años, ya que estaba estrechamente ligada al consumo de heroína, aunque existen muchos adictos que también utilizan esta vía de administración para otras sustancias, como el combinado o la cocaína principalmente.

---

<sup>11</sup> Este dato va muy relacionado con la droga principal de consumo.

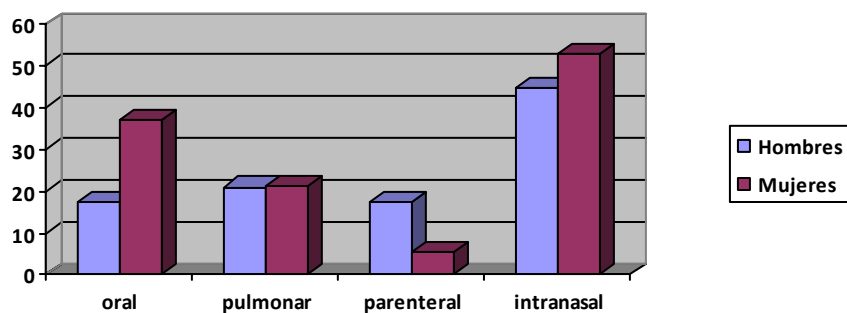


Tabla 36.- Vía de administración de la droga principal de consumo

### Edad de inicio de la droga principal

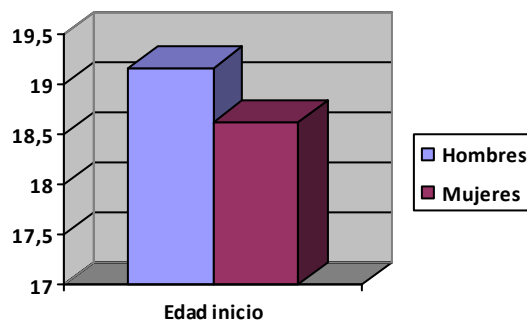


Tabla 37.- Edad media de inicio al consumo de la droga principal

Pese a ser las mujeres las que ligeramente más tarde se inician en el consumo de alcohol y otras drogas, la edad en la que inician a consumir la droga principal es más temprana en ellas, 18.63 años para las mujeres, frente a los 19.17 años de media en los hombres.

Es decir, las mujeres tardan una media de 2.37 años desde que prueban la droga hasta que empiezan a consumir su droga habitual, mientras que los hombres tardan 3.16 años:

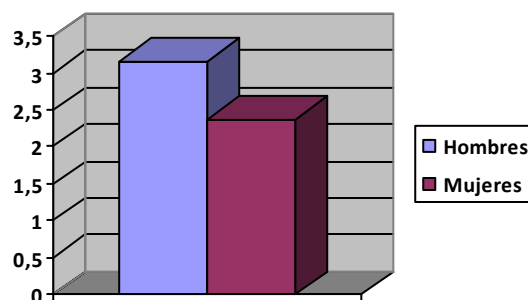


Tabla 38.- Tiempo desde que se prueba la droga hasta el inicio de consumo de la droga habitual

### Lugar de consumo de la droga principal<sup>12</sup>

Es llamativo el porcentaje (78.95%) de mujeres que consumen su droga habitual en casa, casi 21 puntos porcentuales por encima si las comparamos con los hombres. Es decir, que las mujeres tienden a ocultar a la sociedad su consumo en mayor medida que los hombres.

Pero también más de la mitad de las mujeres consumen su droga principal en los bares, el 42.11% en discotecas, el 36.84% en la calle y el 31.58% en el trabajo.

En el caso de los hombres, el 58.02% de ellos consumirían en casa, en el bar lo haría el 43.21%, en la discoteca el 38.27% de los encuestados, seguidos de aquellos que consumen su droga en la calle, y el de los que la consumen en el trabajo. En estos dos últimos apartados y en el de "otros", los hombres superan ligeramente al porcentaje de mujeres que lo hacen en estos mismos sitios.

<sup>12</sup> Las personas que han contestado a esta pregunta han podido hacerlo en varios de sus apartados a la vez, ya que la droga principal la consumen en varios sitios.



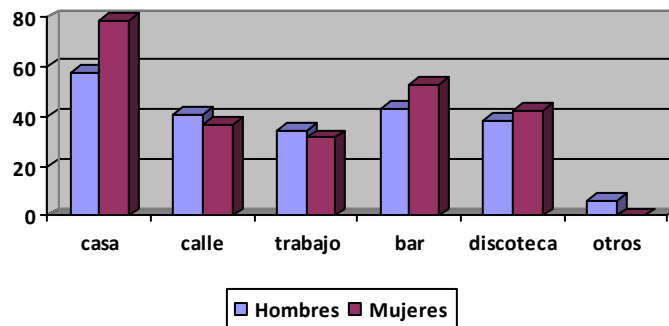


Tabla 39.- Lugar de consumo de la droga principal

### ¿Con quién consumen la droga habitual?<sup>13</sup>

El 66.67% de los hombres y el 63.16% de las mujeres consumen habitualmente solos, en algunos casos por ocultar su adicción, en otros por ser su estilo de vida en soledad.

Pero el consumo con otros ocupa también un lugar importante: con amigos consumen el 53.09% de los varones y el 47.37% de las mujeres, es decir la importancia del consumo como algo lúdico parece tener una importancia bastante marcada.

La mujer drogodependiente está más ligada en su consumo a su pareja que el hombre consumidor, ya que el 26.32% de las mujeres consumen con su pareja, mientras que sólo el 9.88% de los hombres dice hacerlo.

También la mujer consume más que el hombre con los compañeros de trabajo (el 15.79% y el 8.64% respectivamente).

<sup>13</sup> La pregunta se refiere a con quién consumen la droga principal habitualmente. Los resultados obtenidos recogen respuestas en una o varias de las soluciones posibles.

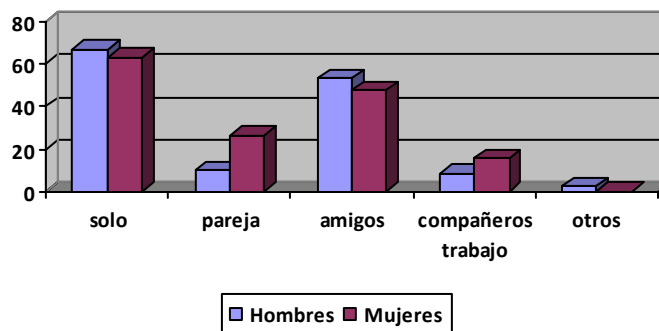


Tabla 40.- Con quién consumen la droga principal

### Policonsumo

El 77.78% de los hombres analizados y hasta el 84.21% de las mujeres consumen habitualmente más de una droga, siendo para las mujeres sus otras drogas de consumo el cannabis, el alcohol y los estimulantes, seguidas de los hipnóticos y de los alucinógenos. En sexto lugar estaría la cocaína acompañando al consumo de la droga principal de las mujeres seguida de los opiáceos y los inhalables volátiles.

En el caso de los hombres, el alcohol ocuparía el primer lugar seguido del cannabis. En este caso el tercer puesto lo ocuparía la cocaína, porcentaje que supera al doble del de las mujeres, y bastante parejo al consumo de estimulantes. Seguidamente estaría el consumo de alucinógenos, de hipnóticos o sedantes y a continuación estarían los opiáceos, en todos ellos, por debajo de las mujeres.

Otros consumos de menos peso porcentual serían la metadona consumida no como medicación prescrita, sino conseguida en la calle y los inhalables volátiles.

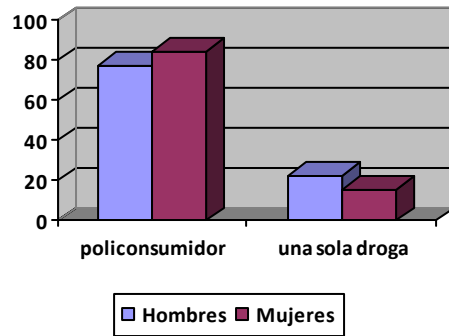


Tabla 41.-Porcentaje de policonsumidores

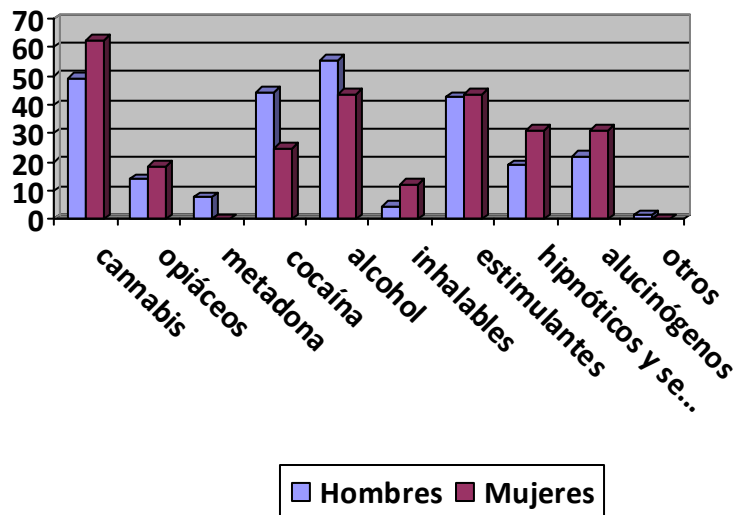


Tabla 42.- Tipo de droga consumida además de la habitual

Estas otras drogas son consumidas fundamentalmente en casa por las mujeres, en el 87.50% de los casos, aunque ellas también confiesan consumirlas en bares, discotecas y otros lugares como la calle e incluso el trabajo.

Este mismo consumo los hombres lo unen más al ocio, a lo recreativo, ya que el 60.32% de los hombres consumen sus otras drogas en discotecas y, en bares, lo hacen el 49.21% de ellos.

Los que las consumen en casa también ocupan el 53.97% de los hombres, muy parecido al consumo en la calle que está algo más de cuatro puntos porcentuales por debajo.

Los hombres que consumen estas sustancias en sus trabajos también están representados en la gráfica con un porcentaje considerable del 36.51%.

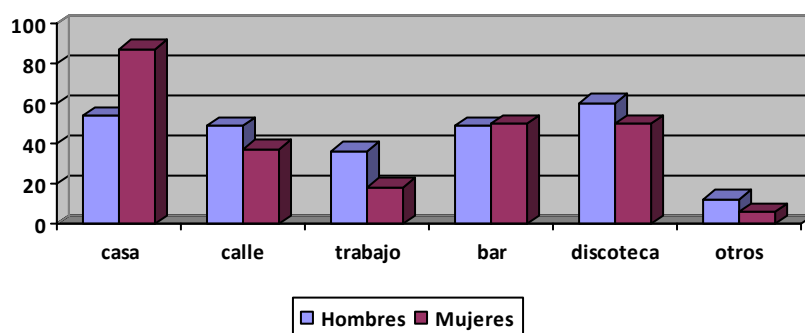


Tabla 43.- Lugar de consumo de las otras drogas

Analizamos también la importancia de estos otros consumos en relación a las personas con quien las consumen y obtenemos nuevamente que lo lúdico parece jugar un papel importante en este caso, ya que el 68.25% de los hombres y el 62.50% de las mujeres consumen estas otras drogas con amigos. Solos lo hacen en muchas ocasiones el 57.14% de los hombres y el 50% de las mujeres.

En el consumo con la pareja volvemos a tener mayor porcentaje de mujeres que toman sus otras drogas con ella, en una escala de cuatro veces superior a la de los hombres que consumen con sus parejas.

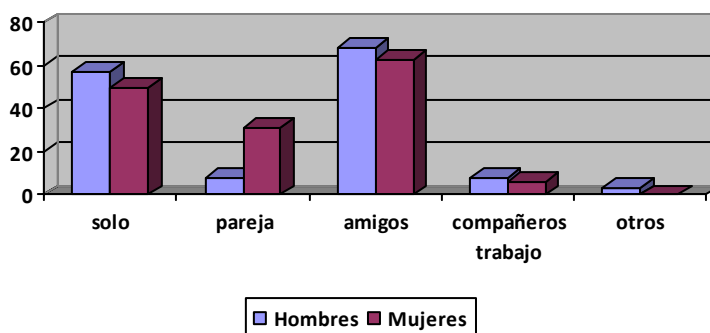


Tabla 44.- Con quién consumen las otras drogas

De lo dicho hasta ahora, en cuanto a consumo se refiere, podríamos resumir que:

El hombre empieza un poco antes que la mujer, aunque con escasa diferencia, a probar las drogas (16.01 años en el hombre y 16.26 años en la mujer), pero es la mujer la que antes empieza a consumir su droga habitual, en esta ocasión la mujer empieza a consumir a los 18.63 años, mientras que el hombre los hace medio año después, a los 19.17 años.

Alcohol, cannabis y cocaína (por este orden) son las drogas preferidas en el primer consumo de las mujeres, mientras que para los hombres, el tercer lugar lo ocuparían los estimulantes.

La vía intranasal es la más habitual como forma de administración de la droga principal, dejando la vía parenteral a una proporción pequeña, pero que todavía sigue estando presente entre los consumidores de drogas.

Tanto hombres como mujeres consumen su droga habitual principalmente en casa, aunque este porcentaje se hace constatar aún más en las mujeres, debido a la ocultación de su consumo.

Aunque la droga principal la consumen unos y otras o bien solos, o bien con amigos, el porcentaje de mujeres que lo hace con su pareja es muy llamativo si lo comparamos con el de los hombres.

La mujer supera al hombre en el policonsumo. El hombre gana en los porcentajes de alcohol, cocaína y muy por debajo en el de metadona. Mientras que la mujer encabeza todas las demás drogas.

Estas otras drogas ya son más consumidas con los amigos y nuevamente en la mujer el porcentaje que lo hace con su pareja es mucho más elevado que el del hombre.

## Otros tratamientos realizados<sup>14</sup>

Las personas analizadas, en su mayoría (el 83% de los hombres y el 78.95% de las mujeres), habían realizado anteriormente otros tratamientos para dejar su adicción a las drogas.

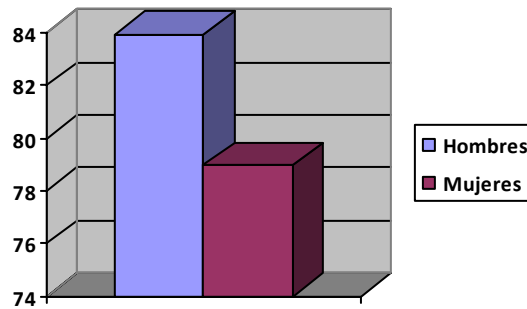


Tabla 45.-Personas que han realizado otros tratamientos de desintoxicación y/o rehabilitación

La mujer inició su tratamiento algo más tarde que el hombre, es decir, la mujer lo inicia a una media de 29.05 años de edad y el hombre lo hace a los 28.70 años.

