



**Necesidades terapéuticas de las
mujeres drogodependientes
atendidas en los Centros de
Tratamiento Ambulatorios y
Residenciales de Castilla y León.
Comisionado Regional para la Droga**



Junta de
Castilla y León



**Necesidades terapéuticas de las
mujeres drogodependientes
atendidas en los Centros de
Tratamiento Ambulatorios y
Residenciales de Castilla y León.**

Comisionado Regional para la Droga



**Necesidades terapéuticas de las
mujeres drogodependientes
atendidas en los Centros de
Tratamiento Ambulatorios y
Residenciales de Castilla y León.**

Comisionado Regional para la Droga



**Junta de
Castilla y León**

Autores estudio cuantitativo:

Lorenzo Sánchez Pardo
Pura de Vicente Manzanero

Autora estudio cualitativo:

Eva Bolaños Gallardo

Coordinación del trabajo de campo:

Isabel Landa Fernández. Sección de Drogodependencias. Departamento Territorial de Familia e Igualdad de Oportunidades de Palencia. Junta de Castilla y León.

Dirección técnica:

Susana Redondo Martín y María Santos Goñi. Comisionado Regional para la Droga. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León.

Entidades responsables de la elaboración del informe:

Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos, S.L.
Eva Bolaños Gallardo.

© De los textos: Sus autores

© De esta edición: **JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN**
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Comisionado Regional para la Droga

Edita:

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

ISBN: 978-84-9718-605-6

Depósito Legal: VA-415/2010

Imprime: Gráficas Germinal, Sdad. Coop. Ltda.

1. Introducción: Género y drogas	11
2. Diferencias de género en el acceso a la red de atención a las drogodependencias de Castilla y León	21
3. Objetivos y contenidos del estudio	27
4. Metodología utilizada	33
4.1. Naturaleza del estudio	35
4.2. Universo y muestra	36
5. Resultados del estudio cuantitativo	43
5.1. Características sociodemográficas de las pacientes	45
5.2. Características del tratamiento	54
5.3. Características del consumo mantenido por las pacientes	67
5.4. Patología orgánica asociada al consumo	75
5.5. Conductas de riesgo	81
5.6. Situación familiar y relaciones familiares	86
5.7. Posicionamiento de la pareja y la familia frente al tratamiento	98
5.8. Estado psicológico y mental de las pacientes	102
5.9. Antecedentes de exposición a eventos traumáticos e intentos autolíticos	113
5.10. Resultados de la evaluación de diferentes dimensiones psicológicas	121
6. Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas	147
7. Sugerecias formuladas por las pacientes para mejorar la atención a mujeres con adicciones	163

8. Resultados del estudio cualitativo	173
8.1. Los inicios en el consumo	176
8.2. Principales necesidades expresadas	178
8.3. Barreras de acceso y utilización de recursos	199
8.4. Opiniones sobre la atención sanitaria	209
9. Conclusiones	237
9.1. Relativas a la accesibilidad y la adherencia al tratamiento	240
9.2. Relativas a los factores psicológicos asociados a la adicción	242
9.3. Relativas a la comorbilidad psiquiátrica (patología dual)	245
9.4. Relativas a la atención recibida por parte de los distintos recursos .	251
10. Recomendaciones y propuestas de actuación	253
10.1. De carácter general	255
10.2. Con relación a las barreras al tratamiento	256
10.3. Con relación a los factores psicológicos asociados	257
10.4. Con relación a la comorbilidad	258
11. Bibliografía	261
ANEXOS: Instrumentos utilizados para la recogida de información	271

Gracias a todas las mujeres que han participado en este estudio y han tendido la generosidad de compartir un trocito de su vida

...No sé esto dónde va a ir, pero si esto va para alguna mujer, decir que merece la pena intentarlo y que nadie puede hacer que se avergüence de ir a un proceso de estos, la vergüenza es no venir. Y que luche, porque muchas tienen hijos o han sido violadas o... y que se den cuenta que al no hacer esto pierden las fuerzas y el poder y las tienen sumisas y avergonzadas y ellas perderán esas fuerzas y ese poder sino hacen nada para cambiarlo...

...Que estamos aquí, estamos aquí y que somos personas también y que necesitamos ayuda y que necesitamos vivir, que la vida no sea temor por vivir y que no estamos aquí porque queremos, que hay mucho dolor de verdad y que nos vean...



Introducción: Género y drogas

1

Introducción: Género y drogas

El género es una categoría epistemológica (INSTITUTO DE LA MUJER. 1999) que identifica la construcción sociocultural de las personas como mujeres y varones, así como las relaciones de poder existentes entre ambos; explica las asignaciones diferenciadas que se realizan a hombres y a mujeres (espacios, tiempos, roles, habilidades, destrezas, capacidades,...), y la jerarquía establecida entre los valores relativos a lo masculino y lo femenino.

La construcción y la reproducción de las diferencias y desigualdades de género tienen lugar tanto a nivel social, como individual. Las personas conforman normas y roles de género mediante sus actividades y los reproducen en función de unas expectativas sociales. El género influye, por tanto, en el orden social y en la subjetividad y tiene repercusiones en las esferas pública y privada (proyectos vitales de unos y otras, relaciones socioafectivas, mercado de trabajo, vida política y la macro y microeconomía) (ESTEBAN ML. 2001) Entendemos el género como un modo de conocimiento de la realidad social que permite comprender las diferencias, no sólo entre hombres y mujeres, sino también entre las propias mujeres.

A pesar de que es ampliamente conocido el papel que el género tiene como condicionante de la salud, con frecuencia la investigación epidemiológica no ha tenido en cuenta dicha perspectiva, como tampoco está presente en la mayoría de las iniciativas que se llevan a cabo en el campo de la promoción y el cuidado de la salud. Un déficit al que no resulta ajeno el ámbito de las drogodependencias.

Desde la planificación en los recursos públicos, la integración de una perspectiva de género significa tomar en cuenta las diferencias y las asimetrías entre las mujeres y los hombres, en el diseño, la implementación y la evaluación de programas. Tener en cuenta las desigualdades y diseñar programas para reducirlas debe contribuir no sólo a que los programas sean más eficaces sino también a una mayor equidad en la prestación de servicios. Por tanto, los programas para mujeres deben ser sensibles a las cuestiones de género en su filosofía y sus principios, con una teoría integrada que sirva de marco para su desarrollo, su contenido y sus materiales. En el momento actual las intervenciones en drogodependencias están inspiradas en modelos de prevención y atención de las necesidades de los hombres y lo que determina que las intervenciones no sean adecuadas para cubrir las necesidades de las usuarias (INSTITUTO DE LA MUJER. 2002).

Incorporar la mirada de género al ámbito de los estudios sobre el abuso de sustancias supone ampliar el conocimiento actual sobre las drogodependencias, con todos aquellos aspectos que dan cuenta de las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, en lo referente a cómo las condiciones de existencia se ligan con el abuso de sustancias y como influye y repercute en la subjetividad, es decir, cuáles son las motivaciones, deseos, vivencias de unos y otras (ETTORRE E. 2004; OFICINA NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. 2004; INSTITUTO DE LA MUJER. 2005), teniendo en cuenta que los factores que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas o a abusar de estas sustancias no siempre son coincidentes, como tampoco lo son sus patrones de consumo, las consecuencias o problemas que provocan o las necesidades que presentan cada uno de estos colectivos.

La estigmatización y el rechazo social que soportan las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerzan su aislamiento, a la vez que favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda para superar el mismo. Son reiteradas las evidencias clínicas que señalan que las mujeres retardan la solicitud de ayuda hasta el momento en el que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral alcanzan una entidad tal que las hace insostenibles. Esta circunstancia explica como siendo la proporción de hombres con problemas de abuso de alcohol de 2,1 frente al de mujeres, las tasas de tratamiento masculinas cuadruplican a las femeninas (RUBIO, G. y BLAZQUEZ, A. 2000).

Esta situación se detecta también, aunque de forma más atenuada, en Castilla y León, como se desprende de cruzar los datos de consumo aportados por la encuesta a población general de 2004 (ÁLVAREZ, FJ. y FIERRO, I. 2005) y los relativos a las admisiones a tratamiento (OBSERVATORIO REGIONAL SOBRE DROGAS, 2005).

Las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, incapaces de desempeñar satisfactoriamente al papel que les ha sido asignado (ser una buena madre o una buena ama de casa). Las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares. Por este motivo el estigma de ser una mujer adicta a las drogas es más excluyente y negativo que en el caso de los hombres, a quienes sólo se les recrimina su adicción y no tanto el incumplimiento de sus responsabilidades sociales.

A diferencia de lo que les sucede a muchos hombres con problemas de adicción, a los que su pareja, familiares y amigos les ofrecen apoyo y colaboración para tratar de superarlo, numerosas mujeres se encuentran con el desinterés, cuando no a la oposición abierta de su entorno, cuando deciden iniciar un tratamiento.

Son múltiples y de diversa naturaleza las barreras existentes para el tratamiento de las mujeres drogodependientes. Los resultados de los estudios realizados en diferentes países acerca de las impresiones de las mujeres dependientes al alcohol y otras drogas sobre los obstáculos e impedimentos para su acceso al tratamiento, coinciden en señalar una serie de factores comunes, como son:

- La estigmatización o vergüenza sobreañadida que soportan las mujeres.
- Los derivados de sus responsabilidades como madres o esposas, tales como la preocupación por el cuidado de los hijos o el miedo a perder su custodia.
- La presencia de una pareja drogodependiente.
- El temor a ser abandonadas por la pareja.
- El no reconocimiento del alcoholismo y otras drogodependencias como una “enfermedad” o la creencia de que pueden superarlos por sí mismas.
- El miedo a la abstinencia.
- La existencia de listas de espera para el acceso a ciertos servicios o la imposibilidad de acceso a algunos de ellos, en especial a los de carácter residencial, cuando tienen hijos menores a su cargo.
- La falta de información sobre las opciones de tratamiento.
- La ausencia de servicios adaptados a las necesidades de las mujeres.

En suma, las mujeres se encuentran con mayores barreras que los hombres para iniciar el tratamiento de las adicciones por cuatro razones fundamentales: a) Cuentan con menos apoyo familiar y social, b) El inicio del tratamiento supone con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar y de los hijos menores, c) Temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia de los hijos y d) Los recursos disponibles no se adaptan a sus necesidades.

Un informe sobre el tratamiento del abuso de sustancias y la asistencia a las mujeres dependientes de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2004) señala la presencia de los siguientes obstáculos o barreras para el acceso al tratamiento de las mujeres:

1) Obstáculos inherentes a los sistemas

Serían los factores que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las mujeres, tales como: la escasa presencia de mujeres en cargos y puestos responsables de la formulación de las políticas y la asignación de recursos, la escasa sensibilización respecto a las diferencias de género como un elemento

determinante de la salud de las personas, la falta de conocimientos acerca de las mujeres con problemas de abuso de sustancias y de sus necesidades de tratamiento, la ausencia de modelos de tratamiento sensibles a las cuestiones de género o la necesidad de una amplia variedad de servicios asistenciales, superior a la de los hombres.