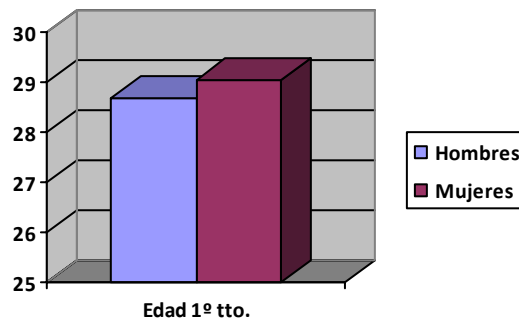


Tabla 46.- Edad media en la que realizaron el primer tratamiento

Si este dato lo contrastamos con el obtenido anteriormente que nos mostraba la edad de inicio al consumo de su droga habitual podemos destacar

<sup>14</sup> En este apartado nos estamos refiriendo a todas aquellas veces que de una manera o de otra han intentado dejar de consumir drogas. Esto incluye aquellas veces que han tratado de no consumir de una forma seria, aunque sea sin la ayuda de profesionales.

que la mujer, a pesar de haber empezado un poco antes que el hombre a consumir drogas, su tratamiento lo decide hacer más tarde que ellos, es decir, parece que la mujer tiene más dificultades a la hora de acceder a un tratamiento para curar su adicción a las drogas.

Si comparamos los datos: la mujer empieza a consumir su droga habitual a los 18.63 años (de media) y decide tratar su adicción por primera vez a los 29.05 años, es decir, 10.42 años después de empezar a consumir su droga habitual.

Si el hombre comenzó a consumir su droga habitual a los 19.67 años, su primer tratamiento lo realizó cuando tenía 28.70 años, en este caso su tiempo de consumo antes de tratamiento ha sido de 9.03 años.

Es decir, la mujer tiende más a retardar la petición de ayuda hasta que llega un momento en que las consecuencias en su vida personal y familiar se hacen insostenibles y el daño psicosocial alcanza unos niveles elevados (CONACE, 2004).

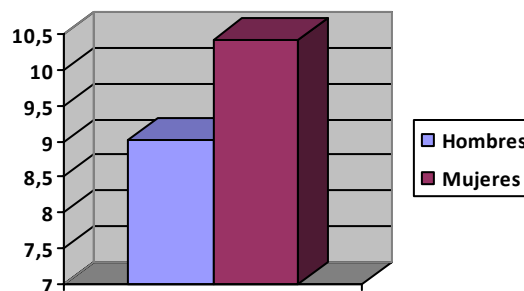


Tabla 47.- Periodo de consumo de la droga principal sin tratamiento

También comprobamos que el acceso de la mujer a un tratamiento es menor en lo que al número de veces que lo han intentado se refiere. Como vemos en la gráfica, el hombre ha intentado dejar de consumir drogas una media de 2.69 veces, mientras que la mujer lo ha probado en 1.79 ocasiones.

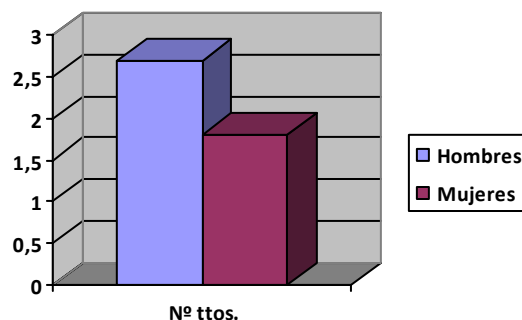


Tabla 48.- Media de tratamientos anteriores realizados

Sin embargo, cuando la mujer se decide a dejar las drogas, parece que lo logra por un tiempo mayor que el hombre, por lo menos, en la población estudiada así ha sido.

Las mujeres, cuando se les pregunta cuánto tiempo ha sido el que más han estado sin consumir drogas, dicen que han estado abstinentes durante una media de 27.68 meses, mientras que la abstinencia de los hombres duró 22.20 meses de media.

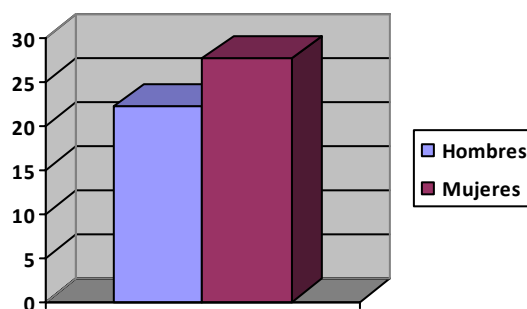


Tabla 49.- Tiempo mayor sin consumir (en meses)

La manera de dejar su adicción a las drogas ha sido diversa.

La gran mayoría de las mujeres lo han intentado por su cuenta: el 66.67% de las mujeres, frente al 41.18% de los hombres.

De los que acceden a los centros especializados, a las mujeres analizadas parece que los profesionales consideraron más oportuno que



realizaran su tratamiento en una comunidad terapéutica que un tratamiento ambulatorio, mientras que para los hombres esta consideración fue opuesta.

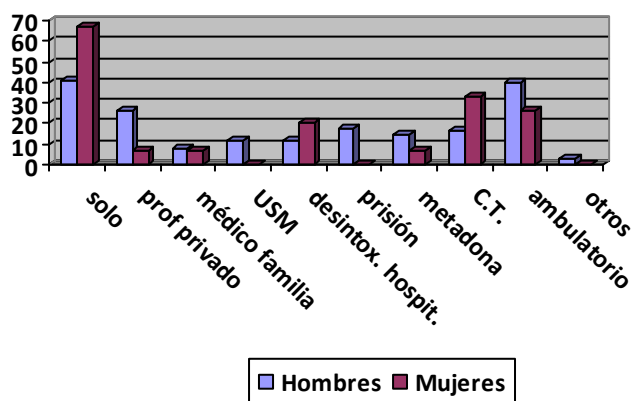


Tabla 50.- Lugar de tratamiento de las anteriores veces

La mujer ha accedido a menos tratamientos para curar su adicción que el hombre consumidor y la edad de inicio de estos tratamientos también es mayor en el caso de la mujer adicta, a pesar que su inicio al consumo de la droga principal es antes que el del hombre. Es decir, el tiempo que pasa desde el inicio del consumo de la droga habitual hasta que decide dejar su adicción a esa droga, es mayor en la mujer que en el hombre: la mujer pasa más tiempo que el hombre consumiendo drogas sin ser tratada su adicción.

Concluiríamos que la mujer empieza a probar más tarde las drogas pero luego se inicia antes que el hombre en el consumo habitual y además acude más tarde que el hombre a pedir ayuda. Nuevamente se hace evidente la mayor ocultación del consumo de drogas en la mujer.

La mujer, a pesar de haber probado menos tratamientos para curar su adicción, cuando ha intentado dejar el consumo lo ha hecho por un tiempo superior al del hombre que también lo ha intentado.

Las mujeres que decidieron dejar las drogas anteriormente, en su mayoría lo intentaron ellas solas, en un porcentaje mucho mayor al de los hombres que también lo hicieron por su cuenta. Esto demuestra la dificultad de acceso que tiene la mujer a los centros de tratamiento, necesitan seguir ocultando su adicción por la estigmatización que ello supone ante la sociedad y quizás por el miedo a ser ingresadas en comunidades terapéuticas como veremos a continuación.

Como mencionábamos en la primera conclusión, existía más porcentaje de mujeres que de hombres que realizan su tratamiento en comunidad terapéutica, en régimen residencial. El programa ambulatorio está mayoritariamente ocupado por hombres.

Al igual que ocurre cuando les preguntamos por los anteriores tratamientos realizados, donde la mujer ha sido mayoritariamente reconducida a tratamientos residenciales, aisladas durante un tiempo de su familia, de sus hijos, de la sociedad, en estos momentos también se vuelve a justificar su necesidad de tratamiento en comunidad terapéutica.

Es decir, cuando la mujer decide acceder a los tratamientos, tiene más probabilidades que un hombre de realizar un tratamiento residencial, a la inversa que el hombre, que lo realiza mayoritariamente de forma ambulatoria. Esto puede frenar a la mujer drogodependiente a realizar un tratamiento si sabe de antemano que casi con toda seguridad su tratamiento se realice de forma residencial y para ello tiene que dejar durante una temporada a sus hijos, su familia, etc.

De este hecho deberíamos reflexionar los profesionales que trabajamos en el área de drogodependencias, ya que lo considero clave para la no estigmatización de la mujer drogodependiente por parte de los profesionales y sólo así, con reflexiones libres de prejuicios seremos capaces de realizar diagnósticos desde una perspectiva de género<sup>15</sup>.

## **VIH<sup>16</sup>**

A pesar de que actualmente los drogodependientes no son portadores con tanta frecuencia del VIH, sigue siendo la mujer adicta a las drogas la que lo padece con mayor frecuencia, ya que el 10.53% de las mujeres entrevistadas era portadora del virus, frente a un 3.70% de los hombres. Además el 5.26% de las mujeres y sólo el 1.23% de los hombres estaban esperando resultados, es

---

<sup>15</sup> Véanse algunas reflexiones que se realizan en el apartado de conclusiones.

<sup>16</sup> Este apartado y los siguientes hacen referencia a la salud de los y las encuestadas.

Ningún dato relativo al estado de salud ha sido contrastado con el historial médico de cada paciente, debido al anonimato de las encuestas. Por lo tanto nos hemos centrado en lo que ellos y ellas contestan y/o relatan, al igual que nos ha parecido de mucho valor su opinión con respecto a estos temas relacionados con su salud.

decir, las mujeres habían estado en situación de mayor riesgo que los hombres y desde el centro de tratamiento se les estaba aconsejando el hacerse esas pruebas.

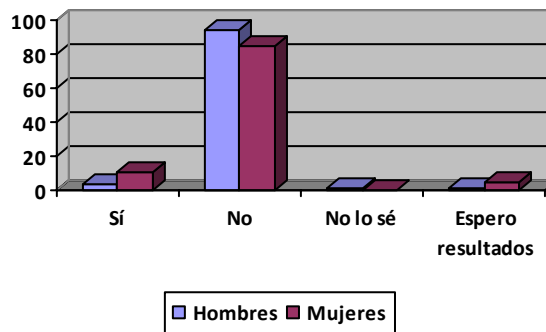


Tabla 51.- Anticuerpos VIH

### Virus de la hepatitis C

El virus de la hepatitis C, nuevamente, es la mujer la que en mayor medida lo padece, aunque en este caso la diferencia es de escasamente dos puntos porcentuales con respecto a los hombres.

El porcentaje de hombres y mujeres que padecen esta enfermedad es superior a los que portan el virus del sida, en este caso estaríamos hablando del 24.69% y del 26.32% respectivamente.

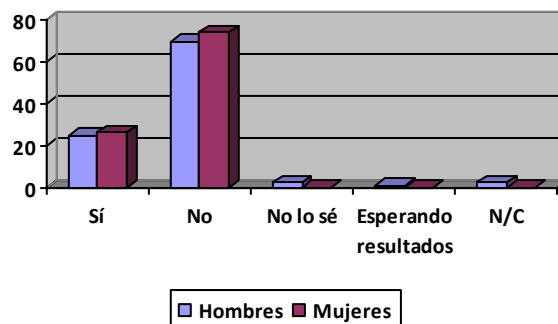


Tabla 52.- Portadores del Virus de la Hepatitis C

## Trastorno psiquiátrico

En cuanto a si han padecido alguna enfermedad psiquiátrica a lo largo de su vida, son más las mujeres que dicen haberla padecido. Hasta un 73.68% de las mujeres confiesa haber tenido alguna patología psiquiátrica diferente a su evidente consumo abusivo de drogas y al trastorno de la conducta alimentaria<sup>17</sup>.

Los hombres que han sobrellevado algunas de estas enfermedades también son un dato importante a mencionar, ya que el 51.85% de ellos también dice haber tenido a lo largo de su vida algún trastorno de este tipo.

Entre estas enfermedades, las que nombran en mayor medida son los trastornos depresivos, bipolares y de tipo ansioso, pero otras que también mencionan son: los trastornos de personalidad, esquizofrenia, síndromes psicóticos, estrés postraumático, síntomas muy habituales de insomnio e incluso otras adicciones como la ludopatía.

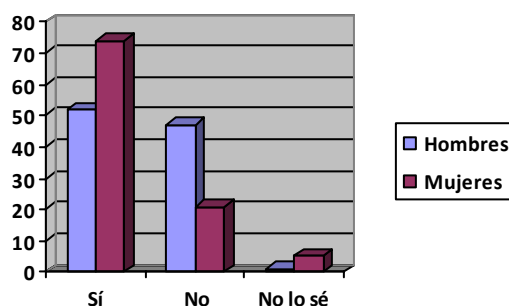


Tabla 53.- Personas que padecen o han padecido alguna enfermedad psiquiátrica a lo largo de su vida

En el estudio llevado a cabo por Nunes (Nunes et al. 1996) se afirmaba que el 80% de las mujeres consumidoras de drogas presentaban uno o más diagnósticos psiquiátricos concomitantes.

<sup>17</sup> El TCA se analiza específicamente en el apartado que viene a continuación

## Trastorno de la conducta alimentaria

El TCA parece ser más propio de la mujer consumidora de drogas. Nos hemos encontrado que un 31.58% de estas mujeres había padecido a lo largo de su vida algún tipo de TCA, frente a un escaso 3.70% de los hombres.

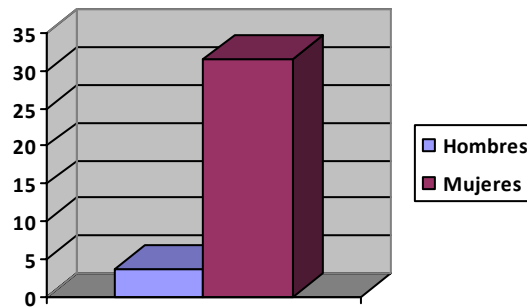


Tabla 54.- Personas que padecen o han padecido a lo largo de su vida algún Trastorno de la Conducta Alimentaria

En el estudio llevado a cabo por Dansky (2000), también se veía una mayor prevalencia de mujeres con trastornos de la conducta alimentaria asociados al consumo de drogas. Hasta un 50% de las mujeres consumidoras de cocaína de su estudio decían haber usado el consumo para controlar su peso.

Además, las mujeres que padecen algún TCA suele ser más habitual el tipo anorexia y el menor porcentaje de varones que lo han sufrido, ha sido de tipo bulímico.

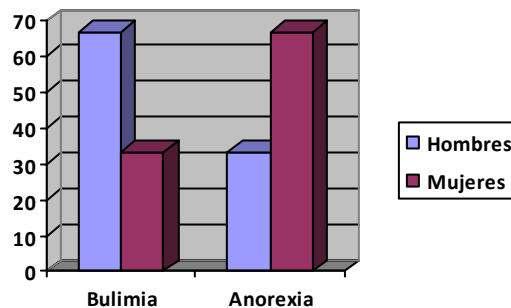


Tabla 55.- Tipo de TCA

La imagen corporal es un aspecto muy importante para la mujer, valorando un modelo estético cultural femenino que invalida las formas redondas y busca la esbeltez. Todo esto se convierte en un malestar interior que se da frecuentemente en las mujeres con problemas de drogas y ello parece estar vinculado al alto porcentaje de trastornos de la conducta alimentaria detectados en estas mujeres (Marcela, L. 2001).