2) Obstáculos de tipo estructural

Esta categoría incluye factores que afectan específicamente a las mujeres y que dificultan su acceso al tratamiento, como son: el hecho de que sean ellas quienes soporten mayoritariamente el cuidado de los hijos (con frecuencia carecen de cuidadores alternativos y del apoyo de su pareja y familia o de programas institucionales que garanticen el cuidado de los hijos mientras dure el tratamiento), la ausencia de servicios específicos para embarazadas, la consideración del abuso del alcohol u otras drogas como causa para la retirada de la custodia de los hijos, la existencia de horarios rígidos en los programas asistenciales incompatibles con las responsabilidades familiares y domésticas de las mujeres, la existencia de listas de espera o la deficiente detección y derivación de los problemas de abuso de alcohol que afectan a las mujeres desde los servicios de atención primaria de salud.

3) Obstáculos sociales, culturales y personales

Esta categoría la integran factores como la mayor estigmatización, la vergüenza o culpa que experimentan las mujeres dependientes al alcohol, las mayores desigualdades sociales que padecen, la ausencia de apoyo de su pareja o familia en el caso de optar por incorporarse a tratamiento, el temor a perder la custodia de los hijos o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres.

Las diferencias físicas, psicológicas y sociales existentes entre hombres y mujeres provocan que el uso y abuso de drogas tenga un impacto diferencial en hombres y mujeres (SÁNCHEZ, L. 2008). Existen por tanto una serie de elementos característicos de las adicciones femeninas, entre los que cabe mencionar:

- Aunque las mujeres consumen, en general, menores cantidades de las diferentes drogas que los hombres, los trastornos derivados del consumo son más frecuentes y más graves, teniendo mayor riesgo de sufrir enfermedades y trastornos asociadas.
- Si bien el inicio del consumo es algo más tardío en el caso de las mujeres, las adicciones se instauran y progresan de manera más rápida entre ellas.
- La gravedad o intensidad de las adicciones es superior (se observa una mayor severidad de las adicciones).

- Entre las mujeres adictas a drogas la prevalencia de trastornos mentales asociados, tanto concomitantes a la adicción como previos a esta, es superior a la de los hombres.
- Las adicciones femeninas tienen un mayor impacto en el ámbito familiar y social.
- Las mujeres con problemas de abuso o adicción a drogas tienen menos recursos y mayores dificultades para acceder a los tratamientos y, consecuentemente, su vinculación terapéutica es sensiblemente más reducida. Estas dificultades se agravan en el caso de las mujeres con hijos menores a su cargo.
- Las mujeres mantienen, en general, una evolución menos favorable que los hombres en los tratamientos de las adicciones (una menor adherencia terapéutica y un pronóstico más negativo), fenómeno que se relaciona con el hecho de que los servicios asistenciales no tienen en cuenta las necesidades terapéuticas específicas que presentan las mujeres, así como con las presiones que reciben del entorno familiar y social para concluir el tratamiento y poder asumir sus responsabilidades familiares.
- La exposición a experiencias traumáticas o estresantes (abusos sexuales, maltrato físico o psicológico por su pareja u otras personas) en la infancia o durante la vida adulta es muy superior entre las mujeres.
- Tienen más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.
- Disponen de un menor apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.

En suma, aunque el porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas es sensiblemente menor que el de hombres, los problemas que presentan las mujeres tienen una mayor gravedad, lo que las hace merecedoras de una atención específica.

Estudios previos permiten identificar algunas de las necesidades específicas que plantea el tratamiento de las mujeres drogodependientes (PANTOJA, L. 2007):

- La dependencia afectiva de la pareja es más intensa en el caso de las mujeres, que con frecuencia se inician al consumo para compartir experiencias con su pareja (conseguir su aceptación y una mayor vinculación) y cuya opinión suele ser determinante a la hora de abandonar el consumo e iniciar tratamiento (FINDELSTEIN, N. 1997).
- Han sufrido abusos sexuales en una elevada proporción.
- La mayoría han sufrido violencia de género (LLOPIS, J. 2002).
- Soportan cargas familiares.
- Presentan sentimientos de culpabilidad y una baja autoestima.
- Presentan estados depresivos y de ansiedad que dificultan su acceso a los tratamientos y el éxito en los mismos.

- Sufren una especial estigmatización por presentar problemas con las drogas, que se intensifica entre aquellas que tienen hijos, y que se traduce en el silenciamiento u ocultación del problema por parte de la mujer (negando su existencia) y en el retraso o la no demanda de apoyo para superarlo.

Otros rasgos son:

- La dependencia económica de la familia o la pareja.
- La precariedad laboral.
- Las altas tasas de intentos de suicidio.

Estudios realizados entre mujeres con problemas de adicción al alcohol permiten identificar la existencia de una serie de necesidades específicas o diferenciales entre este colectivo, localizadas en los siguientes ámbitos (SANCHEZ, L, 2006):

- Las carencias afectivas, en gran medida derivadas del distanciamiento afectivo entre los distintos miembros del sistema familiar.
- Los conflictos y/o rupturas de pareja.
- El pobre autoconcepto, los sentimientos de desvalorización y la falta de confianza en sí mismas.
- Depresión y otras alteraciones psicológicas.
- La escasa autonomía personal.
- El rechazo de su imagen corporal.
- Las dificultades en las relaciones sociales y para su integración en grupos.
- El consumo de otras sustancias (psicofármacos, etc.), además del alcohol.
- La incapacidad para asumir adecuadamente tareas relacionadas con el cuidado de los hijos y/o la organización y el funcionamiento familiar.

De todo lo expuesto se desprende la necesidad de abordar el tratamiento de las drogodependencias desde una perspectiva de género. Las razones que avalan esta estrategia son, entre otras, las siguientes:

- Existen factores de riesgo específicos que favorecen el inicio al consumo de drogas o la continuidad de los mismos en mujeres.
- Los factores asociados a la génesis y el mantenimiento de las conductas de abuso o dependencia a las drogas no son iguales para hombres y mujeres.
- La adicción a las drogas en hombres y mujeres tiene características diferentes, siendo más grave su impacto en su salud (física y mental) y en la vida familiar y social de las mujeres.

- Las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse a tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo.
- Las mujeres presentan, en general, una evolución menos favorable que los hombres en el tratamiento de las adicciones, en gran medida porque los servicios asistenciales han sido diseñados teniendo en cuenta exclusivamente la perspectiva masculina (diseñados por hombres y para hombres), sin tener en consideración las necesidades específicas que presentan las mujeres.

Con la finalidad de incorporar la perspectiva de género a las respuestas asistenciales a ofertar a la población drogodependiente de Castilla y León, el Comisionado Regional para la Droga consideró necesaria la realización de un estudio destinado a evaluar las necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los centros ambulatorios y residenciales integrados en su red asistencial.

La evaluación de necesidades es una práctica utilizada con el fin de conocer la naturaleza y la extensión de un problema social o de salud en una comunidad, o en un grupo social determinado, con la intención de darle una respuesta adecuada y mejorar la situación creada por dicho problema (BROW, B.S. 1997). Los objetivos que debe cubrir la evaluación de necesidades son los siguientes:

- Definir el problema
- Determinar su magnitud.
- Identificar los servicios disponibles para hacer frente al problema.
- Identificar la demanda de servicios existentes.
- Determinar los fallos de los servicios.
- Determinar qué servicios o recursos adicionales se precisan para hacer frente a los fallos y carencias de los servicios.
- Ayudar a establecer las prioridades existentes en relación con los problemas y servicios disponibles, a fin de que los administradores y planificadores puedan determinar cómo pueden ser utilizados los recursos limitados.

Además de estos objetivos propios de la evaluación de necesidades, que convergen en la identificación de los problemas que presentan las mujeres en tratamiento y de los servicios necesarios para hacerlos frente, el estudio cuyos resultados se presentan en capítulos posteriores pretende avanzar en el conociendo de los factores asociados a la génesis y el desarrollo de las adicciones femeninas.



**Diferencias de género en el acceso
a la red de atención a las
drogodependencias de Castilla y León**

2

Diferencias de género en el acceso a la red de atención a las drogodependencias de Castilla y León

2

Los resultados de la encuesta “El consumo de drogas en Castilla y León, 2004” (ÁLVAREZ, FJ, y FIERRO, I, 2005) ponían de relieve que entre la población general castellano-leonesa la razón hombre/mujer de consumidores habituales de drogas ilegales era de 1,97, mientras que esta razón se situaba en 6,7 en el total de admisiones a tratamiento ambulatorio, representando las mujeres el 13% de las mismas y los hombres el 87%. Estos datos indican la posible existencia de un relevante porcentaje de mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas que no acceden al sistema asistencial.

Existen otros dos estudios, realizados ad hoc por el Observatorio Regional Sobre Drogas de Castilla y León, que aportan información de gran utilidad para conocer las diferencias en la accesibilidad a los tratamientos en función del género.

El primero de estos estudios, titulado “Evolución comparativa del perfil de las mujeres y los hombres que ingresan en centros residenciales de atención drogodependientes, 2003-2006 (REDONDO, S. SÁNCHEZ, A Y GARCÍA, MI, 2007) permitió obtener los siguientes resultados:

- Se constata una mayor presencia de hombres en este tipo de recurso (7 veces superior a la de mujeres), así como un mayor número de reingresos en estos, pero sin significación estadística.
- No se detectan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en el tiempo de acceso a los recursos residenciales ni en el nivel de rechazo al ingreso.
- Se detectan diferencias significativas en el tiempo medio de estancia, que es mayor en los hombres. Aunque el índice de retención es superior entre los hombres, las diferencias no son significativas estadísticamente.
- No se detectan diferencias en función del género respecto a las altas en los servicios residenciales, no obstante, en las altas voluntarias, que son las más prevalentes, el tiempo medio de estancia es superior en los hombres, existiendo diferencias significativas.

En conclusión, el estudio señala que la accesibilidad de las mujeres drogodependientes a los servicios residenciales de tratamiento no presenta patrones diferenciales res-

pecto a los varones, lo que difiere de los datos aportados por la literatura científica, salvo en el tema de la estancia media, que resulta superior entre los hombres (están más tiempo en el tratamiento que las mujeres).

El segundo de los estudios, denominado “Evolución comparativa del perfil de las mujeres y los hombres admitidos a tratamiento ambulatorio por consumo de drogas no institucionalizadas, 2003-2005” (REDONDO, S. SÁNCHEZ, A y GARCÍA, MI, 2007), puso de relieve que:

- El perfil de los drogodependientes atendidos desde los recursos ambulatorios sigue siendo fundamentalmente masculino.
- Hombres y mujeres comienzan los consumos a edades similares.
- No se constata que el acceso a la red sea más tardío en las mujeres que en los hombres, ya que estos llevan entre 1 y 3 años más de consumo problemático antes de acceder a la Red por primera vez.
- Respecto a los patrones de convivencia, que son de gran importancia de cara a valorar las necesidades de apoyo de las drogodependientes, destacar que las mujeres conviven un 3% más que los hombres con sus hijos y más de un 10% con su pareja.
- En relación a la situación educativo-laboral, las mujeres en tratamiento están ligeramente más desempleadas y cuentan con un nivel educativo similar al de los hombres.
- El tipo de droga consumida es principalmente la heroína, siendo superior la prevalencia en el caso de las mujeres (66% frente a un 64%), seguida por la cocaína que predomina en los varones.
- La vía de consumo principal es la fumada o inhalada teniendo presencia similar en hombres y en mujeres, mientras que los hombres utilizan la vía inyectada, entre el 2% y el 6% más que las mujeres y la esnifada, entre el 1% y el 5% más.
- Las mujeres presentan cifras más altas de marcadores positivos frente al VIH y de trastornos mentales concomitantes.
- Por último destacar que no se observa ninguna tendencia en el número de admisiones a tratamiento en la serie de las mujeres, ni en los hombres, manteniendo en ambos casos un comportamiento bastante estable.

Por su parte, indicar que durante el año 2007 un total de 330 mujeres fueron admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas en los centros ambulatorios de la Red de Atención a las Drogodependencias de Castilla y León (SAITCyL, 2008), el 71,8% por consumo de alguna sustancia no institucionalizada como droga principal (Figura 2.1).

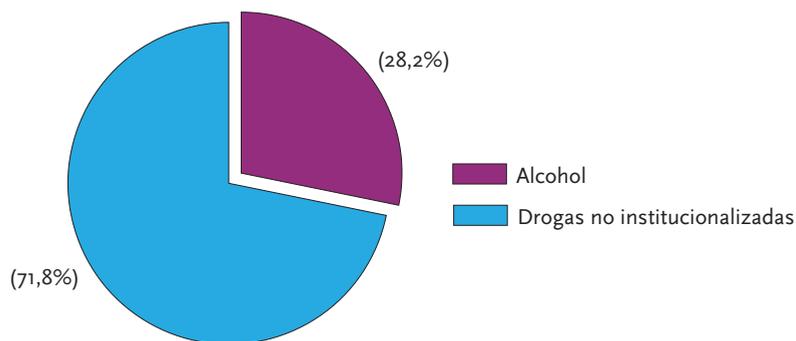


Figura 2.1. Mujeres admitidas a tratamiento en centros ambulatorios por consumo de sustancias psicoactivas según tipo de droga principal (%). Castilla y León, 2007.

La distribución de las mujeres admitidas a tratamiento por provincias y centros se recoge en la siguiente tabla (Tabla 2.1.):

Tabla 2.1. Mujeres admitidas a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Distribución por provincia, centro y tipo de sustancia. Castilla y León. Año 2007.

Provincia	Centro	Drogas no institucionalizadas	Alcohol	TOTAL
Ávila		6	0	6
	C.A.D. Cáritas	6	0	6
Burgos		32	30	62
	C.A.D. Cruz Roja	26	1	27
	C. Proyecto Hombre	6	2	8
	Día Arbu	0	27	27
León		48	19	67
	C.A.D. Cruz Roja	19	3	22
	C. Proyecto Hombre	21	3	24
	C.A.D. Comarcal Bierzo	8	1	9
	C. Alcoholismo BEDA	0	12	12
Palencia		7	3	10
	C.A.D. San Juan de Dios	7	3	10





Provincia	Centro	Drogas no institucionalizadas	Alcohol	TOTAL
Salamanca		43	0	43
	C. de Día Cáritas	11	0	11
	C.A.D. Cruz Roja	32	0	32
Segovia		13	2	15
	C.A.D. Cruz Roja	13	2	15
Soria		5	7	12
	C.A.D. Cruz Roja	5	7	12
Valladolid		63	31	94
	C. Proyecto Hombre	5	0	5
	C.A.D. Cruz Roja	27	9	36
	C.A.D. ACLAD	31	1	32
	C. Alcoholismo (ATRA)	0	21	21
Zamora		20	1	21
	C.A.D. Cáritas	16	1	17
	C. Proyecto Hombre	4	0	4
TOTAL		237	93	330



Objetivos y contenidos del estudio

3

Objetivos y contenidos del estudio

Los objetivos generales que perseguía el estudio eran los siguientes:

- 1.º) Conocer las características básicas de las mujeres con dependencia a alcohol y otras drogas atendidas desde los centros ambulatorios y comunidades terapéuticas de la Red de Atención al Drogodependiente de Castilla y León.
- 2.º) Detectar las necesidades de tratamiento de las mujeres atendidas en recursos ambulatorios y en comunidades terapéuticas, con el fin de implementar las mejoras asistenciales pertinentes para adecuar los abordajes terapéuticos, de forma que mejoren los niveles de retención y las altas terapéuticas de los programas.

Para poder completar los citados objetivos se seleccionaron los siguientes contenidos y variables, que han sido objeto de estudio:

1) Características personales y sociales de las mujeres en tratamiento:

- Edad.
- Nacionalidad.
- Estado civil.
- Modo de convivencia.
- Lugar de residencia.
- Situación laboral.
- Nivel académico.
- Fuente principal de ingresos: dependencia económica.
- Vinculación a actividades marginales (trapicheo de drogas, mendicidad, etc.).

2) Aspectos relacionados con el consumo de drogas y el tratamiento:

- Fuente de referencia.
- Tratamientos previos por cualquier sustancia: número y tipo de servicio.
- Tratamientos previos por la misma droga.
- Droga principal.

- Frecuencia de consumo de la droga principal previa al tratamiento.
- Edad de inicio al consumo de la droga principal.
- Edad de inicio al consumo problemático de la droga principal.
- Consumo medio diario de alcohol en el último mes.
- Otras drogas (secundarias) consumidas.
- Tiempo desde la última inyección.
- Diagnóstico de la drogodependencia.
- Modalidad de tratamiento actual (ambulatorio o residencial).
- Tiempo de permanencia en tratamiento.

3) Patología asociada al consumo:

- Hepatitis.
- Estado sexológico frente al VIH.
- Sida.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Infección tuberculosa.
- Enfermedad tuberculosa.
- Patología orgánica asociada al alcoholismo.
- Trastornos mentales.

4) Circunstancias familiares:

- Pareja drogodependiente.
- Presencia de hijos menores a su cargo de la persona atendida.
- Presencia de otras personas dependientes a su cargo (padres, abuelos, etc.).
- Relaciones con la familia de origen (contacto fluido con la misma).
- Calidad de las relaciones de pareja.

5) Características psicológicas y eventos personales relevantes:

- Dependencia afectiva de la pareja.
- Trastornos depresivos.

- Frustración, sensación de fracaso personal.
- Trastornos de ansiedad.
- Intentos de suicidio.
- Sentimientos de culpabilidad y baja autoestima.
- Problemas de asertividad.
- Soledad, incomunicación y aislamiento social.
- Presencia de trastornos alimentarios.
- Antecedentes de abusos sexuales, maltrato psicológico o físico durante la infancia/adolescencia.
- Episodios de abusos sexuales, maltrato psicológico o físico a mano de la pareja actual o de parejas anteriores.
- Antecedentes de tratamiento por problemas psicológicos o emocionales.
- Tratamiento actual por trastornos mentales.

6) Condicionantes socio familiares del tratamiento:

- Grado de apoyo percibido por parte de la pareja para iniciar tratamiento
- Grado de apoyo percibido por parte del resto de la familia para iniciar tratamiento
- Participación/colaboración de la pareja o familia en el tratamiento
- Presión percibida por parte de la pareja o la familia para la rápida conclusión del tratamiento
- Temor a la adopción de medidas de protección con los hijos menores como consecuencia de la incorporación a tratamiento.
- Servicios y prestaciones a implementar para facilitar el inicio o la continuidad del tratamiento

7) Prácticas de riesgo:

- Utilización de la vía inyectada.
- Uso compartido de jeringuillas u otros materiales de consumo.
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Intercambio de favores sexuales por droga y ejercicio de prostitución.



Metodología utilizada

4

A continuación se enumeran algunas de las principales características metodológicas del estudio que contribuyen a su fortaleza metodológica, entre las que destacan:

- Su carácter multicéntrico, con participación de centros ambulatorios y residenciales.
- La amplitud de los contenidos objeto de estudio, su carácter integral, que abordan todas las dimensiones conocidas donde la perspectiva de género es relevante para el tratamiento de las drogodependencias.
- La utilización de instrumentos normalizados para la recogida de información (inventarios y escalas) que permiten la comparabilidad de los resultados respecto de otras poblaciones.
- La inclusión de ciertos contenidos relacionados con vivencias traumáticas o conflictos y situaciones personales estresantes que, a pesar de ser claves desde la perspectiva del tratamiento, no han sido suficientemente analizados en otras investigaciones precedentes.
- La complementariedad de su metodología, cuantitativa y cualitativa.

4.1. Naturaleza del estudio

Estudio descriptivo que integra análisis de tipo cuantitativo y cualitativo.

A) Estudio cuantitativo

De carácter descriptivo transversal, basado en la utilización de una serie de cuestionarios e instrumentos estandarizados de recogida de información, que permiten explorar las variables sociodemográficas, psicológicas y sociales que, en base a los hallazgos aportados por la bibliografía científica, influyen de manera diferencial en el tratamiento de la dependencia a las drogas en las mujeres.

B) Estudio cualitativo

Basado en el análisis de los resultados aportados por 18 entrevistas abiertas individuales con mujeres consumidoras de drogas en tratamiento en la Red de Atención a las drogodependencias de Castilla y León.

Con esta parte del estudio se pretende comprender los aspectos que están en el mundo subjetivo de estas mujeres, explorando así las necesidades, expectativas y vivencias expresadas desde su contexto existencial y los mecanismos sociales que les afectan, así como conocer los condicionantes inseparablemente psíquicos y sociales asociados a su posición y trayectoria particulares. Desde esta mirada la atención se centra en el análisis de los discursos de los sujetos sociales, en lo que piensan y lo que hacen.

4.2. Universo y muestra

4.2.1. Universo poblacional

Mujeres con diagnóstico de dependencia al alcohol u otras drogas distintas del tabaco, atendidas por la Red Asistencial al Drogodependiente en recursos ambulatorios y residenciales (comunidades terapéuticas y centros residenciales de rehabilitación de personas alcohólicas).

4.2.2. Muestras

a) Estudio cuantitativo:

Muestreo utilizado es bietápico, estratificado y aleatorio simple para cada estrato. En una primera etapa la muestra se estratifica según el tipo de centro de tratamiento:

- Centros de tratamiento ambulatorios.
- Centros residenciales.

En segunda etapa la muestra asignada a cada tipo de centros se estratificará en segunda etapa en dos estratos: 1) mujeres drogodependientes y 2) mujeres alcohólicas. La asignación muestral a cada uno de los estratos se realizó de manera proporcional al volumen de mujeres atendidas en el año 2007.

El tamaño global de la muestra inicial era de 180 mujeres, con la siguiente distribución por estratos:

- Tamaño muestral en centros de tratamiento ambulatorios: 116 casos.
 - Mujeres drogodependientes: 69 casos.
 - Mujeres alcohólicas: 47 casos.
- Tamaño muestral en centros residenciales: 64 casos.
 - Mujeres drogodependientes: 42 casos.
 - Mujeres alcohólicas: 22 casos.