### ¿Tomas algún tipo de medicación en estos momentos?

La respuesta a esta pregunta es mayoritariamente sí, tanto en hombres como en mujeres, pero estas últimas lo hacen en un porcentaje mucho más elevado. Casi un 90% de las mujeres y entorno a un 65% de los hombres están tomando en estos momentos algún tipo de medicación prescrita y controlada por los médicos.

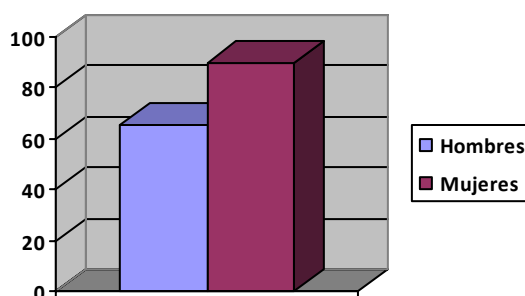


Tabla 56.- ¿Tomas algún tipo de medicación?

Esta medicación se toma principalmente para regular los estados de ánimo o la ansiedad y mayoritariamente la toman las mujeres: un 88.24% de ellas y un 56.60% de los varones toman este tipo de medicaciones.

También las mujeres encabezan la lista de fármacos para dormir y para tratar otras enfermedades y los hombres las medicaciones relativas al tratamiento de su adicción y al control de impulsos.

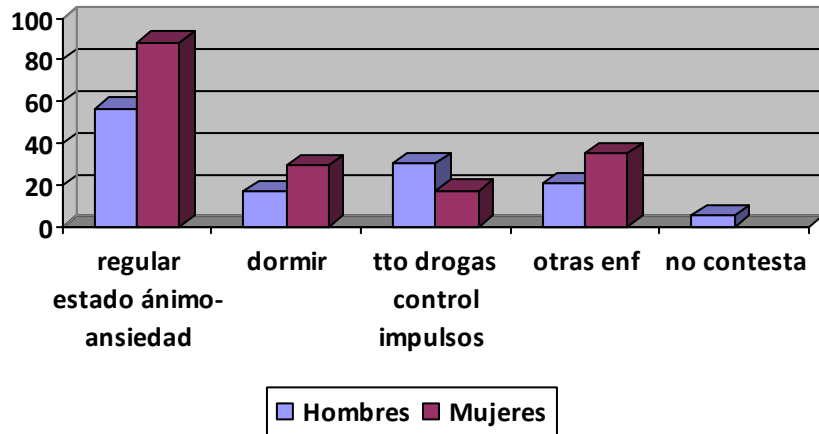


Tabla 57.- Para qué toman la medicación según su criterio

En general, la mujer consumidora tiene más riesgo de padecer algún tipo de patología que el hombre consumidor de drogas. Es decir, existen más mujeres portadoras del VIH, más mujeres con el virus de la hepatitis C, más mujeres que han padecido algún tipo de patología psiquiátrica y, en concreto, muchas más mujeres que han padecido algún trastorno de la conducta alimentaria, fundamentalmente, anorexia.

También la mujer que está en tratamiento toma más medicación (con prescripción médica), de tipo antidepresivo o ansiolíticos:

¿Necesita más la mujer que el hombre este tipo de tratamiento farmacológico o, quizás los profesionales de la medicina también tienden a recetar este tipo de medicación en mayor medida a las mujeres?

### Tentativas de suicidio

Los datos en este apartado son alarmantes: el mayor porcentaje de personas que han intentado suicidarse alguna vez a lo largo de su vida corresponde a las mujeres, representando el 52.63% del total de mujeres, frente al 32.10% de los varones.

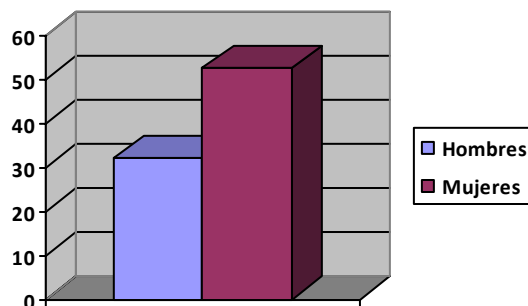


Tabla 58.- Tentativas de suicidio

Si de tentativas de suicidio se trata, también encabezan la lista las mujeres en el número de veces que lo han intentado. Ellas mencionan haberlo pretendido una media de 2.90 veces (del total de mujeres que ha intentado suicidarse) y ellos dicen haberlo probado 2.88 veces de media.

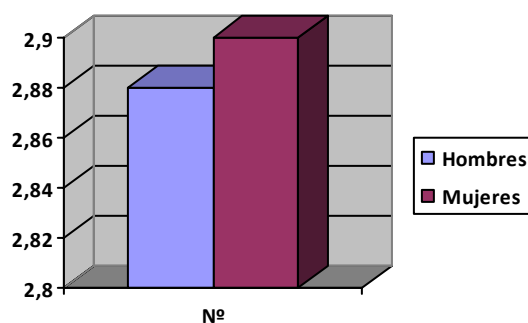


Tabla 59.- Promedio de veces que han intentado suicidarse

Si contabilizamos al resto de personas, es decir, a las que nunca han tenido un intento de suicidio, vemos que en este caso, el porcentaje de hombres que han pensado en suicidarse ha sido del 25.93%, mientras que las mujeres que han tenido ideas suicidas han sido el 21.05%.



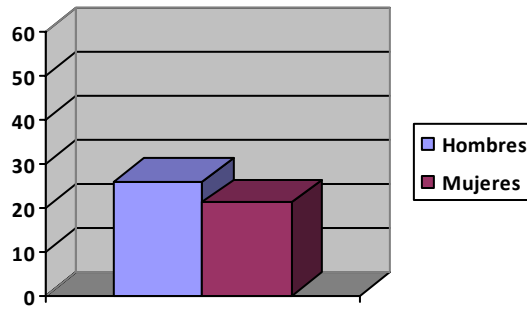


Tabla 60.- Personas que no han intentado suicidarse pero lo han pensado

### Sobredosis

También les preguntamos si alguna vez habían tenido alguna sobredosis o coma etílico y en este caso también fue la mujer la que en mayor proporción contestó afirmativamente.

El 32.10% de los hombres y el 36.84% de las mujeres han tenido en alguna ocasión alguna sobredosis o coma etílico.

Pero si separamos a aquellas personas que no han tenido intento de suicidio y que tampoco lo han pensado, nos quedamos con que de ellas, un 8.64% de los hombres y un 10.53% de las mujeres han tenido alguna vez algún coma etílico o sobredosis por drogas.

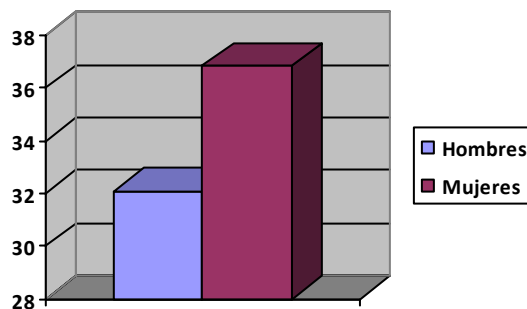


Tabla 61.- Personas que han tenido alguna sobredosis o coma etílico

Hemos hecho la suma de las tres variables anteriores, es decir, aquellos que han tenido tentativas de suicidio, o pensamientos, o sobredosis

por drogas o coma etílico y obtenemos unas cifras muy elevadas, sobre todo para las mujeres de este grupo.

El porcentaje de mujeres que se ha visto en alguna ocasión en una de estas tres situaciones se eleva hasta el 84.21% y el de los hombres corresponde al 66.67%. Es decir, el tema de la muerte, ya sea por pensamientos, por intentarlo o por accidente relativo a la ingesta de la sustancia consumida (si consideramos accidentes las sobredosis por drogas y comas etílicos) está muy presente en sus vidas y sobre todo si a mujeres nos referimos.

Tenemos pues, que la mujer consumidora de alcohol u otras drogas ilegales parece tener un riesgo de morir muy elevado y más si lo comparamos con el de los hombres, son más autodestructivas que ellos y cuando lo piensan lo intentan en más ocasiones.

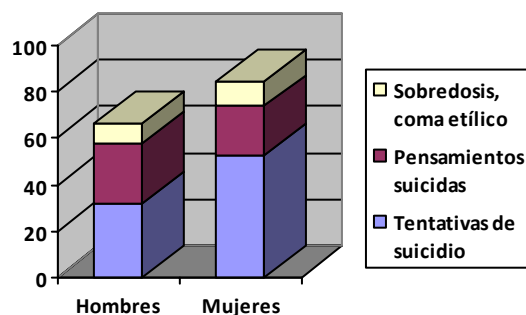


Tabla 62.- Personas que han tenido algún intento de suicidio o que lo han pensado o que han tenido alguna sobredosis o coma etílico

A la vista de los datos, parece ser que la mujer consumidora de alcohol u otras drogas es más autodestructiva que el hombre, esto se demuestra en varios puntos:

Existe más porcentaje de mujeres que se ha intentado suicidar y de las que lo han probado, lo han hecho mayor número de veces que los hombres.

De las que no han intentado suicidarse, también tenemos una tasa superior de mujeres que han tenido en alguna o varias ocasiones algún coma etílico o alguna sobredosis por drogas.

Si sumamos los porcentajes de mujeres que han intentado suicidarse o lo han pensado o han tenido que ser hospitalizadas por sobredosis o coma etílico, la barra de la gráfica sube a unos porcentajes alarmantes (84.21% de la población femenina).

## Prostitución



Tabla 63.- Mujeres consumidoras que se han prostituido

En este caso no encontramos ningún hombre que se haya dedicado a la prostitución, mientras que el porcentaje de mujeres que sí lo han hecho es del 21.05%. Es decir, la mujer para costearse el consumo de drogas ha visto en la prostitución una salida, mientras que los hombres se han dedicado en más ocasiones al tráfico de sustancias y a los robos, como veremos posteriormente.

Esto concuerda con lo mencionado por Carmen Meneses (1997), la cual comenta que las mujeres costean su drogadicción de forma más auto lesiva y menos dañina para los demás.

De las que han ejercido la prostitución, lo han hecho una media de 43.13 meses a lo largo de su vida, es decir, más de tres años y medio de su vida se han visto obligadas a estas prácticas.

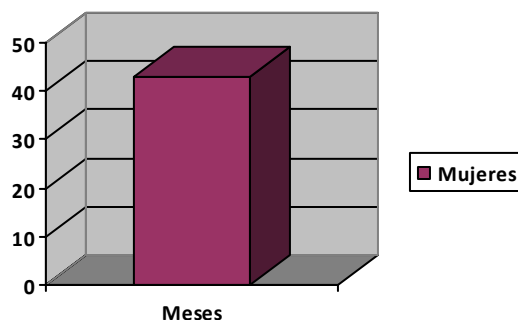


Tabla 64.- Tiempo medio que se han dedicado las mujeres a la prostitución

Y de ellas, las que se han dedicado 5 años o más a la prostitución, todas ellas, han tenido una infancia en la que ha faltado uno o los dos progenitores, o han estado tuteladas por los servicios sociales y además han sufrido maltrato y violación o abusos y tienen familiares consumidores de drogas.

La edad media del primer consumo, para este grupo de mujeres con más de 5 años de prostitución a sus espaldas, ha sido 14.5 años (inferior a la media total que estaba en 16.26 años) en el que el cannabis estaba presente. La droga principal la empezaron a consumir a los 15 años (la media de mujeres empezó a consumirla a los 18.63 años) y fundamentalmente la consumen con amigos y/o pareja. Son policonsumidoras y han realizado anteriormente otros tratamientos, empezando el primero a los 19 años de media.

En su estado de salud, destacar que son portadoras del VIH o están esperando resultados, todas ellas han padecido algún Trastorno de la Conducta Alimentaria, en concreto anorexia y en estos momentos toman alguna medicación psiquiátrica para regular los estados de ánimo. También todas ellas han tenido varios abortos voluntarios y varias tentativas de suicidio.

En cuanto a las dificultades que ellas dicen tener, destacan su relación con los demás, con la familia, la pareja y con ellas mismas. Entre una puntuación del 0 al 10, su autoestima antes de empezar un tratamiento, se fijaría en 3.5 puntos de media.

Es decir, que las mujeres que se han dedicado 5 años o más a la prostitución han tenido y tienen su vida biopsicosocial más complicada y deteriorada que el resto de compañeras que no han ejercido la prostitución o no lo han hecho por un periodo tan largo de tiempo.

## Venta de drogas

En este apartado son los hombres los que encabezan la gráfica. Más de la mitad (el 59.26%) de hombres que hemos estudiado se han dedicado alguna vez a la venta de drogas (en mayor o menor medida), mientras que las mujeres que lo han hecho han sido menos de la mitad, el 26.32%.

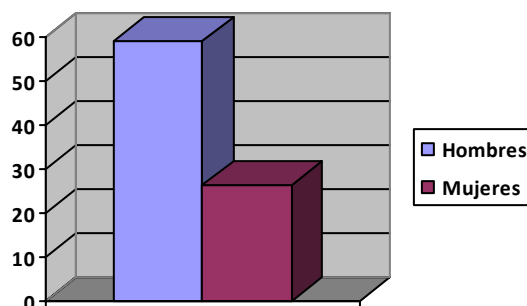


Tabla 65.- Personas que han traficado con drogas

También los hombres se han dedicado mayor tiempo a esta forma de obtención de ingresos. Mientras que las mujeres que han vendido droga lo han hecho por un periodo de tiempo inferior al año (10.8 meses), el hombre lo ha hecho una media de 42.48 meses a lo largo de su vida, es decir, algo más de tres años y medio.

Podemos decir que la mujer lo ha hecho de una forma más esporádica, mientras que en el hombre ha sido más habitual la venta de sustancias ilegales.

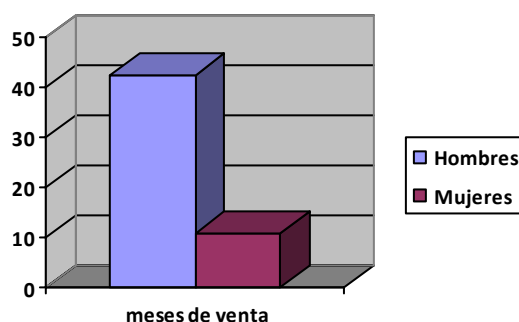


Tabla 66.- Tiempo dedicado a la venta de drogas

El tiempo que se han dedicado los hombres a la venta de sustancias prácticamente coincide, o por lo menos se acerca bastante, al tiempo que las mujeres se dedicaban a ejercer la prostitución. Si recordamos, las mujeres que se dedicaban a ejercer la prostitución lo habían hecho durante un periodo de 43.13 meses de media a lo largo de su vida y los hombres que se han dedicado a la venta de sustancias lo han hecho por un periodo de 42.48 meses de promedio.

Es decir, este sería el tiempo medio que unos y otras se han sentido abocados a conseguir dinero de una forma diferente a su trabajo habitual para costear su adicción a las drogas.

### Cumplimiento de condena

En primer lugar analizamos a aquellas personas que fueron internados en centros de cumplimiento de condena para menores:

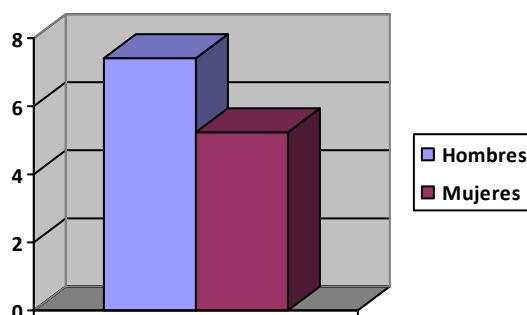


Tabla 67.- Centro de cumplimiento de condena para menores

El 7,41% de los varones y el 5,26% de las mujeres han estado internados en algún centro de cumplimiento de condena para menores. Siendo los hombres 2 veces la media en la que han estado internados, mientras que en las mujeres la media es de 1 vez.

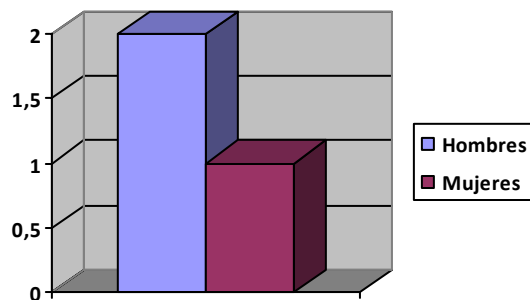


Tabla 68.- Nº de veces que han sido internados en centros de cumplimiento de condena para menores.

La edad en la que entraron por primera vez en el centro de cumplimiento de condena para menores fue de 16 años para las mujeres y bastante más jóvenes fueron los chicos, con una edad media de 13.17 años.

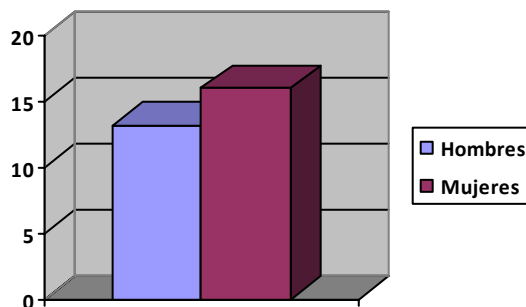


Tabla 69.- Edad de su primer cumplimiento de condena en un centro de menores

También hay una diferencia muy considerable en el tiempo total que han permanecido condenados los menores, siendo de 3 meses de media para las chicas y de 30.04 meses para los chicos, como se puede ver en las siguientes gráficas:

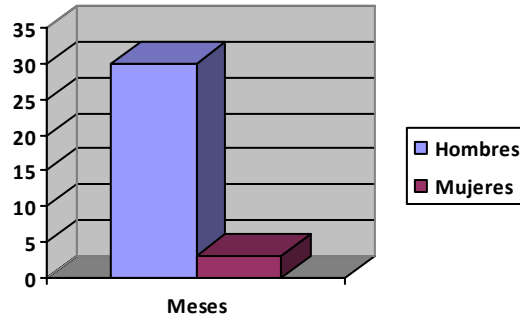


Tabla 70.- Tiempo medio de cumplimiento de condena en centro de internamiento para menores

En lo que respecta al ingreso en prisión<sup>18</sup>, los resultados todavía se distancian más que en los menores:

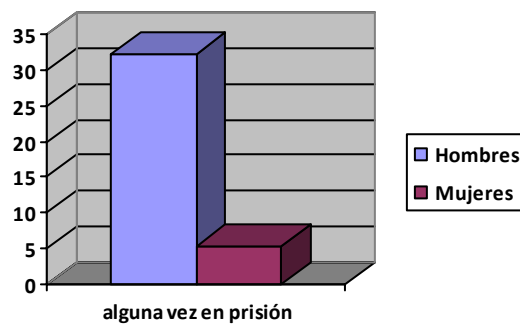


Tabla 71.- Personas que han cumplido condena privativa de libertad en la prisión

Como observamos, cuanto mayor se va haciendo y más tiempo lleva en el consumo de drogas, el proceso delictivo también va empeorando en los hombres. El 32.10% de los hombres han cumplido condena privativa de libertad, mientras que las mujeres encuestadas han sido el 5.26% las que han estado alguna vez en prisión.

En la siguiente gráfica observamos el porcentaje de hombres y mujeres que en estos momentos cumplen su condena en el CSZ.

<sup>18</sup> Estos datos pueden estar marcados por el trabajo que el CSZ viene realizando en prisión con hombres consumidores de drogas. Algunas de estas personas también están incluidas en el estudio, ya que acceden a la Comunidad Terapéutica a realizar su tratamiento mientras cumplen su condena.



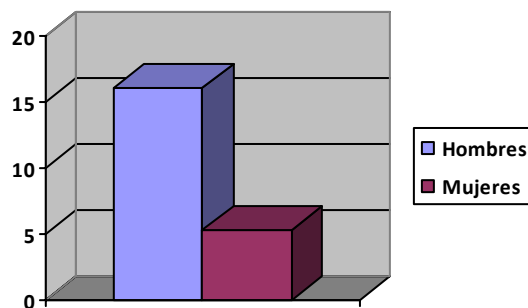


Tabla 72.- Cumplimiento de condena actualmente

### Personas con hijos

El 47.37% de las mujeres entrevistadas tienen hijos, mientras que este porcentaje se fija en el 38.27% en el caso de los hombres.

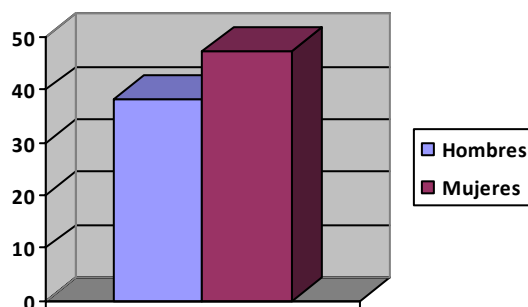


Tabla 73.- Personas con hijos

Además, de los y las que tienen hijos, la media de hijos también es superior para las mujeres. Las mujeres tienen una media de 1.67 hijos y la media en los hombres está en 1.61 hijos.

Esta media supera considerablemente a los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística para la población en general, que daba una media de 1.39 hijos.

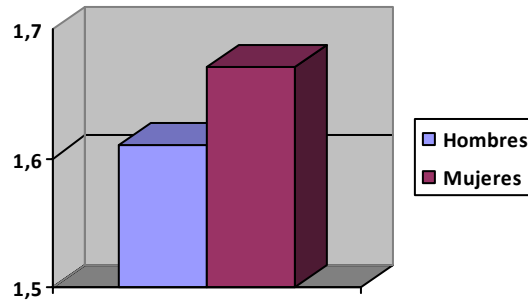


Tabla 74.- Nº de hijos por persona

De los y las que tienen hijos si preguntamos cuántos viven con ellos y ellas, son los varones los que, por diversas causas (fundamentalmente los divorcios), se han distanciado más de sus hijos. Los resultados son que el 46% de los hombres vive con sus hijos y en el caso de las mujeres el porcentaje que vive con sus hijos llega hasta el 80%.

Si observamos qué es lo que ocurre con aquellos hijos que no viven con su padre obtenemos los siguientes resultados:

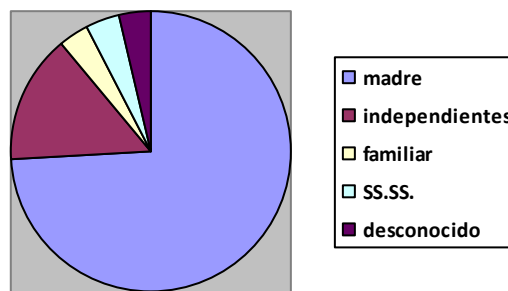


Tabla 75.- Convivencia de los hijos que no lo hacen con su padre

La mayor parte de los hijos que no viven con su padre, viven con su madre, seguidos bastante lejos de aquellos que viven independientes a su padre o madre (la edad de estos hijos supera los 18 años) y por detrás estarían los que viven con otros familiares, en centros de servicios sociales o, en algún caso, su padre desconoce donde vive.

En el caso de las mujeres, no encontramos ningún hijo que viva con su padre, pero sí que de ese 20% que no vivía con su madre, dos tercios viven independientes y el otro tercio lo hace en prisión.

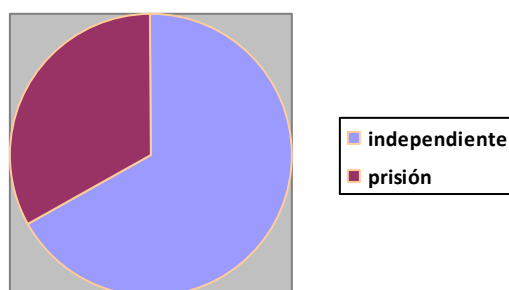


Tabla 76.- Convivencia de los hijos que no lo hacen con sus madres

Los procesos de intervención de los servicios sociales en la atención de los menores han estado más presentes en el caso de las mujeres drogodependientes que en los hombres que realizan su tratamiento en este centro.

Si hablamos de cifras, diremos que en el 22.22% de las mujeres con hijos han tenido que intervenir los servicios sociales alguna vez y en los hombres este porcentaje ha sido apenas del 9.68%.

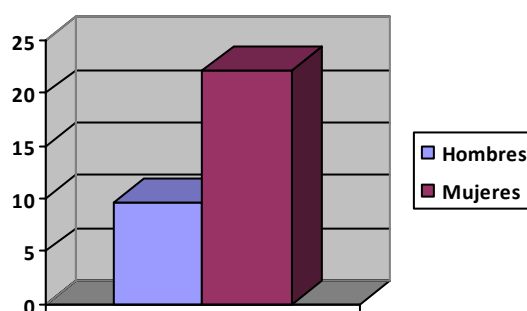


Tabla 77.- Intervención de los servicios sociales en los hijos menores

Si la cuestión es si antes del tratamiento necesitaban ayuda para cuidar de sus hijos, el 77.78% de las mujeres reconoce que no se podían hacer cargo de sus hijos y que necesitaban la ayuda de otra persona para hacerlo, sin

embargo en el caso de los hombres, sólo el 19.35% dice haberla necesitado. Pero el 38.71% de los hombres con hijos reconocen que era su pareja la que se dedicaba al cuidado de los hijos y el 3.23% dicen que hubieran necesitado la ayuda de alguna persona para encargarse de sus hijos.

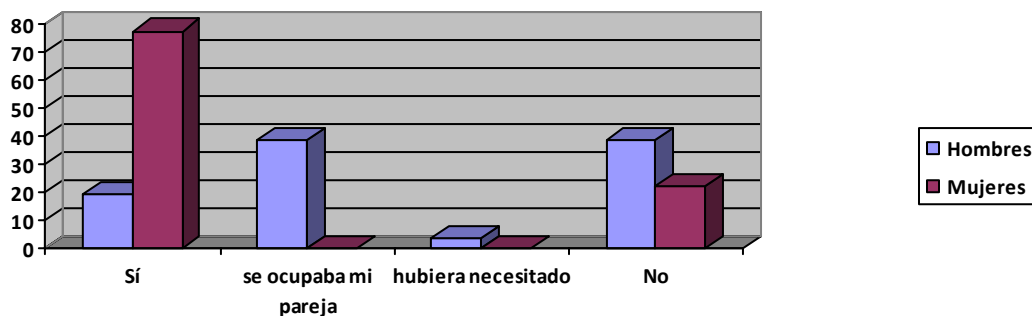


Tabla 78.- ¿Necesitabas ayuda para cuidar a tus hijos?

Diremos pues, que existe un porcentaje mayor de mujeres (atendidas en este centro), que tienen hijos y de las que los tienen, ellas han llevado más el peso de la crianza de sus hijos y en estos momentos también son ellas las que los tienen a su cargo. Pero también los servicios sociales han intervenido en mayor medida en el caso de las familias con madres drogodependientes que en aquellas familias en las que el consumidor de drogas es el hombre.

Como veíamos anteriormente, Martens (1999) y Merino (2002) se refieren a la dificultad que presentan las mujeres de acceder a tratamiento por el hecho de tener cargas familiares y por el temor a la pérdida de los hijos, entre otras.

El papel de madre puede ser un elemento motivador para el tratamiento, pero también supone a estas mujeres un mayor esfuerzo, ya que no sólo tiene que resolver su problema de adicción, sino que también deben atender su responsabilidad de madres (González, T. 2006).

Responsabilidad esta, que en muchas ocasiones las desborda en su proceso de tratamiento: si ya de por sí es difícil la crianza de los hijos, si lo unimos a estas mujeres que también tienen la dificultad añadida de cuidarse de ellas mismas, ya que durante muchos años no lo han hecho, al esfuerzo que

les supone este proceso se le añaden muchas otras trabas que tienen que solventar.

La relación madre – hijo requiere un trabajo terapéutico que favorezca los lazos afectivos entre ambos y que dote de recursos y habilidades a estas madres para que la relación con sus hijos sea más satisfactoria y puedan hacer frente a la sensación de abandono que se tiene en algunas ocasiones.

Es decir, un tratamiento de mujeres drogodependientes incluirá necesariamente el trabajo con sus hijos para aquellas mujeres que sean madres.

“El abordaje en la *intervención sobre el rol de madre* tiene que tener en cuenta que si bien existirán mujeres que no se harán cargo de sus hijos, otras muchas sí lo hacen o lo han intentado, y viven un gran sentimiento de culpabilidad respecto a las atenciones y cuidados de los hijos. Para ello hay que establecer apoyos educativos y terapéuticos; así, ya podemos encontrar cómo en varios centros se han desarrollado algunos subprogramas DE ATENCIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA PADRES DROGODEPENDIENTES CON HIJOS.” (González T. 2006)

## **Abortos**

Un 57.90% de las mujeres que están en tratamiento han tenido abortos alguna vez a lo largo de su vida, con una media de 2.55 abortos por persona. Mientras que las parejas de los hombres en tratamiento han abortado en el 14.81% de los casos y la media de abortos desciende a 1.75 abortos por persona.