El procedimiento de selección de las integrantes de la muestra asignada a cada centro, a fin de asegurar la inclusión aleatoria al estudio de las mujeres que cumplieran los criterios de inclusión en el estudio y estuvieran recibiendo tratamiento por su adicción a las drogas en centros de tratamiento ambulatorios o centros residenciales (comunidades terapéuticas o CRA) de Castilla y León entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2008, fue el siguiente:

- a) Confección de un listado con las mujeres que estaban en tratamiento en el centro y que cumplieran los criterios de admisión en el estudio, según la fecha de incorporación al tratamiento, dividiéndolas en dos estratos (mujeres alcohólicas y mujeres drogodependientes) en aquellos centros donde proceda tal división.
- b) Si el listado de pacientes que permanecían en ese momento en tratamiento permitía cubrir la muestra asignada al centro para cada uno de los estratos (mujeres alcohólicas, mujeres drogodependientes), se daba comienzo a la incorporación de las mujeres por orden inverso a la fecha de admisión a tratamiento (primero las mujeres que han iniciado el tratamiento más recientemente) hasta cubrir la cuota asignada al centro en cada estrato.
- c) Cuando la relación de pacientes en tratamiento no permitía cubrir la muestra asignada al centro para cada uno de los estratos se daba comienzo a la incorporación de las mujeres que estaban en tratamiento por orden inverso a la fecha de admisión a tratamiento. La cuota se completaba con las nuevas admisiones a tratamiento producidas entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre incorporando aleatoriamente al estudio a todas las mujeres sin posibilidad de sustitución, salvo negativa a colaborar en el estudio, minoría de edad o trastornos mentales incapacitantes.

La muestra inicialmente asignada a cada centro (muestra teórica) y la finalmente reclutada por cada uno de ellos se recoge en la Tabla 4.1.

Tabla 4.1. Distribución de muestra teórica y real por estratos y centros.

Provincia	Código	Centro	n Mujeres drogodependientes		n Mujeres alcohólicas		TOTAL n	
			M. teórica	M. Real	M. Teórica	M. Real	M. Teórica	M. Real
MUESTRA ESTRATO N.º 1: CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIOS								
Ávila	1	CAD Cáritas	2	2	0	0	2	2
Burgos	21	CAD Cruz Roja	8	8	1	1	9	9
Burgos	23	Proyecto Hombre	2	3	1	1	3	4
Burgos	25	C. Día Arbu	0	0	13	13	13	13
León	33	CAD Cruz Roja	6	6	1	0	7	6
León	34	Proyecto Hombre	6	2	1	0	7	2
León	37	CAD.Bierzo	2	2	1	1	3	3
León	38	C. BEDA	0	0	6	5	6	5
Palencia	42	CAD S. Juan Dios	2	2	1	1	3	3
Salamanca	52	C. de Día Cáritas	3	3	0	0	3	3
Salamanca	55	CAD Cruz Roja	9	9	0	0	9	9
Segovia	59	CAD Cruz Roja	4	3	1	2	5	5
Soria	70	CAD Cruz Roja	1	1	4	4	5	5
Valladolid	75	Proyecto Hombre	1	1	0	0	1	1
Valladolid	86	CAD Cruz Roja	8	7	5	5	13	12
Valladolid	87	CAD ACLAD	9	9	1	1	10	10
Valladolid	89	C. Alcoh. (ATRA)	0	0	10	9	10	9
Zamora	92	CAD Cáritas	5	5	1	1	6	6
Zamora	96	Proyecto Hombre	1	0	0	0	0	0
Subtotal			69	63	47	44	116	107
MUESTRA ESTRATO N.º 2: CENTROS RESIDENCIALES								
Burgos	23	Fundación Candeal	8	2	0	0	8	2
León	34	Fundación Cals	14	7	0	0	14	7
Palencia	48	C.T. PAMPURI	11	5	0	2	11	7
Palencia	49	C.T. SPIRAL	2	2	0	0	2	2
Palencia	09	CRA Aldama	0	0	11	7	11	7
Salamanca	50	Fundación Alcándara	3	2	0	1	3	3
Zamora	96	Proy. Hombre de Zamora	4	4	0	0	4	4
Zamora	08	CRA San Román	0	0	11	8	11	8
Subtotal			42	22	22	18	64	40
TOTAL MUESTRA			111	85	69	62	180	147

El desfase entre la muestra teórica y real ha sido de 33 casos atribuible, básicamente, a la ausencia de mujeres en tratamiento en la mayoría de los centros residenciales participantes en el estudio en número suficiente para poder completar la cuota inicialmente asignada.

b) Estudio cualitativo:

Este tipo de metodología permite explorar, de forma abierta y no estandarizada, las opiniones, actitudes y experiencias de las mujeres, desde su propia mirada y contexto existencial. La muestra cualitativa es una muestra intencional y sobre perfiles sociales. Se define en función de variables relevantes para el tema y los objetivos del estudio. La idea es que quede representada la diversidad discursiva, esto es, los diferentes puntos de vista y perspectivas en relación con una temática particular. Para la selección de las mujeres que han participado en este estudio se han considerado las siguientes variables: edad, nivel de estudios, si tenían hijos/as o no, la sustancia principal que generó el tratamiento y el tipo de recurso en el que fueron atendidas (ambulatorio/ residencial). Además, en el momento de realizar las entrevistas se requirió información sobre su situación laboral, si tenían o no relación de pareja y sobre su situación de convivencia. Han colaborado mujeres de Burgos, Segovia, Zamora, Palencia, Valladolid y Salamanca.

- E1:** heroína y cocaína, 35 años, estudios secundarios, una hija, casada, vive con su familia, desempleada, tratamiento ambulatorio.
- E2:** heroína y alcohol, 47 años, estudios secundarios, vive con su padre, desempleada, tratamiento ambulatorio.
- E3:** alcohol, 21 años, estudios universitarios, vive con su familia de origen, desempleada, tratamiento ambulatorio y comunidad terapéutica.
- E4:** cocaína, 42 años, estudios primarios, convive con su familia de origen, trabajo remunerado, tratamiento ambulatorio y comunidad terapéutica.
- E5:** psicoestimulantes, 26 años, estudios secundarios, una hija, convive con ésta y su familia de origen, desempleada, tratamiento ambulatorio y comunidad terapéutica.
- E6:** alcohol, 62 años, estudios primarios, dos hijos, casada, vive con su marido, trabajo doméstico, tratamiento ambulatorio.
- E7:** alcohol, 41 años, estudios secundarios, casada, vive con su marido, pensionista, tratamiento ambulatorio.

- E8:** cocaína, 26 años, estudios primarios, una hija, vive con ésta, tiene pareja, desempleada, tratamiento ambulatorio.
- E9:** speed y cocaína, 42 años, estudios secundarios, una hija, vive con ésta, desempleada, tratamiento ambulatorio.
- E10:** hachís, 25 años, estudios universitarios, vive con su familia de origen, desempleada, tratamiento ambulatorio.
- E11:** cocaína y alcohol, 27 años, estudios secundarios, desempleada, comunidad terapéutica.
- E12:** alcohol, 38 años, estudios primarios, 4 hijos, desempleada, casada (en trámites de separación), comunidad terapéutica.
- E13:** alcohol, 48 años, estudios primarios, pensionista, 1 hijo, vive sola, tratamiento ambulatorio y comunidad terapéutica.
- E14:** alcohol, 54 años, estudios primarios, 2 hijos, casada, desempleada, comunidad terapéutica.
- E15:** cocaína, 29 años, estudios universitarios, vive con su familia de origen, desempleada, tratamiento ambulatorio y comunidad terapéutica.
- E16:** heroína, y cocaína, 37 años, estudios primarios, vive con su familia de origen, desempleada, comunidad terapéutica.
- E17:** benzodicepinas y alcohol, 37 años, estudios secundarios, desempleada, comunidad terapéutica.
- E18:** cocaína y heroína, 42 años, estudios primarios, desempleada, centro de día y comunidad terapéutica.

4.2.3. Criterios de inclusión en el estudio

- Diagnóstico de dependencia a alcohol, opiáceos, cocaína, cannabis, anfetaminas, drogas de síntesis o alucinógenos, según criterio de la CIE -10.
- Mujeres de 18 o más años.
- Con residencia habitual en Castilla y León.
- Mujeres admitidas por primera vez a tratamiento o readmitidas a tratamiento de acuerdo con los criterios establecidos en el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías.
- Consentimiento informado de la paciente para la inclusión en el estudio.

Fueron excluidas del estudio:

- Las mujeres menores de edad.
- Las pacientes con enfermedades psiquiátricas graves (depresión severa, psicosis, retraso mental o deterioro cognitivo severo) cuyo estado pudiera distorsionar la calidad de la información recogida y la validez de los datos registrados en los cuestionarios.

Respecto a las mujeres que han participado en el estudio cualitativo es necesario señalar que las seleccionadas habían participado en la fase cuantitativa del estudio, donde a través de un cuestionario se les preguntaba por su disponibilidad a formar parte de una segunda etapa en la que serían entrevistadas. Se contactó, por tanto, con las que respondían a los perfiles buscados y que hubieran respondido positivamente a la posibilidad de participar.

4.2.4. Trabajo de campo

Estudio cuantitativo: El trabajo de campo se desarrolló entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de 2008.

Estudio cualitativo: El trabajo de campo se ha realizado durante los meses de marzo, abril y mayo de 2009. Desde el Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León se conformó una red de captación con profesionales de las Comunidades Terapéuticas y Centros Ambulatorios de la Comunidad para que nos facilitaran el acceso a las usuarias seleccionadas.

4.2.5. Instrumentos de recogida de información

Para la recogida de información en el estudio cuantitativo se utilizaron los siguientes instrumentos estandarizados:

- Hoja de Admisión a Tratamiento (**Anexo 1**).
- Cuestionario sobre cuestiones relevantes del tratamiento, no registradas por los instrumentos estandarizados utilizados para la recogida de información (**Anexo 2**). Una parte del cuestionario (Anexo 2-1) es aplicada por los profesionales de los centros participantes en el estudio y la otra (Anexo 2-2) es autoadministrada.
- Inventario de depresión de Beck –BDI– (**Anexo 3**).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo –STAI E/R– (**Anexo 4**).
- Escala de Autoestima de Rosenberg (**Anexo 5**).

- Inventario de Asertividad de Rathus (**Anexo 6**).
- Inventario de Dependencia Interpersonal de Hirschfeld MA. y cols. (**Anexo 7**).

En el caso del estudio cualitativo la información se ha recogido a través de las entrevistas abiertas, diseñándose una guía de entrevista que abordara los principales temas relacionados con los objetivos de la investigación. (**Anexo 8**).



Resultados del estudio cuantitativo

5

Resultados del estudio cuantitativo

Para conocer la significación de los valores obtenidos en el contexto de la investigación se ha aplicado el Test-T de Proporciones. La significación de los resultados de las variables independientes que aparecen en cabecera (Contraste BC/DEFG/HIJ/KL) han sido testados al 95% (nivel de riesgo 5%) y al 90% (nivel de riesgo 10%). En las tablas que se incluyen en este apartado se registran en mayúsculas, (nivel de riesgo aceptado del 5%) y minúsculas (nivel de riesgo del 10%) los valores donde las diferencias observadas son estadísticamente significativas.