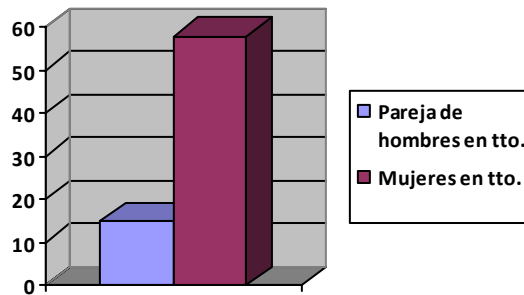


Tabla 79.- Porcentaje de abortos en mujeres en tratamiento y las parejas de los hombres que realizan el tratamiento

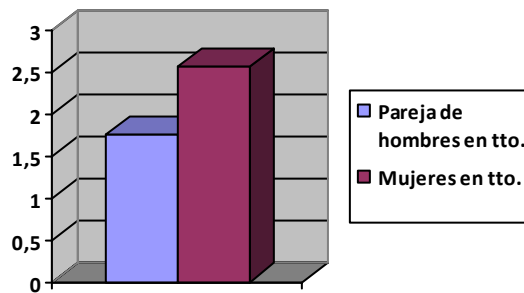


Tabla 80.- Nº de abortos de las mujeres en tratamiento y de las parejas de los hombres en tratamiento

En cuanto a la voluntariedad o no de los abortos de unas y otras, el porcentaje de los abortos voluntarios es superior en ambos casos, muy por encima del de los abortos involuntarios y en el caso de los hombres que realizan su tratamiento, sus parejas, han tenido un porcentaje ligeramente superior de abortos voluntarios al de las mujeres en tratamiento. Estas últimas superan los abortos involuntarios:

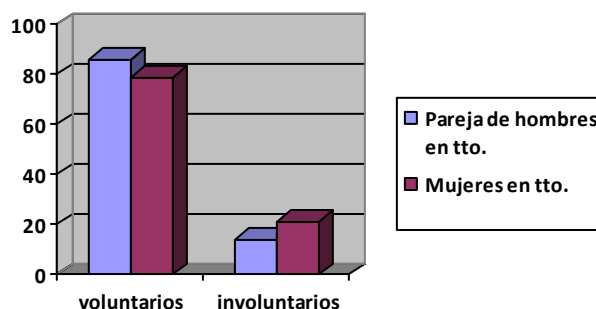


Tabla 81.- Voluntariedad de los embarazos

En parejas cuya mujer es la consumidora de drogas, se producen más abortos que en las parejas cuyo consumidor es el hombre, prácticamente el porcentaje se cuadruplica. Esta mujer suele volver a quedarse embarazada para volver a abortar, es decir, se produce una media de 2.55 abortos por mujer. Además, estos abortos, en su gran mayoría, son voluntarios (también en el caso de las parejas de los hombres), es decir, hay mayor número de embarazos no deseados, en una proporción entorno a cuatro veces superior con respecto a los abortos involuntarios.

De nuevo, se hace necesaria la intervención específica con mujeres, en este caso, en la prevención de embarazos no deseados. Es decir, un programa de tratamiento con perspectiva de género para mujeres adictas, debe contar entre su programación con la existencia de un trabajo en educación sexual que incluya, entre muchas otros puntos<sup>19</sup>, la prevención de embarazos no deseados, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

### **Motivos para empezar a consumir**

Cuando se les formula la pregunta, se hace de una forma abierta, es decir, sin posibles soluciones, que ellos puedan expresarse, para así poder tener mayor número de posibilidades, analizar todas y a la vez, no condicionar los resultados.

<sup>19</sup> Ver por ejemplo, en el apartado de sexualidad, las recomendaciones que M. Palop hace sobre este tema

Las respuestas las agrupamos en las diferentes temáticas que podían ser comunes a las contestaciones encontradas.

Hombres y mujeres achacan su inicio al consumo fundamentalmente a los “problemas personales” que tenían, tales como la baja autoestima, inseguridad personal, insatisfacción, etc. Pero son ellas las que en más ocasiones dicen haber tenido estos problemas; la diferencia con respecto a los hombres en este apartado sería de 10 puntos porcentuales.

Los siguientes puntos a los cuales las mujeres achacan sus primeros consumos serían los problemas familiares, la dificultad en las relaciones sociales y la diversión.

Sin embargo, los hombres inician su consumo, como acabamos de mencionar, también por problemas personales, distanciándose de la mujer (en este caso el porcentaje es menor). Dos puntos y medio por debajo, los hombres manifiestan haberse iniciado en el consumo de alcohol o de drogas ilegales simplemente por diversión, como algo lúdico. Después le seguirían aquellos que empezaron a probar el mundo del consumo de sustancias para enfrentarse a sus dificultades en las relaciones con los demás y posteriormente los que lo atribuyen a los problemas familiares. Un 10% se iniciaron en el consumo por curiosidad, querían probar qué era eso, qué pasaba si lo hacían, querían tener nuevas experiencias. Y unos porcentajes inferiores corresponderían a aquellos que tenían problemas en el trabajo (estrés, fracaso empresarial) y los que responden que todavía no lo saben o no contestan.

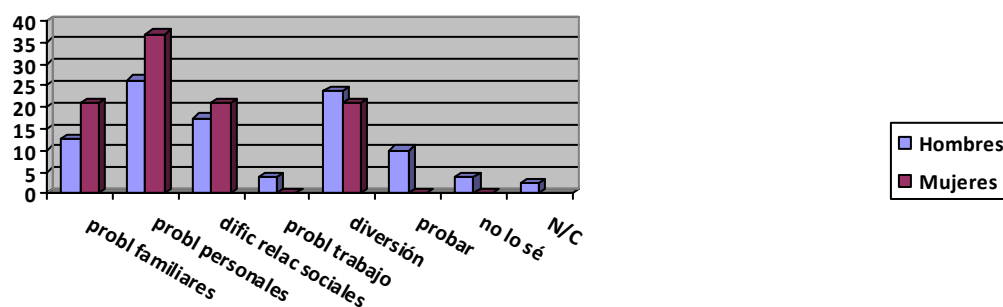


Tabla 82.- Motivos para empezar a consumir



## Motivos para seguir consumiendo

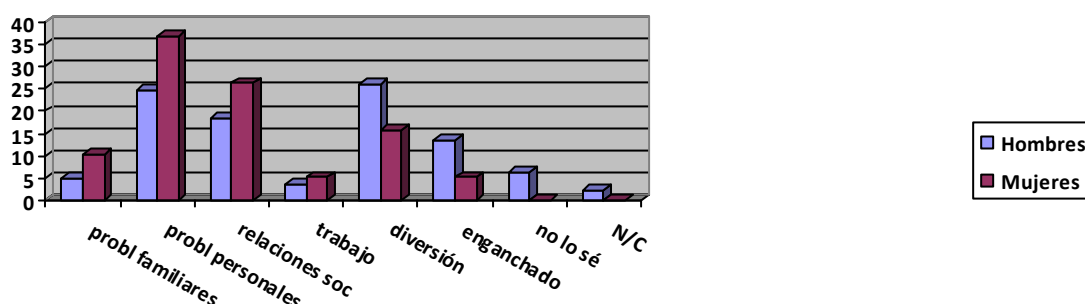


Tabla 83.- motivos para seguir consumiendo

En las mujeres siguen siendo las dificultades personales las que mencionan como mayor motivo para seguir consumiendo drogas: “la droga me hace sentirme mejor”, puedo “seguir viviendo en mi fantasía”, “afrontar las situaciones de la vida”, “cambiar los estado de ánimo” e incluso “perder peso”...

Mientras que los hombres, señalan en mayor medida que es algo que les gusta, es una forma de diversión, que les hace sentir bien.

Las mujeres, seguidamente, siguen consumiendo la droga como forma de enfrentarse a las relaciones sociales y la diversión ocuparía el tercer lugar, seguido del consumo como forma de seguir afrontando los problemas familiares. Por debajo estarían el enfrentarse a las dificultades en el trabajo y el no poder dejar las drogas porque no las controlan.

Como ya he descrito, los hombres, principalmente las siguen consumiendo por ser algo que les gusta, se lo pasan bien cuando las consumen, les gustan las sensaciones que les producen y les disgustan aquellas otras sensaciones cuando no toman las sustancias.

A continuación estarían los problemas personales y posteriormente las dificultades en las relaciones sociales. El cuarto lugar lo ocupan aquellos que dicen estar “enganchados” y no se plantean el dejarlas, siguen su rutina en este ambiente.

Los que contestan “no lo sé” ocuparían el siguiente punto, seguidos de los que siguen consumiendo por motivos laborales.

Problemas personales, seguidos de los familiares, de las dificultades en las relaciones sociales y por diversión, son los motivos que estas mujeres habían mencionado como detonantes del consumo de sustancias. Pero una vez que se inicia el consumo, ya desaparecen en esa proporción los problemas familiares, dejando paso fundamentalmente a los problemas personales y las dificultades en las relaciones sociales.

### **Consecuencias del consumo de drogas**

Los problemas familiares que se derivan del consumo de drogas parecen ser los que más afectan a mujeres y hombres consumidores de drogas, pero son ellas las que los mencionan en mayor medida.

Las consecuencias económicas y laborales ocuparían el segundo lugar, pero aquí son ellos los que las mencionan en más ocasiones.

Seguidamente, sienten que el consumo les ha supuesto una serie de consecuencias personales en el caso de las mujeres y relacionales para los hombres, estas últimas con un porcentaje similar al de las mujeres.

Su salud también la han visto deteriorarse, como consecuencia de las drogas, por lo menos así lo opina el 25 % de las mujeres y el 21.62 % de los hombres.

Es decir, las consecuencias, sentidas por estas mujeres, de su consumo de drogas son muchas: principalmente las familiares son las que mencionan como más importantes o que más les afectan, seguidas de las laborales y económicas, personales, relacionales y de salud.

La privación de libertad y la delincuencia son asuntos que preocupan fundamentalmente a los hombres, mientras que los malos tratos son problema sufrido por las mujeres en exclusiva y que además lo relacionan directamente al consumo de drogas, hasta el punto que la mujer se siente responsable de los malos tratos por haber consumido drogas.

Este dato tan significativo de que algunas mujeres consideren el maltrato como consecuencia de su adicción a las drogas y no un hecho aislado producido por un hombre independientemente de que se consuma o no drogas,

hace aflorar el hecho de sentirse culpables de los malos tratos sufridos por haber consumido drogas, como si ellas fueran las responsables y no las víctimas de que las maltraten, e incluso tienen la esperanza de que una vez que ha cesado el consumo ya no se produzcan nuevos episodios de violencia.

El Informe del Defensor del Pueblo de 1998 decía que las mujeres que sufren malos tratos por parte de sus parejas, frecuentemente atribuyen esta violencia al consumo de alcohol y otras drogas, justificándolas así de esta manera y esperando que puedan cambiar.

Este sentimiento de culpabilidad es necesariamente un punto a tener en cuenta en la programación de su tratamiento, intervenir el tema del maltrato en estas mujeres se evidencia como un tema ineludible que no hay que dejar de lado y que puede ser un motivo de recaída en su adicción.

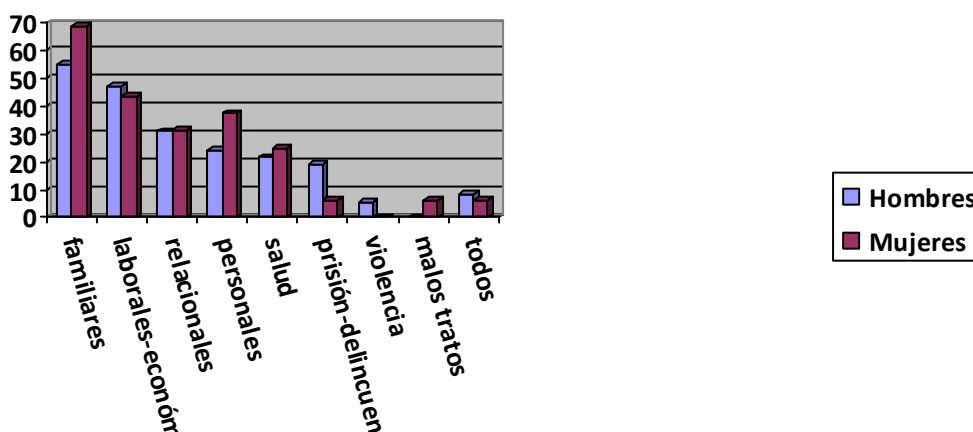


Tabla 84.- Consecuencias del consumo de drogas

### Motivos para dejar las drogas

En el caso de las mujeres, el estar cansadas de esta vida que llevaban, su familia (en la cual los hijos son mencionados constantemente) y su salud, por este orden, son los principales motivos aducidos para dejar las drogas.

Seguidamente estarían otros, como la decisión de dejar las drogas por ellas mismas, por la soledad que han llegado a sentir como consecuencia de esta situación, por los problemas surgidos en el ámbito económico y laboral y

las que han sido forzadas por sus familiares a realizar un tratamiento a pesar de ellas no querer.

En este apartado podemos entresacar algunas frases que dicen estas mujeres: “por tener una vida digna y volver con mi hija”, “estaba fatal, me quedé muy delgada, no me sentaba bien, pasaba de todo”, “porque quería sentirme bien, dejar de sentirme como una mierda, no me gustaba como era”, “no encontraba una salida a mi vida, estaba muy depre y sola y no podía ni trabajar. Lo perdí todo”, “no podía seguir viviendo así; por mí y por mis hijos, eso no era vida”

Los hombres también dicen estar cansados de llevar ese ritmo de vida y les importa su familia, esta última en porcentaje similar al de las mujeres. Sin embargo el resto de motivos que mencionan los varones quedarían en un segundo plano.

Algunas de sus palabras serían: “porque estoy cansado y porque creo que soy joven; no aguanto más vivir de esta manera”, “estoy cansado, quiero luchar por mi mujer y mi hija, quiero vivir la vida”, “me di cuenta que había perdido casi toda mi vida entre las drogas y la cárcel”, “porque soy consciente del daño que me causan y quiero mejorar mi posición socioeconómica; por mi familia, mi mujer y mi hijo”, “porque me estaban matando física y mentalmente”, “porque pasan los años y pasa tu vida y te das cuenta que no haces nada de provecho con tu vida más que perder el tiempo”.

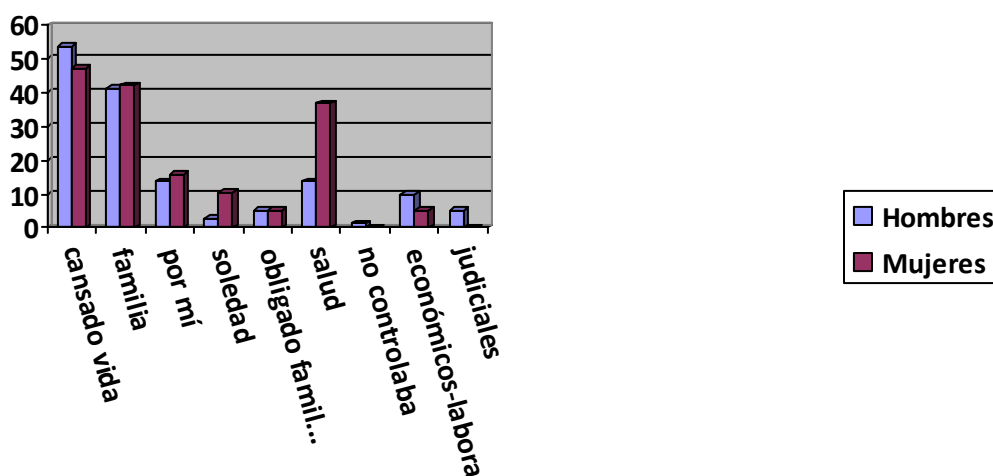


Tabla 85.- Motivos para dejar las drogas

## **Motivos que frenan a dejar las drogas**

Si preguntamos el porqué de querer seguir con el consumo, o por qué no querían dejar de consumir drogas, la mujer lo hace fundamentalmente (y de una manera muy significativa si lo comparamos con el resto de respuestas de ellas y con las de los hombres) por evitar todos los problemas que tiene a su alrededor, por el miedo que le da el enfrentarse a ellos y, como consecuencia, el miedo a una nueva vida que no sabe si va a ser capaz de llevar y porque le falta ilusión para luchar por su vida, se siente incapaz de conseguirlo y además es autodestructiva con ella misma.

En menor medida, hay algunas que también el motivo de no parar el consumo es seguir manteniendo una imagen ante la sociedad, un status social, un ritmo de vida que sólo se ven capaces de llevar y sienten que pueden estar a la altura de la situación y de mantener las relaciones, consumiendo drogas.

En similar proporción estarían aquellas mujeres que dicen que no las dejaban porque no sentían que las drogas fueran un problema para ellas, se pensaban que simplemente las utilizaban porque querían y las podían dejar en el momento que ellas quisieran.

En el caso de los hombres, los motivos que les frenaban a dejar las drogas son algo diferentes a los aducidos por las mujeres:

En primer lugar, ellos no las querían dejar porque les gustaban las drogas, les gustaban las sensaciones que les producían y se lo pasaban bien utilizándolas.

Seguidamente, ellos mencionan la falta de ilusión, la rutina de ese tipo de vida y la falta de voluntad, así como aquellos motivos en los que mencionan que lo hacen por evitar los problemas que les afectan o porque les da miedo el enfrentarse a otra vida diferente.

En menor medida están aquellos que citan el que ellos no veían la droga como un problema, que creían que la controlaban, o los que dicen que con las drogas mantenían su estatus social, las necesitaban para controlarse, o aquellos que sentían que no tenían el apoyo suficiente para poder enfrentarse a su adicción.

Otros motivos minoritarios son la salud y el que les da miedo volver a realizar un tratamiento porque ya lo han hecho con anterioridad.

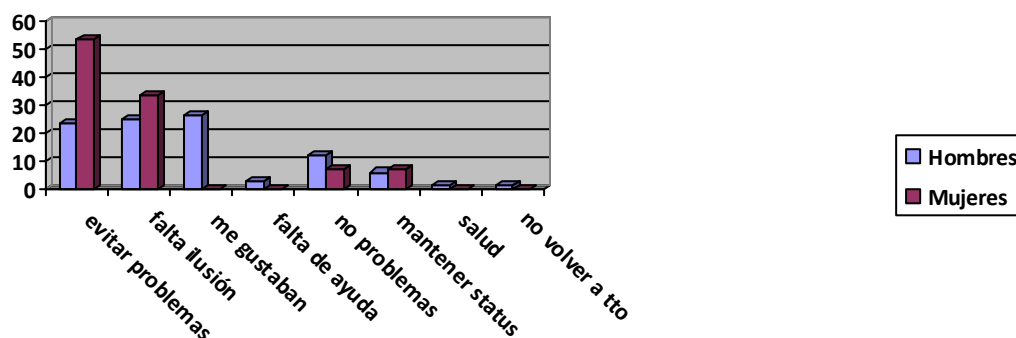


Tabla 86.- Motivos que frenan a dejar las drogas

Tenemos pues, que lo que les frenaba a dejar el consumo de sustancias a las mujeres es principalmente el miedo que les da el enfrentarse a su realidad, el no saber si serán capaces de ello. Esta falta de confianza en sí mismas se traduce en una baja autoestima como veremos más adelante. Por ello, el segundo motivo que mencionan es la falta de ilusión, como consecuencia de no creerse capaces de conseguir vivir de una forma diferente.

Ante esta sensación de incapacidad es importante transmitir refuerzos positivos a las mujeres consumidoras, que ayuden a la mujer a tomar las riendas de su curación y de su vida, que no se queden en un sentimiento de no saber si podrán, sino ayudarles a sacar su propios recursos personales y fomentarles aquellos otros necesarios para superar su adicción a las drogas.

### **Motivos que les frenaban a solicitar tratamiento**

Los motivos que les frenaban a la hora de solicitar tratamiento para superar su adicción a las drogas han sido muy variados y diferentes también para unos y otras.

En el caso de las mujeres son fundamentalmente tres las razones que dan para no ir a un centro a tratar su adicción:

Por un lado estarían los motivos relacionados con sus hijos, es decir, no quieren separarse de ellos o bien temen que se los quiten en el momento que accedan a un centro y se enteren de su adicción a las drogas.

En el mismo nivel estaría el miedo a cambiar de vida, cambiar sus hábitos y también las que querían pensar que podían dejar las drogas ellas solas.

En cuarto lugar estarían aquellos motivos relacionados con los centros, definiendo los motivos de la siguiente manera:

- Desconfianza o miedo a los centros de tratamiento.
- Que me digan lo que tengo que hacer, el compromiso que supone.
- Pensaba que un centro era lo último.

Un 7.7 % de las mujeres les dificultaba el acceder a un centro el miedo a que se enterara la gente, o incluso su familia, de su adicción a las drogas.

Y otras lo hacían porque las drogas les seguían gustando.

En cuanto a los hombres, principalmente no solicitan tratamiento porque les gustan las drogas, no quieren dejarlas y no creían que su consumo fuera problemático, prácticamente este punto estaría en el lado opuesto a las mujeres, ya que para ellas ocuparía el último lugar en importancia.

Seguidamente les preocuparía que se enteraran los demás de su problema con las drogas, esto les supondría, según sus palabras, mucha vergüenza.

No a mucha distancia también estarían todos aquellos motivos relacionados con los centros y que he mencionado anteriormente en el caso de las mujeres, es decir, su desconfianza hacia los centros, el sentirse preso y que les digan lo que tienen que hacer y porque el acudir a un centro significa para ellos que es donde más bajo han podido caer, es al último recurso a donde hubieran pensado acudir.

El miedo que les da el cambiar de estilo de vida, a cambiar sus hábitos, ocuparía el cuarto lugar, saben que eso supone un esfuerzo importante y no saben si serán capaces de sobrellevarlo, en la vida del consumo, bien o mal,

pero se han ido manejando, pero, una vida libre de drogas la ven muy distante a ellos y por lo tanto existe el miedo a lo desconocido.

Se engañaban diciéndose e incluso creyéndose que solos podían dejar el consumo abusivo de drogas en casi el 10 % de los casos.

Otros motivos con menor trascendencia serían aquellos relacionados con el trabajo, los que no se sentían capaces de poder dejar las drogas y por lo tanto ni lo intentaban y aquellos que en su país no había centros para tratar la adicción a dichas sustancias.

Para ellos, los hijos no suponen un impedimento a la hora de realizar el tratamiento, así como para la mujer era uno de los principales.

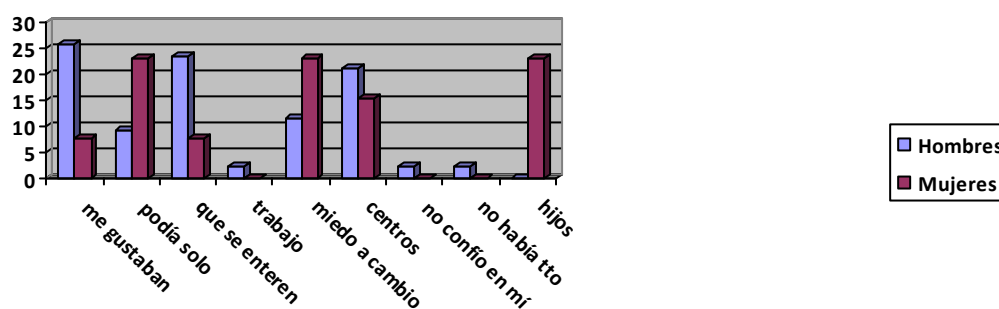


Tabla 87.- Motivos que frenan a solicitar tratamiento

Resumiendo, tendríamos que las razones que ellas expresan como los frenos que les impide solicitar tratamiento en un centro especializado (bien distintas a las de los hombres) son fundamentalmente tres: los hijos, el miedo al cambio y el creer que podían solas. Otros motivos serían aquellos relacionados con los centros de tratamiento (desconfianza, no querer implicarse y pensar que acudir a un centro era el último recurso), el que se enteren los familiares y personas conocidas y en otras ocasiones, la razón para no acudir a un centro es el que todavía les sigue gustando el consumo de drogas.



## ¿Crees que vas a conseguir dejar las drogas?

Ante esta pregunta, hombres y mujeres afirman positivamente, pero las mujeres son ligeramente más optimistas. Aunque había un porcentaje que dudaban de poder hacerlo, contestando “creo que sí” o aquellos que no lo tenían tan claro, contestando “no sé” y un pequeño porcentaje de hombres contestaban simplemente “no”.

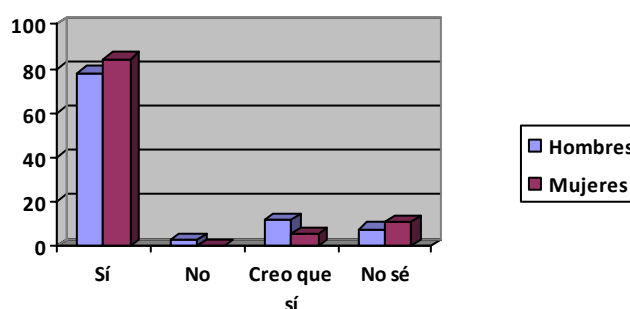


Tabla 88.- ¿Crees que vas a conseguir dejar las drogas?

## Motivos para seguir sin consumir drogas

En la gráfica hemos separado los motivos familiares<sup>20</sup> de las que contestan exclusivamente que son sus hijos el principal motivo para seguir sin consumir drogas, para ver la importancia que estos últimos tienen como aliciente en la abstinencia en el consumo de estas mujeres.

Si unimos “familia” e “hijos” obtenemos que los motivos familiares ocupan el primer lugar en la motivación de estas mujeres para seguir abstinentes seguido de ser ellas mismas las que importan, por las que tienen que seguir luchando si quieren dejar el consumo de sustancias.

También ansían tener una vida diferente y quieren mejorar su situación laboral y económica, además, el estar en libertad sería el motivo aducido por una pequeña proporción de mujeres.

<sup>20</sup> Puede ocurrir que muchas personas que han contestado “la familia”, incluyan a sus hijos en este apartado, aunque no lo especifiquen

Los hombres quieren seguir una vida sin drogas principalmente por su familia e hijos (aunque por debajo de lo que piensan las mujeres), por detrás de esto su motivación sería el tener una vida diferente, ya que, el tiempo que llevan sin consumir, han visto que este estilo de vida les gusta. También lo hacen por ellos mismos, aunque esta motivación personal todavía se encuentra en menos ocasiones que en las mujeres.

Y por último, los porcentajes más bajos, corresponderían a los motivos laborales y económicos, su salud y la libertad.

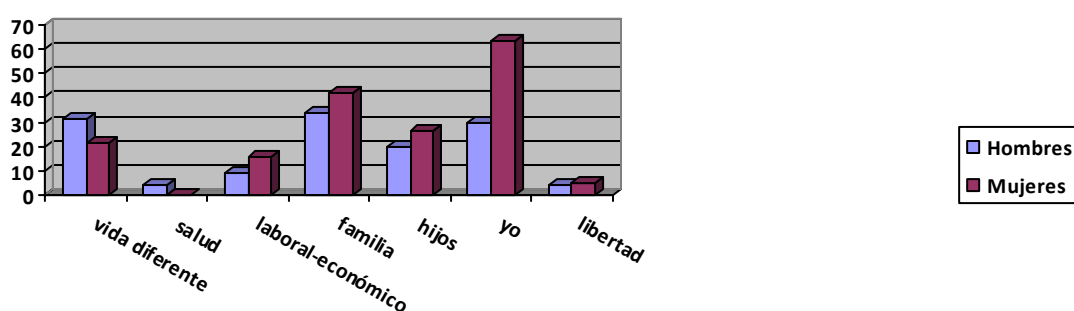


Tabla 89.- Motivos para seguir sin consumir drogas

### Trabajo necesario para poder dejara las drogas

El trabajo que unos y otras perciben o creen que necesitan realizar para tratar su adicción a las drogas vuelve a ser muy diferente si hacemos esa distinción por sexos. Es decir, las necesidades de unas y otros son distintas ya que la problemática y la situación social son diferentes.

En los párrafos siguientes he entresacado diferentes frases que me han parecido más significativas y que definen lo que sienten ellos y ellas a la hora de contar sus necesidades:

Las mujeres dicen: “necesitaría tener constancia, respeto a mí misma y solucionar mis propias luchas internas emocionales”, “ser más positiva y valiente, valorarme yo misma más”, “autocontrol y estabilidad emocional”, “la autoestima y la seguridad en mí misma”, “mi entorno y yo sobre todo”, “encontrar un trabajo”, “contar cosas que nunca he contado, recuperar a mi

familia, tengo falta de cariño”, “dejar de ser dependiente de los demás, hacer lo que yo quiero y quererme a mí misma”, “dejar de pensar que soy tonta o loca, mi autoestima y mi relación con la gente”, “enfrentarme a mis problemas, no huir, aceptar que hay cosas buenas y malas: aceptar la vida como es, no como me gustaría que fuera”, “la soledad, la impulsividad. Mi pasado no me gusta, no me gusta lo que he hecho, pero tampoco lo que me han hecho”.

Y los hombres: “confiar en mí y ser valiente para decir lo que quiero y lo que no”, “mi autoestima, mi inseguridad”, “estabilidad laboral”, “el tiempo libre”, “impulsividad, separarme de gente que consume droga y saber solucionar los problemas, no evadirlos”, “autocontrol”, “las costumbres”, “mis conocidos y yo”, “la paciencia, las amistades, el ocio y separar la relación negocio-familia”, “no dejarme arrastrar tanto por la gente, no ir a los mismos sitios”, “expresar mis preocupaciones y sentimientos, recibir cariño y que me comprenda la gente, asumir responsabilidades y ser más decisivo y confiado”, “que la gente me tome en serio”, “aprender a relacionarme con la gente sin drogas”, “mis defectos, sentirme que soy alguien”, “superar miedos y vergüenzas, aprender a divertirme sin drogas”, “romper con el aislamiento que he creado a mi alrededor”, “enfrentar los problemas”, “el tener una novia y crear una familia”.

### **Dificultades sentidas por los usuarios y usuarias del centro**

En las gráficas siguientes se pueden observar lo que los pacientes del centro relatan en cuanto a las dificultades que ellos y ellas han tenido en relación a diferentes puntos: su relación con los demás, en el trabajo, con su familia de origen, con su pareja, con sus hijos y sus dificultades personales.

Más del 60 % de los hombres y más del 80 % de las mujeres dicen tener dificultades con su familia de origen, con sus parejas y con ellos mismos.

La mujer es la que asume haber tenido más dificultades en todos los aspectos de la vida, incluso con los hijos, aunque, junto con las dificultades en el trabajo, sean los apartados en los que menos dificultades han expresado tener.