5.1. Características sociodemográficas de las pacientes

a) Edad

La mayoría de mujeres en tratamiento (55,8%) tiene entre 30 y 34 años, siendo similar el porcentaje de mujeres jóvenes (18-29 años) y de mayores de 45 años (Figura 5.1).

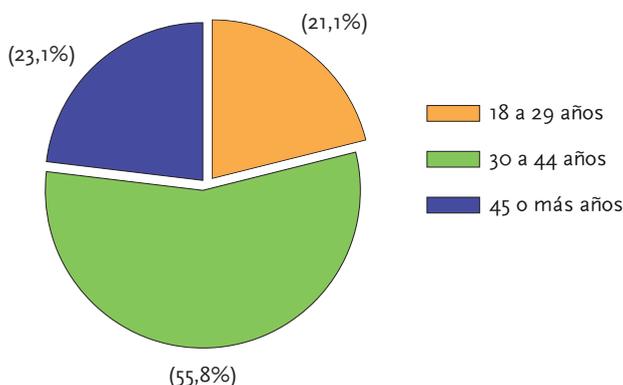


Figura 5.1. Edad de las pacientes (%).

La edad media de las mujeres en tratamiento se sitúa en los 39,0 años, con una desviación típica de 10,0 puntos. La droga principal establece diferencias importantes en la edad de las pacientes, siendo las mujeres atendidas por consumo de alcohol (42,9

años), opiáceos (38,0 años) y cocaína (34,7 años) las que tienen una edad media más elevada. La modalidad de tratamiento (ambulatorio o residencial) y la realización o no de tratamientos previos no introduce diferencias significativas en la edad de las pacientes (Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Edad de las pacientes, según modalidad de tratamiento, droga principal y participación en tratamientos previos (% y medias).

EDAD	TOTAL (A)	Tipo de Tratamiento		Droga principal				Tratamientos previos	
		Residen. (B)	Ambul. (C)	Alcohol (D)	Opioides (E)	Cocaína (F)	Otras (G)	Sí Tto. (K)	No Tto. (L)
18 a 29 años	21,1	20	21,5	14,5	18	28,6	71,4	18,3	27,9
30 a 44 años	55,8	65	52,3	48,4	62	67,9 (d)	28,6	57,7	51,2
45 y más	23,1	15	26,2	37,1 (eF)	20,0 (f)	3,6	-	24	20,9
Base	147	40	107	62	50	28	7	104	43
Media	39,0	37,9	39,3	42,9	38,0	34,7	27,9	39,5	37,8
Desviación	10,0	7,5	10,8	11,1	8,0	7,0	7,5	9,4	11,5

b) Nacionalidad

La presencia de mujeres extranjeras que estaban recibiendo atención era del 3,4% (Figura 5.2), algo menor incluso en el caso de los tratamientos residenciales (2,5% frente al 3,7% de los tratamientos ambulatorios).

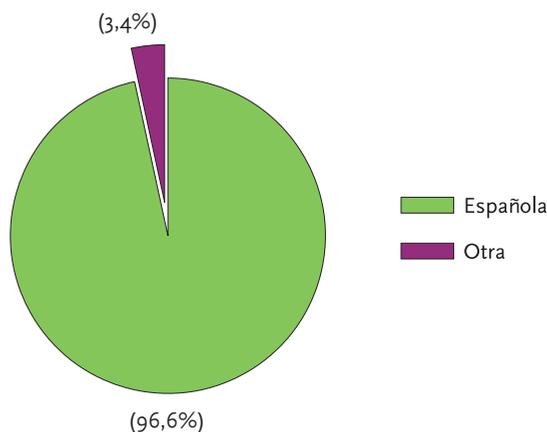


Figura 5.2. Nacionalidad de las pacientes (%).

c) Estado civil

El grueso de las mujeres en tratamiento están solteras (53,1%), siendo similares los porcentajes de casadas y de separadas/divorciadas (Figura 5.3).

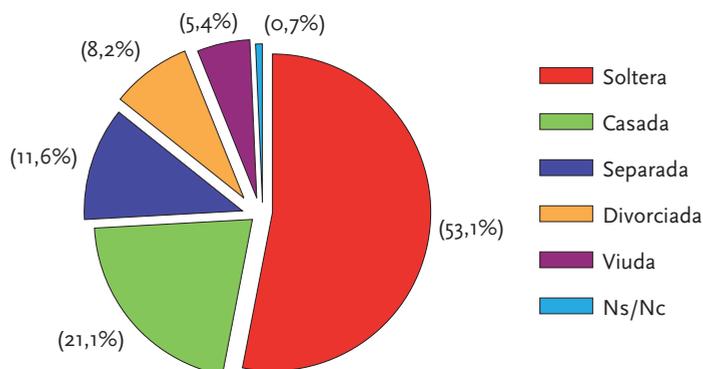


Figura 5.3. Estado civil de las pacientes (%).

El hecho de que aproximadamente una de cada cinco mujeres en tratamiento (19,5%) esté separada o divorciada es un indicador del negativo impacto que, sobre las relaciones de pareja, tienen los problemas de abuso o dependencia a las drogas. Este dato parece avalar la tendencia descrita en varios estudios, según la cual muchas mujeres con problemas de adicción a las drogas son abandonadas por sus parejas.

El tipo de droga principal consumida y la edad introducen algunas diferencias significativas en el estado civil de las pacientes (Tabla 5.2), entre las que destacan:

- Entre las consumidoras de alcohol se observa una mayor presencia de casadas y separadas, en tanto que la presencia de solteras es significativamente más elevada entre las consumidoras de opiáceos y cocaína.
- Entre las pacientes más jóvenes se observa una mayor proporción de solteras, mientras que entre las de mayor edad los porcentajes de divorciadas y viudas superan claramente los niveles existentes entre el conjunto de la muestra.

Tabla 5.2. Estado civil de las pacientes, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y participación en tratamientos previos (% y medias).

ESTADO CIVIL	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Soltera	53,1	55,0	52,3	35,5	64,0 (D)	60,7 (D)	100	90,3 (I)	52,4 (J)	20,6	51,0	58,1
Casada	21,1	12,5	24,3	32,3 (eF)	16,0	10,7	-	3,2	20,7 (H)	38,2 (HI)	17,3	30,2 (K)
Separada	11,6	15	10,3	17,7 (e)	6,0	10,7	-	6,5	12,2	14,7	13,5	7,0
Divorciada	8,2	10	7,5	8,1	6,0	14,3	-	-	8,5 (h)	14,7 (H)	9,6	4,7
Viuda	5,4	5,0	5,6	4,8	8,0	3,6	-	-	4,9	11,8 (h)	7,7	-
Desconocido	0,7	2,5	-	1,6	-	-	-	-	1,2	-	1,1	-
Base	147	40	107	62	50	28	7	31	82	34	104	43

d) Situación laboral

El análisis de la situación laboral de las pacientes confirma la existencia de un bajo nivel de ocupación, puesto que sólo una de cada cinco (19,7%) estaba trabajando durante el tratamiento. El desempleo es la situación laboral dominante, que afecta al 63,2% de las pacientes (Figura 5.4). La presencia de pacientes dedicadas en exclusiva a las tareas del hogar es muy escasa (5,4%).

Resultados del estudio cuantitativo

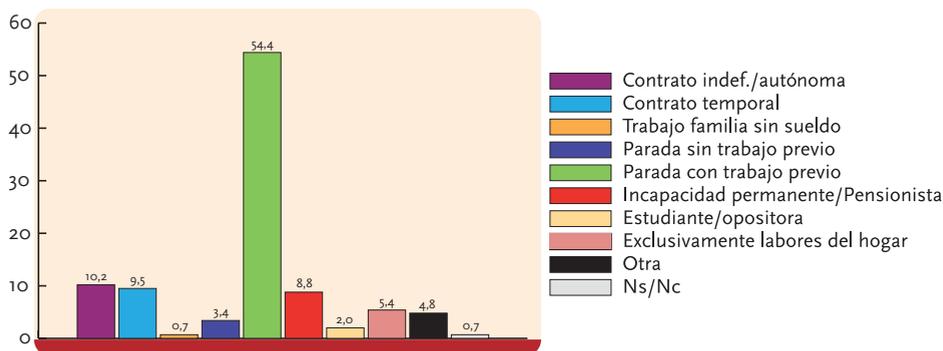


Figura 5.4. Situación laboral de las pacientes (%).

Aunque los niveles de ocupación laboral son muy reducidos, una amplia mayoría de pacientes ha estado incorporada en el pasado de forma activa en el mercado laboral. La presencia de elevado porcentaje de pacientes en situación de desempleo con trabajo previo (54,4%) podría ser el resultado de un doble proceso: la influencia negativa que la adicción a las drogas tiene sobre la actividad laboral de las pacientes (que habría favorecido su expulsión del mercado de trabajo) y la imposibilidad de compaginar la actividad laboral y el tratamiento de las drogodependencias, en especial en el caso de los tratamientos de carácter residencial. Esta influencia vendría avalada por el hecho de que el porcentaje de pacientes en paro con empleo anterior es, entre quienes reciben tratamiento residencial, 13,1 puntos porcentuales superior al de las tratadas ambulatoriamente.

La modalidad de tratamiento, la droga principal, la edad y la realización de tratamientos previos introducen algunas diferencias significativas en la situación laboral de las mujeres en tratamiento (Tabla 5.3):

- El trabajo con contrato indefinido o como autónomas es más prevalente entre las pacientes de más edad.
- El porcentaje de mujeres trabajando con contratos temporales es más elevado entre aquellas que participan en tratamientos ambulatorios.
- Las situaciones de desempleo con trabajo previo son más prevalentes entre las pacientes que siguen tratamientos residenciales, las consumidoras de opiáceos o cocaína y las más jóvenes.
- Las situaciones de invalidez permanente/pensionistas son más frecuentes entre las mujeres de mayor edad y aquellas que han realizado tratamientos previos.
- La dedicación exclusiva a las tareas del hogar es más prevalente entre las consumidoras de alcohol, las pacientes de mayor edad y quienes no han realizado tratamientos previos.

Tabla 5.3. Situación laboral de las pacientes, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y participación en tratamientos previos (%).

SITUACIÓN LABORAL	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
C. Indefinido o autónomo	10,2	7,5	11,2	12,9	6,0	10,7	14,3	-	12,2 (H)	14,7 (H)	8,7	14
Contrato temporal	9,5	2,5	12,1 (b)	8,1	8,0	17,9	-	9,7	9,8	8,8	9,6	9,3
T. sin sueldo para familia	0,7	2,5	-	1,6	-	-	-	-	1,2	-	1,0	-
Parada sin trab. previo	3,4	-	4,7	3,2	6,0	-	-	3,2	2,4	5,9	3,8	2,3
Parada con trab. Previo	54,4	67,5 (c)	49,5	43,5	60,0 (d)	64,3 (d)	71,4	67,7 (j)	61,0 (j)	26,5	55,8	51,2
Inv. Perman. o pensionista	8,8	10	8,4	9,7	12	3,6	-	-	8,5 (h)	17,6 (H)	11,5 (L)	2,3
Estudiante u opositora	2,0	2,5	1,9	1,6	-	3,6	14,3	6,5	1,2	-	1,9	2,3
Labores hogar en exclusiva	5,4	-	7,5 (b)	12,9 (Ef)	-	-	-	3,2	1,2	17,6 (HI)	2,9	11,6 (K)
Otra	4,8	7,5	3,7	6,5	6,0	-	-	9,7 (I)	1,2	8,8 (I)	4,8	4,7
Ns/Nc	0,7	-	0,9	-	2,0	-	-	-	1,2	-	-	-
Base	147	40	107	62	50	28	7	31	82	34	104	43

e) Fuente principal de ingresos

La ayuda de la familia y/o de la pareja (33,3%), las prestaciones sociales o por desempleo (32,0%) y los ingresos procedentes de la actividad laboral (19,7%) constitu-

yen las principales fuentes de ingresos de las mujeres que permanecen en tratamiento (Figura 5.5). Estos datos ponen de relieve que al menos una de cada tres mujeres depende económicamente de su familia o pareja.

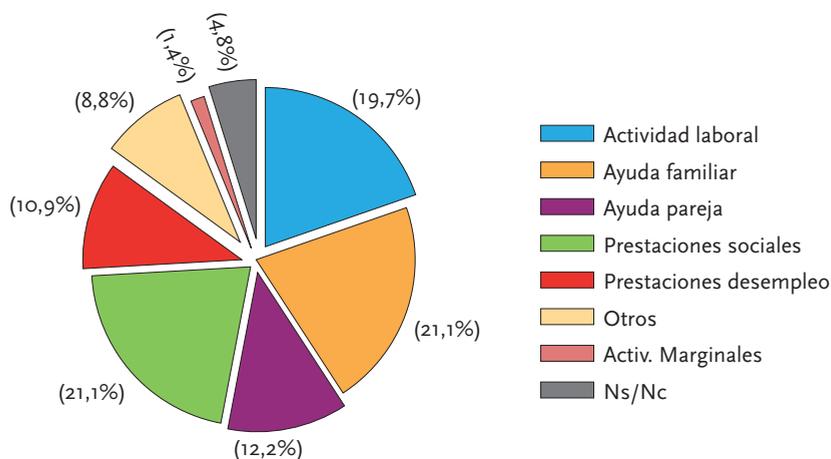


Figura 5.5. Fuente principal de ingresos de las pacientes (%).

La modalidad de tratamiento, la droga principal y la edad introducen algunas diferencias significativas en la procedencia de los ingresos de las pacientes, no así el hecho de haber realizado o no tratamientos previos (Tabla 5.4). Las mujeres que siguen tratamientos ambulatorios y las de 30 a 44 años tienen en mayor proporción la actividad laboral y las prestaciones por desempleo como fuente principal de ingresos. Por su parte, aquellas que siguen tratamientos residenciales, las tratadas por problemas con la cocaína y las más jóvenes son quienes con mayor frecuencia dependen de la ayuda familiar.

Tabla 5.4. Fuente principal de ingresos de las pacientes, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y participación en tratamientos previos (%).

FUENTE INGRESOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Actividad laboral	19,7	10,0	23,4 (b)	24,2	16,0	21,4	-	9,7	24,4 (H)	17,6	18,3	23,3
Ayuda familiar	21,1	45,0 (C)	12,1	14,5	18	39,3 (DE)	28,6	48,4 (IJ)	18,3 (J)	2,9	22,1	18,6
Ayuda de la pareja	12,2	7,5	14,0	17,7 (F)	14,0 (F)	-	-	6,5	12,2	17,6	10,6	16,3
Actividades marginales	1,4	-	1,9	-	4,0	-	-	3,2	1,2	-	1,0	2,3
Prestaciones sociales	21,1	15	23,4	21,0	28,0	14,3	-	-	17,1 (H)	50,0 (HI)	23,1	16,3
Prestaciones desempleo	10,9	2,5	14,0 (B)	8,1	8	10,7	57,1	12,9	13,4 (j)	2,9	11,5	9,3
Otros	8,8	12,5	7,5	12,9	4,0	10,7	-	9,7	8,5	8,8	8,7	9,3
Desconocido	4,8	7,5	3,7	1,6	8,0	3,6	14,3	9,7 (j)	4,9	-	4,8	4,7
Base	147	40	107	62	50	28	7	31	82	34	104	43

f) Máximo nivel de estudios completados

El 61,2% de las mujeres completaron estudios secundarios de primera etapa o superiores, frente al 28,6 % que sólo completaron la Enseñanza Primaria y al 7,5% que cursaron estos últimos estudios sin concluirlos. Destacar que al menos una de cada diez mujeres (el 10,9%) en tratamiento cuenta con estudios universitarios (Figura 5.6).

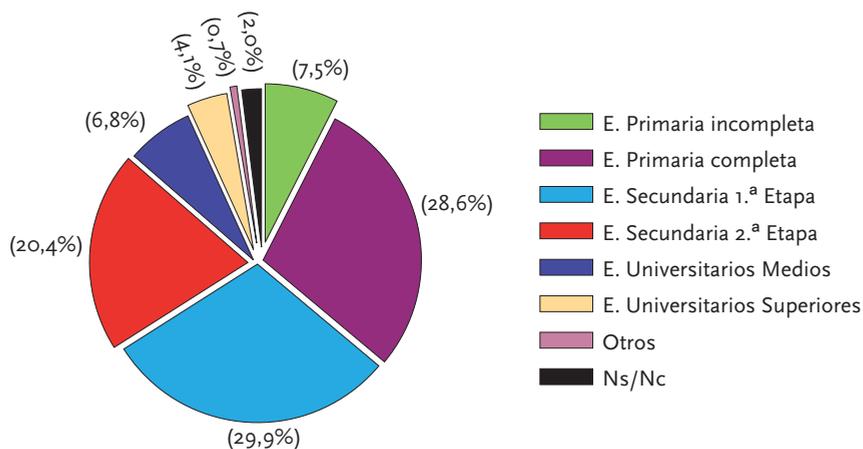


Figura 5.6. Nivel de estudios completados (%).

Apenas existen diferencias en el nivel de estudios completados por las pacientes en función de las variables independientes que vienen siendo analizadas (Tabla 5.5).

Tabla 5.5. Máximo nivel de estudios completados por las pacientes, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y participación en tratamientos previos (%).

ESTUDIOS COMPLETADOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opíac. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
E. Primaria incompleta	7,5	17,5 (C)	3,7	4,8	14,0 (d)	3,6	-	3,2	7,3	11,8	9,6	2,3
E. Primaria completa	28,6	22,5	30,8	37,1	24	21,4	14,3	25,8	25,6	38,2	26,9	32,6
E. Secundaria 1.ª Etapa	29,9	27,5	30,8	25,8	36,0	25,0	42,9	38,7 (j)	31,7	17,6	32,7	23,3
E. Secundaria 2.ª Etapa	20,4	17,5	21,5	17,7	20,0	28,6	14,3	19,4	20,7	20,6	19,2	23,3
E. Universitarios Medios	6,8	10,0	5,6	9,7 (e)	2,0	7,1	14,3	9,7	6,1	5,9	6,7	7,0
E. Universitarios Superiores	4,1	5,0	3,7	4,8	-	10,7 (E)	-	4,9	5,9	2,9	7,0	-
Otros	0,7	-	0,9	-	-	-	14,3	-	1,2	-	1,0	-
Desconocido	2,0	-	2,8	-	4,0	3,6	-	3,2	2,4	-	1,0	4,7
Base	147	40	107	62	50	28	7	31	82	34	104	43

5.2. Características del tratamiento

Los CAD (47,6%) y las comunidades terapéuticas (17,0%) son los centros donde realizan el tratamiento la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio. Globalmente el 72,8% de las mujeres incluidas en el estudio siguen tratamiento en centros ambulatorios, frente al 27,2% que lo hace en centros residenciales (Figura 5.7).

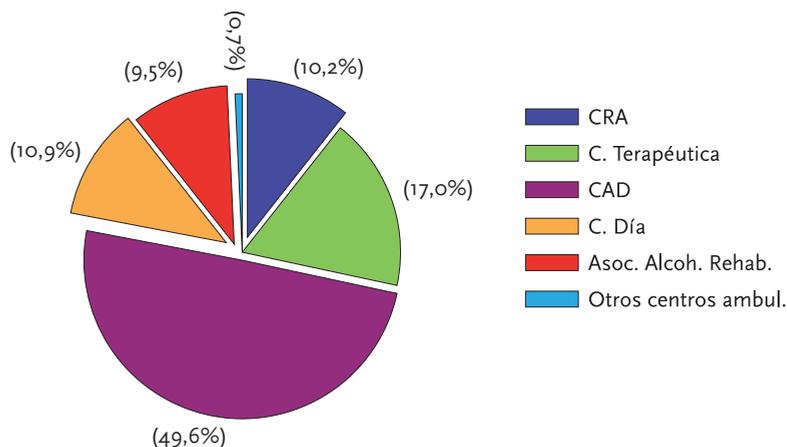


Figura 5.7. Tipo de centro donde realizan el tratamiento las pacientes (%).

a) Vía de acceso al tratamiento

La iniciativa de las propias pacientes (36,7%) constituye la principal fuente de referencia o vía principal de acceso al tratamiento (Figura 5.8) seguida, a bastante distancia, de la derivación desde otro servicio de atención a las drogodependencias (18,4%), los familiares o amigos/as (16,3%) y los hospitales o centros de salud (14,3%).

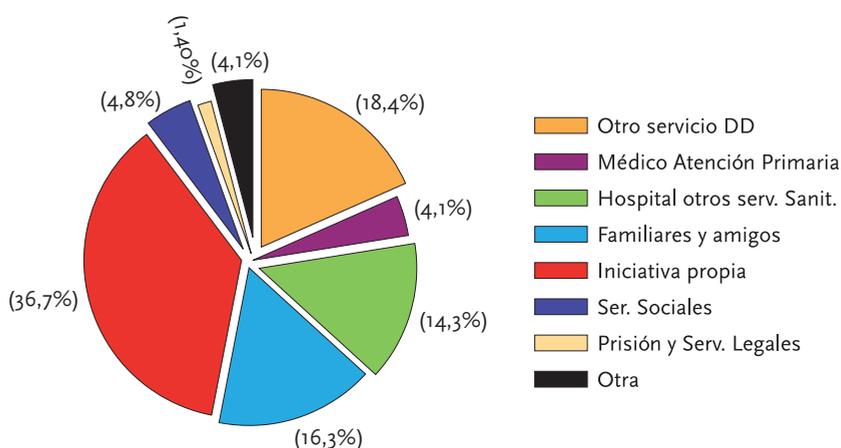


Figura 5.8. Vía principal de acceso de las pacientes al tratamiento (%).