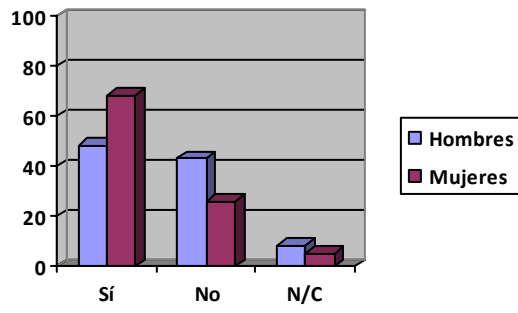


Tabla 90.- Dificultades con los demás

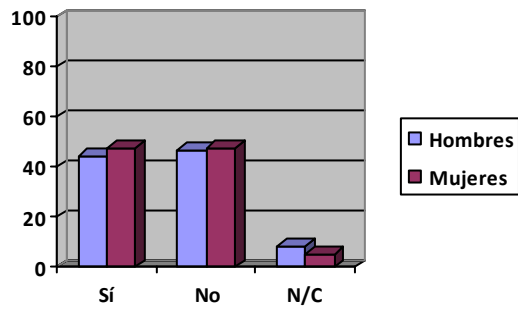


Tabla 91.- Dificultades en el trabajo

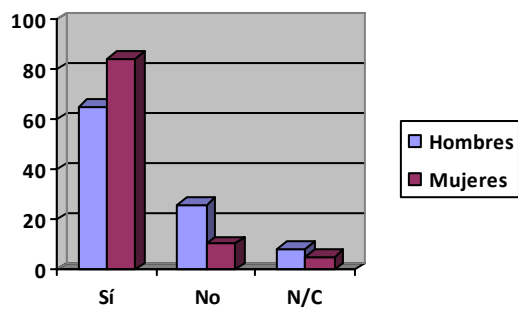


Tabla 92.- Dificultades con la familia de origen

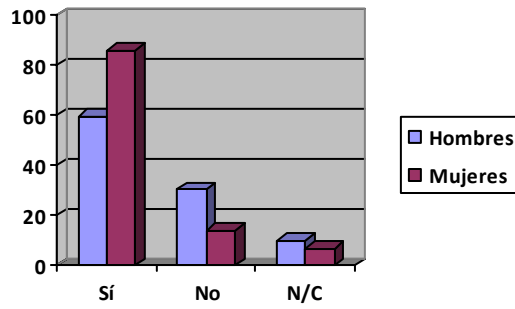


Tabla 93.- Dificultades con su pareja

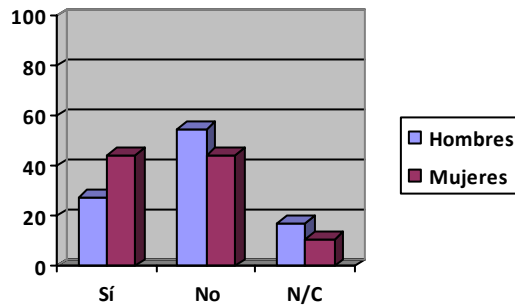


Tabla 94.- Dificultades con los hijos

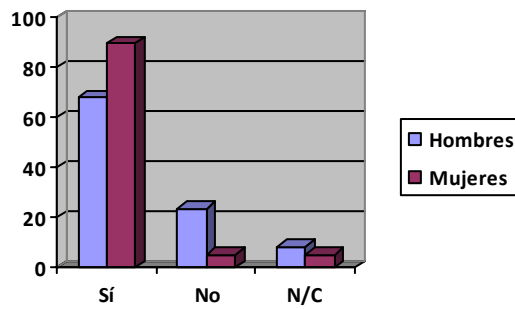


Tabla 95.- Dificultades personales

Resumiríamos que sus mayores dificultades son las relacionadas con su pareja, su familia de origen y las personales o que tienen que ver con ellas mismas. Asimismo, las dificultades de relación con los demás también ocupan un puesto importante.

## Círculo social actual

Algunos de los aspectos que se trabajan en la reinserción de los drogodependientes y que pueden dar lugar a recaídas son aquellos que tienen que ver con su relación con la gente, que tengan amigos, que aprendan a vivir en sociedad, que se relacionen con la gente sin necesidad de consumir drogas. Para ello, los hombres cuentan con algo más de apoyo social previo que las mujeres, es decir, su vida social en muchos casos no está tan deteriorada como la de la mujer, las relaciones de ésta se han centrado más en sus parejas e hijos o han estado más solas o rodeadas de gente relacionada con las drogas. Hasta un 42.11% de las mujeres dice no tener ningún apoyo social al que acudir cuando empiecen su proceso de reinserción.

Sin embargo, el hombre, ha conservado en mayor medida, aquellas relaciones que le pueden ser de utilidad en su reinserción social, es decir, el hombre, en este sentido, tiene un poco más fácil su proceso de curación.

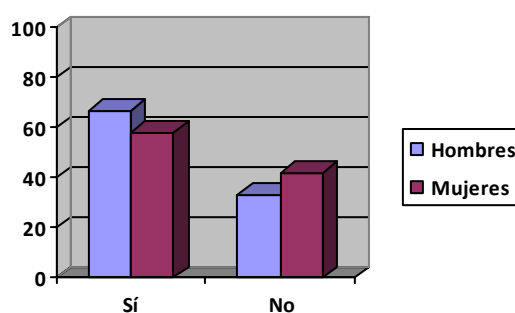


Tabla 96.- Círculo social

En este sentido, se hace necesario el favorecimiento del desarrollo de habilidades sociales que hagan posible la construcción de una red social que apoye a la mujer drogodependiente en su proceso de reinserción social, así como hacer un trabajo diferencial de género que abarque este aspecto relacional.

## Autoestima<sup>21</sup>

Si les preguntamos por cómo se sentían cuando estaban consumiendo y cómo se sienten ahora (teniendo en cuenta las diferencias que existen entre la población atendida, en cuanto a tiempo en el proceso de tratamiento), observamos una diferencia considerable en la puntuación obtenida.

Las mujeres se sentían peor que los hombres cuando estaban consumiendo. Ellas se dan una puntuación de 1.74 sobre 10 y ellos 2.81 puntos. Es decir, unos y otras se han sentido muy mal mientras consumían, pero en estos momentos de tratamiento ya consiguen superar el aprobado. La mujer seguiría teniendo la autoestima por debajo de la del hombre, dándose una puntuación cercana al 6 y el hombre entraría en el notable, con una puntuación de 7.34.

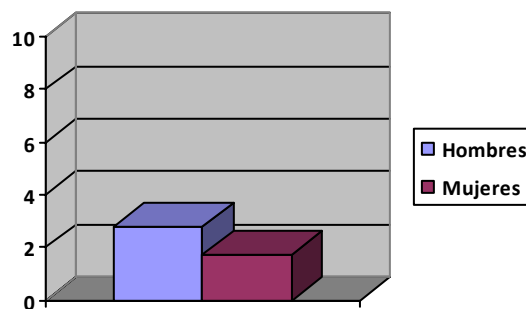


Tabla 97.- ¿Cómo te sentías antes del tratamiento?

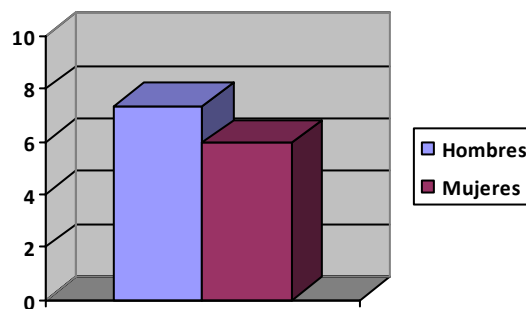


Tabla 98.- ¿Cómo te sientes en estos momentos?

<sup>21</sup> En los apartados siguientes se les pide que valoren los diferentes ítems en una escala de puntuación del 0 al 10.

El tiempo que llevan de tratamiento mujeres y hombres les ha servido para ver que existe una posibilidad de sentirse mejor con ellos mismos, esos 4.53 puntos de diferencia en los hombres y 4.21 puntos para las mujeres les hace dar una esperanza positiva a su recuperación, aunque en ambos casos es un aspecto importantísimo a seguir trabajando y sobre todo en el caso de las mujeres.

Su autoestima sube cuando empiezan a realizar su proceso de rehabilitación, si lo comparamos a cuando estaban consumiendo, sin embargo, esta autoestima sigue siendo inferior a la de los hombres y podríamos decir que con una puntuación baja.

Esta diferencia de puntuación nos indica a los profesionales que hay que hacer un mayor esfuerzo en este sentido con las mujeres a las cuales atendemos, ya que va a ser parte del éxito en su proceso de recuperación.

Sabemos que la baja autoestima está muy relacionada con el proceso adictivo y la experiencia muestra que las lesiones en la autoestima de las mujeres con drogodependencia son más severas o, cuanto menos, más duraderas (Castaños M. y Palop M., 2007).

Sus pensamientos, percepciones, juicios y afectos sobre ellas mismas siguen siendo muy bajos y por ello les sigue costando valorarse y eso es un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

Castaños y Palop plantean que la autoestima debe trabajarse de manera específica como idea de proceso en el tratamiento de la mujer drogodependiente, pero también se debe abordar desde otras áreas del proceso terapéutico como son la sexualidad, las relaciones, la violencia, etc.

Este proceso para el trabajo de la autoestima debe tener el siguiente recorrido:

- 1) Autoconocimiento
- 2) Autoaceptación
- 3) Autoafirmación
- 4) Autoresponsabilización

La mujer drogodependiente tiene un bajo autoconcepto, se desvaloriza y suele darse en ella un bajo desarrollo de la confianza básica, lo que trae



implícito que sean mujeres inseguras, poco autónomas y con una gran dificultad a la hora de enfrentarse a los conflictos personales, es decir sus habilidades sociales se han ido debilitando (Marcela, L. 2001).

La falta de fuerzas de estas mujeres, el sentimiento de inferioridad, Silvia Tubert (1991) los denomina síndrome del desamparo y de la impotencia o incapacidad, que les lleva a estas mujeres cuando lo sufren a una desvalorización de sí mismas.

### Afectividad y sexualidad

Tampoco la mujer se da el aprobado en este apartado. La vida afectivo-sexual de la mujer consigue haber sido valorada con una puntuación de 4, frente al 6.29 del hombre: no parece estar muy satisfecha de este aspecto de su vida, ya que la puntuación que da vuelve a estar en la franja del suspenso.

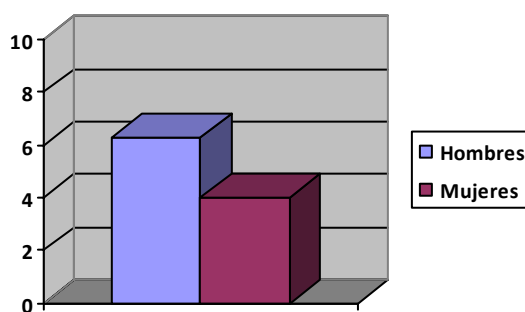


Tabla 99.- Valoración de la vida afectivo-sexual

De las definiciones con que describen su vida afectivo-sexual las mujeres que no están muy conformes en este punto, e incluso algunas que se dan el aprobado pero luego las describen de forma negativa, me ha parecido destacar algunas: “fracasada”, “destruictiva”, “vacía”, “desastrosa”, “rutinaria”, “me sentía como una prostituta pero sin cobrar, a través del sexo buscaba cariño”...

Algunos de los comentarios negativos que hacen los hombres a este respecto serían los siguientes: “Incompleta”, “desastrosa”, “desagradable”, “descuidada”, “inexistente”, “superficial”, “hipocresía”...

Tenemos como resultados que, en cuanto a valorar su vida afectivo-sexual, la mujer no parece estar muy conforme con ella, ya que su puntuación vuelve a estar por debajo del aprobado y muy por debajo a la obtenida por el hombre.

Si comparamos los comentarios de unos y otras, vemos la diferencia de sus valoraciones, que tienen que ver con las puntuaciones obtenidas en los resultados anteriormente expuestos.

La sexualidad de las mujeres drogodependientes debe ser un tema a tener en cuenta en su proceso de recuperación y debería tener los siguientes objetivos terapéuticos (Palop, M. 2007):

- Poder mantener intimidad afectiva sin relaciones sexuales
- Disfrutar de la sexualidad
- Recuperar la aceptación del propio cuerpo
- Reconocer y cuestionar la incidencia de los estereotipos de género en la sexualidad
- Promover una sexualidad segura
- Aprender a establecer los límites deseados en las relaciones interpersonales y sexuales
- Abordar las dificultades en el área sexual

# **A modo de conclusión**

La existencia de más hombres que mujeres en los centros de tratamiento de drogodependencias, y en concreto al que nos referimos en nuestro estudio, nos hace cuestionarnos a los profesionales varios asuntos:

- ¿qué le sucede a la mujer adicta para que no acuda a nuestros centros? ¿qué frenos tiene personalmente, o en su entorno (familia, sociedad...)?
- ¿qué importancia le asigna la sociedad al rol femenino y cómo estigmatiza la sociedad a la mujer adicta a las drogas?
- ¿qué barreras les ponemos los propios centros a las mujeres para que no vengan en la misma proporción que lo hacen los hombres?
- ¿cómo los profesionales trabajamos con las mujeres para que abandonen los tratamientos antes de la finalización del proceso?
- ¿somos los profesionales conscientes de la diferenciación del perfil masculino y del femenino en el caso del tratamiento de personas drogodependientes?

La sociedad asigna a la mujer unos roles que necesariamente tiene que llevar a cabo y si no los cumple, empieza el proceso de estigmatización.

Si además, esa mujer es adicta a las drogas, difícilmente cubrirá esos esquemas preestablecidos y la estigmatización será mucho mayor a la del hombre con su misma problemática de adicción, ya que la sociedad, por el hecho de ser drogodependiente ya pone una serie de etiquetas añadidas a la condición de adicto, pero si la adicta es mujer, a los apelativos del hombre se le añaden otros como los de prostituta, mala madre, etc.

Esta reacción de la comunidad sobre la estigmatización de las mujeres drogodependientes no es exclusiva del entorno exterior, de la comunidad, sino que los propios familiares también estigmatizan a la mujer por el hecho de ser drogodependiente, ya que no es lo mismo un hijo que una hija adicta a las drogas. La propia familia asigna a su hija las mismas etiquetas que la sociedad

hace con el resto de mujeres drogodependientes, siente una mayor vergüenza ante sus vecinos y la sociedad en general, porque ello implica (sobre todo las madres) que la sociedad piense que algo se ha hecho mal en el proceso de crianza y educación de esa hija. La vergüenza de estos padres es mayor con una hija que con un hijo drogodependiente.

Este fenómeno hace que la mujer tampoco pueda hablar con su familia de origen de su problema: la mujer drogodependiente se independiza antes que el hombre de su familia y suele acudir sola a los centros, alegando que no necesita apoyo de su familia, que ella sola puede hacerlo, etc.