Existen importantes diferencias en la vía de acceso al tratamiento en función de la modalidad ambulatoria o residencial del mismo (algo lógico teniendo en consideración que el acceso a los servicios residenciales se realiza en la mayoría de los casos mediante derivación desde otro servicio asistencial), la droga principal, la edad y la realización o no de tratamientos previos (Tabla 5.6):

- Entre las mujeres que participan en tratamientos ambulatorios el acceso al tratamiento por iniciativa propia es muy superior al de las aquellas que permanecen en servicios residenciales, quienes registran mayores niveles de acceso por derivación desde otros servicios de tratamiento de las drogodependencias y desde hospitales o servicios de salud.
- Entre las mujeres cuya droga principal es el alcohol es más prevalente el acceso mediante derivación desde los servicios de Atención Primaria de Salud y desde hospitales u otros servicios de salud. Por su parte, entre las mujeres admitidas por consumo de opiáceos y cocaína el acceso por iniciativa propia es claramente superior al de las mujeres con problemas con el alcohol.
- Entre los casos previamente tratados el acceso por derivación desde otro servicio de atención a las drogodependencias alcanza mayores frecuencias que entre los casos que no han realizado tratamientos previos, grupo este último donde el acceso por sugerencia de la familia o amigos resulta mucho más frecuente.

Tabla 5.6. Vía principal de acceso al tratamiento, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y participación en tratamientos previos (%).

VÍA PRINCIPAL ACCESO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Otro servicio Tto. Drogodepend.	18,4	35,0 (C)	12,1	11,3	30,0 (D)	14,3	14,3	19,4	19,5	14,7	24,0 (L)	4,7
Médico general, A. Primar. Salud	4,1	2,5	4,7	9,7 (Ef)	-	-	-	-	2,4	11,8 (hl)	4,8	2,3
Hospital u otros ser. de salud	14,3	25	10,3	25,8 (E)	2,0	10,7	14,3	16,1	11	20,6	15,4	11,6
Ser. Sociales	4,8	-	6,5	8,1	2,0	3,6	-	-	7,3	2,9	3,8	7,0
Prisión, reforma o internado	0,7	2,5	-	-	2,0	-	-	-	1,2	-	1,0	-
Servicios legales o policiales	0,7	-	0,9	-	-	-	14,3	3,2	-	-	1	-
Familiares o amigos/as	16,3	17,5	15,9	19,4	10,0	17,9	28,6	29,0 (ij)	14,6	8,8	10,6	30,2 (K)
Iniciativa propia	36,7	17,5	43,9 (B)	19,4	54,0 (D)	46,4 (D)	28,6	25,8	40,2	38,2	36,5	37,2
Otra	4,1	-	5,6	6,5 (e)	-	7,1 (e)	-	6,5	3,7	2,9	2,9	7,0
Base	147	40	107	62	50	28	7	31	82	34	104	43

b) Realización de tratamientos previos

La mayoría de las pacientes (70,7%) habían sido previamente tratadas por problemas de adicción a las drogas. Entre las mujeres que realizan tratamientos de carácter residencial y las que tienen a los opiáceos como droga principal la realización de tratamientos previos registra unas prevalencias del 87,5% y del 84,0%, respectivamente (Tabla 5.7).

Tabla 5.7. Realización de tratamientos previos, según modalidad de tratamiento, droga principal y edad (%).

TRATAMIENTO PREVIO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD		
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)
SÍ	70,7	87,5 (D)	64,5	69,4	84 (dF)	57,1	42,9	61,3	73,2	73,5
NO	29,3	12,5	35,5	30,6	16	42,9	57,1	38,7	26,8	26,5

De las 104 pacientes previamente tratadas, el 73,2% había realizado múltiples intentos para intentar superar sus problemas con las drogas: el 35,6% había realizado entre 2 y 3 tratamientos con anterioridad y el 37,5% 4 o más (Figura 5.9).

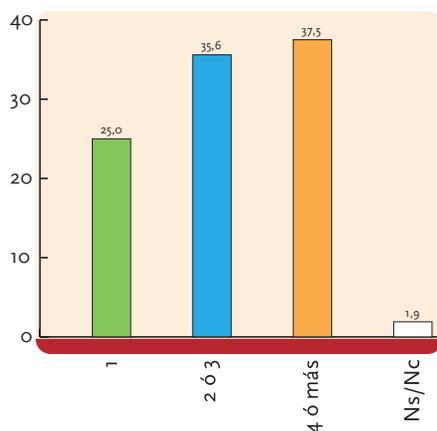


Figura 5.9. Número de tratamientos previos (%). Base: 104 pacientes que han realizado tratamientos previos por su adicción a las drogas.

Como promedio las mujeres previamente tratadas han realizado 3,93 tratamientos previos, unos valores sensiblemente superiores entre las pacientes que realizan tratamientos residenciales, las consumidoras de opiáceos como droga principal y las que tienen entre 30 y 44 años (Tabla 5.8).

Tabla 5.8. Número de tratamientos previos realizados, según modalidad de tratamiento, droga principal y edad (% y medias).

Base: 104 pacientes previamente tratadas.

TRATAMIENTOS PREVIOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD		
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)
1	25,0	20,0	27,5	16,3	26,2	43,8 (D)	33,3	36,8 (i)	16,7	36,0 (i)
2 ó 3	35,6	40,0	33,3	51,2 (EF)	26,2	12,5	66,7	42,1	36,7	28
4 ó más veces	37,5	37,1	37,7	32,6	45,2	37,5	-	21,1	43,3 (h)	36
Ns/Nc	1,9	2,9	1,4	-	2,4	6,3	-	-	3,3	-
Base	102	34	68	43	41	15	3	19	58	25
Media	3,9	5,0	3,3	3,7	4,2	4,0	2,0	2,7	4,5	3,3
Desviación	3,8	5,4	2,5	3,7	3,4	5,0	0,8	2,2	4,3	3,0

El tipo de centros donde las pacientes previamente tratadas realizaron los mismos fueron principalmente:

Tabla 5.9. Lugar donde realizaron los tratamientos previos, según modalidad de tratamiento y droga principal. Base: 104 pacientes previamente tratadas. (Respuesta múltiple, la suma de porcentajes supera el 100%).

LUGAR DE TRATAMIENTO	TOTAL		MODALIDAD TRATAMIENTO		DROGA PRINCIPAL			
			Residen- cial	Ambula- torio	Alcohol	Opiáceos	Cocaína	Otras
	N.º	%	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
C. Ambulat.	45	43,3	12	33	17	18	8	2
C. Día	12	11,5	8	4	7	1	4	0
P. Sust. Opiáceos	21	20,2	3	18	0	18	3	0
UDH	14	13,5	5	9	3	9	2	0
C. Terapéut.	38	36,5	15	23	9	23	5	1
UTA	3	2,9	2	1	3	0	0	0
Hosp. Unidad Psiquiatría	30	28,8	13	17	24	3	3	0
Asoc. Alcoh.	17	16,3	9	8	15	2	0	0
CRA	9	8,6	3	6	8	1	0	0
C. Penintenc.	3	2,9	3	0	0	2	1	0
Otro	10	9,6	2	8	4	3	2	1
TOTAL	202	—	75	127	90	80	28	4

Los antecedentes de tratamientos previos por abuso o dependencia de la misma droga por la que las pacientes están siendo tratadas actualmente se reducen hasta el 60,5%. Ni la modalidad de tratamiento ni la edad introducen variaciones significativas en la frecuencia de los tratamientos previos por la misma droga. Por el contrario, estos antecedentes son muy superiores entre las pacientes que están siendo tratadas por dependencia a opiáceos y significativamente más reducidos entre quienes reciben tratamiento por dependencia a cocaína (Tabla 5.10).

Tabla 5.10. Antecedentes de tratamientos previos por abuso o dependencia a la misma droga por la que están siendo atendidas actualmente las pacientes, según modalidad de tratamiento, droga principal y edad (%).

TRATAMIENTO PREVIO MISMA DROGA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD		
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)
SÍ	60,5	67,5	57,9	61,3	70,0 (F)	46,4	42,9	54,8	64,6	55,9
NO	38,1	30	41,1	38,7	26	53,6 (E)	57,1	45,2	34,1	41,2
Desconocido	1,4	2,5	0,9	-	4	-	-	-	1,2	2,9

c) Período de cadencia hasta el inicio del tratamiento

Como se ha señalado en la introducción, diversos estudios apuntan que las mujeres demoran la demanda de asistencia para superar los problemas con las drogas, como consecuencia de diversos factores de tipo social y cultural o por la existencia de especiales dificultades para el acceso al tratamiento. Por este motivo, interesa conocer cuanto tiempo transcurre desde que las pacientes se iniciaron al consumo de la droga principal por la que están siendo tratadas en la actualidad, así como a su consumo problemático, hasta que acceden por primera vez a tratamiento.

Indicar que como media transcurren 15,0 años desde el inicio al consumo de la droga principal y la incorporación por primera vez a tratamiento (Tabla 5.11). Este intervalo es sensiblemente más dilatado entre las pacientes cuya droga principal es el alcohol (22,0 años) y los de mayor edad (23,38 años).

Tabla 5.11. Tiempo transcurrido desde el inicio al consumo de la droga principal y la admisión por primera vez a tratamiento (años), según modalidad de tratamiento, droga principal y edad (% y medias). Base: pacientes que no han realizado tratamientos previos.

TIEMPO TRANSCURRIDO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD		
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)
0 a 1 años	12,5	-	15,9	8,3	30,8	6,7	-	21,4	3,6	21,4
2 a 4 años	10,7	16,7	9,1	4,2	7,7	20	25	28,6	7,1	-
5 a 9 años	17,9	16,7	18,2	8,3	23,1	20	50	35,7	14,3	7,1
10 a 14 años	10,7	8,3	11,4	4,2	7,7	26,7 (d)	-	14,3	14,3	-
15 o más años	42,9	50	40,9	70,8 (F)	23,1	20	25	-	53,6	64,3
Ns/Nc	5,4	8,3	4,5	4,2	7,7	6,7	-	-	7,1	7,1
Base	53	11	42	23	12	14	4	14	26	13
Media	15,0	17,0	14,4	22,0	9,9	9,0	11,0	4,7	16,3	23,3
D. Típica	12,0	11,0	12,2	12,1	10,4	6,7	9,0	3,6	9,1	14,7

Por su parte, pasan 8,0 años como media desde que las pacientes se iniciaron al consumo problemático de la droga principal y su incorporación por primera vez a tratamiento (Tabla 5.12). Este intervalo es sensiblemente superior entre las pacientes atendidas en servicios residenciales (13,6 años). Por el contrario, entre las pacientes admitidas por consumo de cocaína como droga principal ese período es de 5,57 años, sensiblemente más reducido que en las restantes sustancias.

Tabla 5.12. Tiempo transcurrido desde el inicio al consumo problemático de la droga principal y la admisión por primera vez a tratamiento (años), según tipo de tratamiento, droga principal y edad (% y medias). Base: pacientes no tratados previamente.