La familia puede llegar a readmitir en su casa a la hija drogodependiente, pero en el momento en el que se produce una recaída, la familia de esta, será más difícil que siga luchando y creyendo en la posibilidad de curación de su hija (Rodríguez, M. 2007).

A la mujer que vive en el medio rural se le sumarán todos estos problemas en común con la mujer de la ciudad y los propios del entorno rural, es decir, en un pueblo la ocultación de los hechos es todavía más difícil y por lo tanto la mujer adicta luchará con mayor ahínco para ocultar su enfermedad y por lo tanto las posibilidades de curación serán menores.

La mujer tenderá a sobrellevar el problema sin realizar ningún tratamiento específico para su adicción y si alguna vez intenta dejar las drogas, intentará ser ella misma quien realice el tratamiento sin ayuda de familiares, amigos, ni profesionales, es decir, en la más profunda soledad y sin los recursos necesarios para lograrlo.

Pasará más tiempo que el hombre hasta que decida ir a un centro para curar su adicción, no porque no haya decidido dejar las drogas, sino por los impedimentos que ella, la sociedad y los centros interponemos para que pueda acceder libremente a un centro.

En la espiral de exclusión, cada paso que han dado estas mujeres ha hecho que se sumerjan más en este proceso de exclusión (Edis, 2004):

- *La propia adicción, de entrada, genera una anulación de la identidad y la voluntad.*

- *El hecho de prostituirse o haberlo hecho en algún momento introduce un elemento más de desprecio a sí mismas.*
- *El no poder estar con sus hijos, el no saber qué les pueden ofrecer, añade una culpa más.*
- *La vergüenza de estas circunstancias les aleja de los posibles acercamientos con la familia.*
- *Las relaciones de pareja que derivan en maltrato ahondan en la profunda desvalorización.*

*Esta espiral se traduce en una anulación constante de su identidad.*

Pero, la estigmatización de la mujer drogodependiente comienza por los propios profesionales que trabajamos en el campo de las adicciones:

Los centros de tratamiento no suelen llevar consigo una perspectiva de género que distinga el proceso de unos y otras. Suele existir un modelo, independientemente de la corriente psicológica que postule el centro, basado en el perfil mayoritario (el masculino), pero la forma de expresión de los síntomas de unas y otros es distinta, al igual que para el resto de la población general y, como se ha expuesto a lo largo del trabajo, hombres y mujeres tienen perfiles diferenciados, sus motivos para consumir son distintos, sus motivos para dejar las drogas también lo son, por tanto, hombres y mujeres requerirán abordajes terapéuticos diferentes.

Los propios profesionales tendemos a derivar a la comunidad terapéutica en mayor proporción a la mujer que al hombre. Esto lo vemos no sólo en el centro objeto de estudio, sino que los datos obtenidos de los anteriores tratamientos de las personas analizadas así lo confirman.

Es por ello por lo que los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias deberíamos reflexionar en varios sentidos:

- ¿consideramos igual a la mujer que al hombre drogodependiente?
- ¿consideramos la problemática y necesidades específicas de la mujer drogodependiente a la hora de hacer un diagnóstico?
- ¿estigmatizamos los propios profesionales a la mujer drogodependiente por el hecho de ser mujer?

- O por el contrario, ¿la mujer drogodependiente tiene una mayor desestructuración, mayor problemática personal, con menos apoyo familiar y por ello necesita más que un hombre de una comunidad terapéutica para su curación?

Probablemente, si nos paramos a pensar, tendremos un poco de todos estos puntos, pero nuestro esfuerzo por hacer un diagnóstico desde una perspectiva de género tiene que aumentar considerablemente si queremos que las mujeres accedan a los tratamientos y no sigan siendo la excepción a ellos.

Como hemos podido observar a lo largo de este estudio, la problemática de la mujer consumidora de alcohol u otras drogas difiere bastante a la del hombre consumidor de estas sustancias, las consecuencias que han supuesto para unos y otras su adicción a las drogas son diferentes. Tanto los motivos que les llevaron a consumir drogas, como los motivos que tienen para dejarlas, también son diferentes, así como la historia vivida por cada uno de ellos o la problemática que presentan en el momento actual y los frenos que presentan a la hora de tratar su adicción a las drogas son distintos.

La mujer presenta una problemática específica, tanto cuantitativa como cualitativa, en temas tales como eventos traumáticos (abusos, violaciones, malos tratos), sexualidad y afectividad, prostitución, abortos, dependencia relacional, cuidado de los hijos, estado de salud (VIH, virus de la hepatitis C, psicopatología, Trastorno de la Conducta Alimentaria), autoestima, situación laboral y económica, relaciones sociales, dificultades personales y con la familia de origen, etc.

Es decir, la mujer como ente psicosocial dista mucho a la realidad que presenta el hombre y lo mismo ocurre en los perfiles de consumo de sustancias, en los que unos y otras han vivido situaciones muy diferentes a lo largo de sus vidas y por lo tanto el momento actual se presenta de una manera que nada tiene que ver con el sexo opuesto y que necesariamente se tiene que ver reflejada en el diagnóstico psicosocial de unos y otras.

Se necesita implementar tratamientos para mujeres drogodependientes desde la perspectiva de género. Tratamientos en los que se considere a la mujer desde sus características personales, sus dificultades, sus necesidades, que difieren de las de los hombres consumidores.

Para ello es importante empezar por la concienciación y la formación de los propios profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias, para que sean garantes de la atención de las necesidades de estas mujeres, para que el modelo masculino con el que tradicionalmente han sido atendidas diste del que se les ofrezca en estos momentos. Y como consecuencia, que estas mujeres sientan que su problemática como mujer consumidora de alcohol u otras drogas es tenida en cuenta, diferenciándola de las necesidades que plantean los hombres consumidores, no teniendo que ser asemejados en el proceso unos y otras y por lo tanto, que no se les estigmatice por el hecho de ser mujeres consumidoras de sustancias

Este modelo de intervención basado en la perspectiva de género, independientemente de la corriente ideológica que se adscriba al centro de tratamiento, tendrá en cuenta todas aquellas variables significativas de las mujeres. Por ello es de especial importancia realizar un diagnóstico que explore todas las problemáticas y necesidades de la mujer drogodependiente, para crear itinerarios terapéuticos libres de estigmas por razón de sexo y puedan facilitar la entrada de mayor número de mujeres con problemas de drogas.

Por eso, en este diagnóstico con perspectiva de género, es indispensable un enfoque psicosocial que aporten los y las profesionales en el que se tengan en cuenta las necesidades personales de cada una de estas mujeres, deben aportar principalmente esta visión teniendo presente a la mujer con su situación social, su problemática y sus necesidades sociales; que haga menos doloroso y asequible el proceso de tratamiento, compaginando sus demandas, con su realidad social y las necesidades detectadas por los y las profesionales que las atienden en los centros de adicciones.

Este proceso de tratamiento intentará ser lo más flexible y adaptado posible a las circunstancias personales de cada una de las mujeres atendidas, es decir, que en la medida de lo posible, el tratamiento no suponga para estas mujeres el renunciar a aspectos de gran trascendencia (como por ejemplo la separación prolongada de los hijos menores).

Si en el tratamiento de varones drogodependientes se ve necesario el soporte normativo y el educar en responsabilidad frente a la permisividad y la tolerancia que han disfrutado, en el caso de las mujeres parece prioritario un abordaje psicoafectivo, así como de lo relacional (bidependencia), mediante



una mayor comprensión, que no permisividad, y que no implique prejuzgar a la mujer. Es decir, tener una mirada comprensiva, desechando los enjuiciamientos, por ejemplo en temas sobre sexualidad y maternidad, entendiendo que la mujer se ha podido dedicar a la prostitución como medio para sustentar su adicción y ello ha podido generar una angustia al reconocer haber descuidado e incluso abandonado a sus hijos. (CONACE, 2004)

En los programas de tratamiento de mujeres drogodependientes deberían tratarse aspectos tales como: la autoestima (no como un tema aislado, sino que está presente en todos los aspectos de la vida y por lo tanto en los diferentes aspectos del tratamiento), desórdenes alimentarios, sexualidad, afectividad, violencia, relaciones de pareja y dependencia, relaciones familiares, relaciones sociales, cuidado de los hijos, habilidades sociales y recursos personales, cuidado de su salud, manejo de la ansiedad, cuidado personal, vivienda, educación, laboral, etc.

Asimismo, en el diseño de estos programas habrá que prestar especial atención al personal que vaya a atender a estas mujeres, es decir, profesionales que puedan aportar ese enfoque de género y que en la mayoría de los aspectos a tratar será conveniente que el profesional sea mujer, para que estas mujeres no ofrezcan resistencias al tratamiento (sobre todo mujeres con historia de abusos, violaciones y malos tratos). Pero tampoco descarto la intervención de profesionales masculinos, que aporten una visión diferente, la cual también puede ayudar a estas mujeres, así como el tratamiento mixto en temas comunes que puedan beneficiar a estas mujeres, como por ejemplo las relaciones sociales, es decir, aquellas mujeres que necesiten de una comunidad terapéutica, pueden beneficiarse de una convivencia en comunidades terapéuticas mixtas, con espacios y grupos reservados para el tratamiento específico de estas mujeres. Y también aquellas mujeres que necesiten un tratamiento ambulatorio, podrán beneficiarse de grupos específicos para ellas, así como en algún caso personalizado, pero también podrían asistir a los grupos mixtos, en los cuales su participación puede ser contrastada con las personas del sexo opuesto y tener así una visión más global de la problemática que les afecta.

Así pues, todos los profesionales que trabajamos en el área de las drogodependencias tendríamos que tener en cuenta en nuestros diagnósticos la realidad social de la mujer drogodependiente. Y en concreto me refiero a los y las trabajadoras sociales como responsables del área psicosocial que afecta a estas mujeres y que podemos ser un referente en la implantación de un modelo diagnóstico con esta perspectiva de género, que aporte al equipo de trabajo esa faceta más realista de la problemática y las necesidades de la mujer drogodependiente.

Pero, sin duda, esto no sería posible si los gestores de los centros no proporcionaran los recursos suficientes para implementar itinerarios y tratamientos acordes a las necesidades de estas mujeres.

# Bibliografía

Barreda Marina, M.A. et al (2005). Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Madrid: Instituto de Adicciones. Madrid Salud.

Blanco Zamora, Pilar (2004). Adicción y género, ¿existe relación causal? En: Encuentros de profesionales en drogodependencias. Libro Chiclana. 31-36.

Briere, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En G.E. Wyatt y G.J. Powell. Lasting effects of child abuse (85-99). Newberry Park: Sage.

Castaños, Mónica y Palop, Mercedes (2007). La autoestima de las mujeres con drogodependencia y su recuperación en el proceso terapéutico. Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Salud 10. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. p. 113-124.

CONACE (2004). Mujeres y tratamiento de drogas: orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas. Chile: Gobierno de Chile. Ministerio del Interior. Subsecretaría del Interior. Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación.

Chait, L. y Zulaica Calvo, B. (2005)Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. Trastornos adictivos; 7 (2): 104-113.

Defensor del Pueblo (1998). La violencia contra las mujeres. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos.

Equipo de Investigación Sociológica (EDIS) (2004). Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

González Ausín, Teresa (2006). Una Experiencia de Trabajo Social con mujeres drogodependientes en el centro de día "Los almendros". En: García-Mina, Ana y Carrasco, M<sup>a</sup> José (eds.). Diferencias de género en el uso de las drogas. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. p. 93-102.

Hussein El-Shikh, Ehsan Fahmy, Victor Samy Michael, Hamdy Fouad A Moselhy (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. The European journal of psychiatry (edición en español) Eur. J. Psychiat. (ed. esp.);18 (3): 162-170.

Inciardi, J.A., Lockwood, D. y Pottieger, A.E. (1993). Women and Crack-Cocaine. McMillan Publishing Company. New York; 1993.

Instituto de la Mujer (2005). Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Kandall , Stephen R. (1996) Substance and shadow: Women and addiction in the United States. Cambridge Mass: Harvard University Press.

Kirwood, Catherine (1999). Cómo separarse de su pareja abusadora. Barcelona: Granika.

Lagarde, Marcela (1996). Género y feminismo. Desarrollo humano y Democracia. Horas y horas. Cuadernos inacabados nº 25.

Lara, Marcela (2001). Amores perros, mujeres, violencia y drogas. Revista Eradicaciones; Santiago, Chile.

Martens, J. (1999) La mujer en la Comunidad Terapéutica. Revista Proyecto; 30: 11-14.

Meneses Falcón, Carmen (1997). Mujer y heroína. Revista Proyecto; 23: 10-15.

Meneses Falcón, Carmen (2007). Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia. *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Salud 10*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. p. 15-32.

Merino, P.P. (2002) Mujeres toxicodependientes en la Unión Europea. I Simposium Nacional sobre adicción en la mujer. Madrid: Instituto de la Mujer.

Murthy, P. (2002) Women and Drug Abuse: the Problem in India. India: Ministerio de Justicia Social y Rehabilitación, y Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, oficina regional para Asia meridional.

Naciones Unidas (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito.

Orte, Carmen (1998). Sexualidad, Mujer y Drogodependencia. *Revista Proyecto Hombre*; 26: 7-12.

Palop Botella, Mercedes (2007). La salud sexual en las mujeres drogodependientes. *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Salud 10*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; p. 125-133.

Palop Botella, Mercedes (2007). La dimensión relacional como clave en el proceso de adicción y recuperación. *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. Salud 10*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; p. 99-112.

Plan de Acción 2005-2008. (2005). Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD). Observatorio Español Sobre Drogas (2007). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/2008 (2008). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Reed.B.G. (1985). Drug Misuse and Dependency in Women the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group. *The International Journal of The Addictions*; 20 (1): 13-62.

Rodríguez, Mercedes (2002). Mujeres y drogodependencia. Intervención familiar. En: I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Rodríguez, Mercedes (2007). Mujeres consumidoras y sus familias de origen. Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género. *Salud 10*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Romo, Nuria (2001). Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Rosenbaum, M. (1981). *Women and Heroin*. New Jersey: Rutgers University Press.

Simmons Katherine P, Sack Terry, Miller Geri (1998). Abuso sexual y sus implicaciones de la dependencia química de mujeres en tratamiento. *RET Revista de toxicomanías*; nº 14: 12-18.

Singer, MI, Bussey, J, Song, LY y Lunghofer, L. (1995) The psychosocial issues of women serving time in jail. *Social Work*; 40(1): 103-113.

Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1985). Terapia familiar del abuso y la adicción a las drogas. Barcelona: Gedisa.

Stocco et al. (2000). Women drug abuse in Europe; gender identity. Venecia, Italia: IREFREA y Comisión Europea.

Taylor, A. (1998). Needlework: the lifestyle of female drug injectors. Journal on drug issues; 28 (1): 77-90.

Tubert, Silvia (1991). Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología. Madrid: Siglo XXI.

Urbano Aljama, Aurora, Arostegi Santamaría, Elisabete (2004). Especificidad de género y factores asociados. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad Deusto.

Walters, M. et al. (1991). La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.



# Anexo