TIEMPO TRANSCURRIDO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD		
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)
0 a 1 años	17,9	-	22,7	16,7	30,8	13,3	-	21,4	10,7	28,6
2 a 4 años	28,6	25,0	29,5	25,0	23,1	33,3	50,0	35,7	28,6	21,4
5 a 9 años	19,6	8,3	22,7	25,0	7,7	20,0	25,0	35,7	14,3	14,3
10 a 14 años	10,7	16,7	9,1	4,2	7,7	26,7 (d)	-	7,1	14,3	7,1
15 o más años	17,9	41,7	11,4	25,0 (F)	23,1	-	25	-	25	21,4
Ns/Nc	5,4	8,3	4,5	4,2	7,7	6,7	-	-	7,1	7,1
Base	53	11	42	23	12	14	4	14	26	13
Media	7,9	13,5	6,5	9,5	7,7	5,5	8,0	4,2	9,6	8,6
D. Típica	8,2	9,4	7,2	10,0	8,1	4,2	5,9	3,0	8,5	10,1

Estos datos confirman que discurre un largo período de tiempo desde que las pacientes se iniciaron al consumo de la droga principal y/o instauraron un patrón de consumo problemático hasta que accedieron por primera vez a tratamiento. Sirva como confirmación el hecho 28,6% llevaban más de 10 años consumiendo la droga principal de manera problemática cuando fueron admitidas a tratamiento y que un 17,9% llevaba 15 o más años manteniendo esta conducta (Figura 5.10).

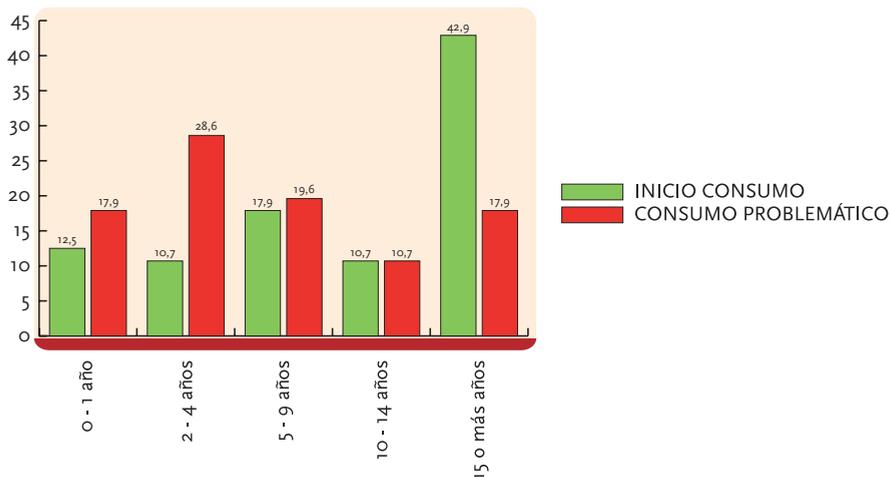


Figura 5.10. Tiempo transcurrido desde el inicio al consumo de la droga principal y a su consumo problemático y la admisión por primera vez a tratamiento (%).

El tiempo medio (años) que transcurre desde que las pacientes se iniciaron al consumo de la droga principal o a su consumo problemático hasta que reciben por primera vez tratamiento especializado es aún más dilatado en el caso de sustancias como el alcohol (Figura 5.11).

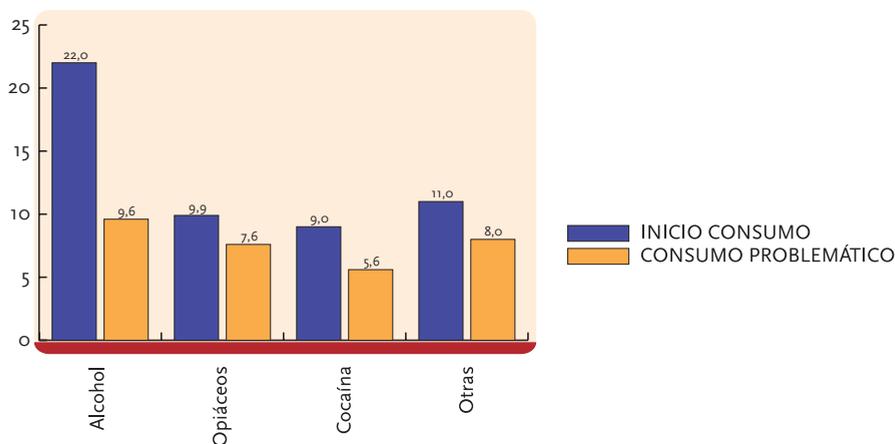


Figura 5.11. Tiempo transcurrido desde el inicio al consumo de la droga principal y a su consumo problemático y la admisión por primera vez a tratamiento (medias en años), según sustancias.

d) Modalidad de tratamiento

La distribución de pacientes según la modalidad de tratamiento (Tabla 5.12) está condicionada por la distribución de la muestra, al igual que ocurre con la droga principal, con cuotas preestablecidas para el caso del alcohol y de las drogas ilícitas en su conjunto.

Tabla 5.12. Modalidad de tratamiento, según droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

MODALIDAD TRATAMIENTO	TOTAL (A)	DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Alcohol (D)	Opiáceos (E)	Cocaína (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Ambulatoria	72,8	69,4	84,0 (dF)	53,6	100	74,2	68,3	82,4	66,3	88,4 (K)
Residencial	27,2	30,6 (e)	16,0	46,4 (E)	-	25,8	31,7	17,6	33,7 (L)	11,6
Base	147	62	50	28	7	31	82	34	104	43

e) Tiempo de permanencia en el tratamiento

Las mujeres participantes en el estudio llevaban en tratamiento por sus problemas de dependencia a las drogas 10,8 meses de promedio (Tabla 5.13). El tiempo de permanencia en el tratamiento es significativamente superior entre las pacientes que realizan tratamientos ambulatorios (12,4 meses de media) y las que consumen opiáceos como droga principal (14,4 meses). La realización o no de tratamientos previos no condiciona de manera significativa los valores de la variable.

Tabla 5.13. Tiempo en tratamiento de las participantes en el estudio, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

TIEMPO EN TRATAMIENTO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Menos de 1 mes	10,2	15	8,4	12,9	4,0	17,9 (E)	-	16,1 (j)	11	2,9	13,5 (L)	2,3
2 a 3 meses	19,7	37,5 (C)	13,1	25,8 (e)	12,0	25,0	-	16,1	22,0	17,6	21,2	16,3
4 a 5 meses	8,8	10	8,4	11,3	6,0	10,7	-	12,9 (i)	3,7	17,6 (l)	9,6	7
6 a 11 meses	25,9	20	28	22,6	28	21,4	57,1	22,6	29,3	20,6	20,2	39,5 (K)
12 a 17 meses	12,9	5	15,9 (b)	6,5	20,0 (D)	7,1	42,9	19,4	12,2	8,8	12,5	14,0
18 a 23 meses	5,4	5	5,6	9,7 (e)	2,0	3,6	-	6,5	4,9	5,9	1,9	14,0 (K)
24 o más meses	15,0	5,0	18,7 (B)	11,3	26,0 (DF)	7,1	-	6,5	13,4	26,5 (Hi)	18,3 (I)	7,0
Desconocido	2,0	2,5	1,9	-	2,0	7,1 (D)	-	-	3,7	-	2,9	-
Base	144	39	105	62	49	26	7	31	79	34	101	43
Media (meses)	10,79	6,5	12,38	9,38	14,35	7,37	11,07	8,97	10,37	13,41	10,67	11,06
Desv. Típica	9,75	7,55	10,02 (B)	9,46	10,45 (DF)	8,41	2,97	8,22	9,53	11,17 (h)	10,5	7,8

Aproximadamente dos de cada tres pacientes (63,9%) llevan menos de un año en tratamiento, mientras que el 15% supera los dos años (Figura 5.12).

Resultados del estudio cuantitativo

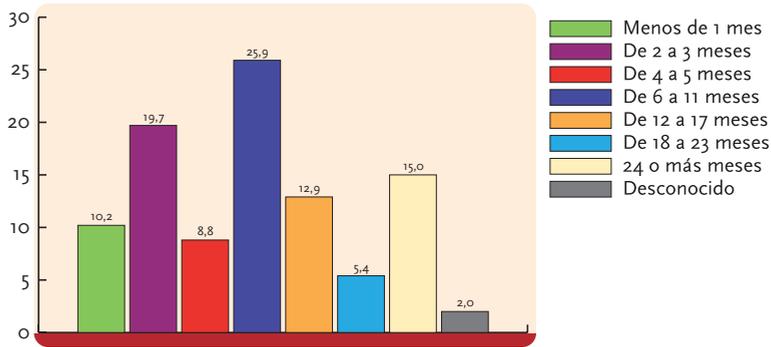
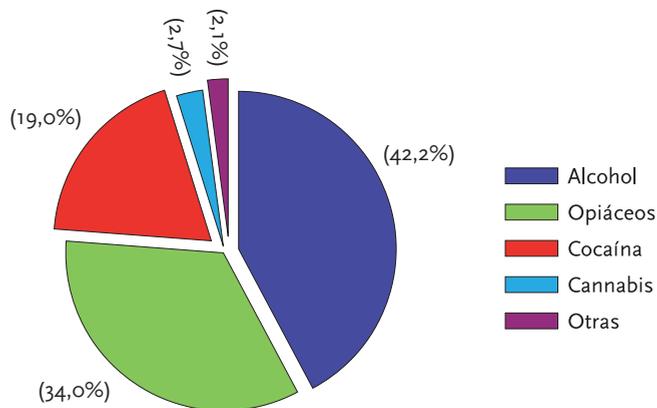


Figura 5.12. Tiempo de permanencia en el tratamiento, por intervalos (%).

5.3. Características del consumo mantenido por las pacientes

a) Droga principal que motiva el tratamiento

El alcohol (42,2%), los opiáceos (34,0%) y la cocaína (19,0%) son las drogas principales por las que las mujeres incluidas en el estudio reciben tratamiento (Figura 5.13).



(*) La categoría otras incluye: anfetaminas (0,7%), Otros estimulantes (0,7%) e hipnóticos/sedantes (0,7%).

Figura 5.13. Droga principal por la que reciben tratamiento las pacientes (%).

La modalidad de tratamiento, la edad y la realización o no de tratamientos previos introducen variaciones significativas en la droga principal que motiva el tratamiento (Tabla 5.14):

- Entre las pacientes que siguen tratamientos residenciales la cocaína tiene un mayor peso, mientras que entre quienes siguen tratamientos ambulatorios la prevalencia de los opiáceos es superior.
- Entre las pacientes más jóvenes la cocaína y el cannabis registran prevalencias más elevadas, mientras que entre las de más edad es mayor el peso del alcohol.
- Entre los pacientes previamente tratados es mayor el peso de los opiáceos como droga principal, en tanto que entre los admitidos por primera vez a tratamiento lo es el peso de la cocaína y el cannabis.

Tabla 5.14. Droga principal que motiva el tratamiento, según modalidad de tratamiento, edad y realización de tratamientos previos (%).

DROGA PRINCIPAL	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Amb. (C)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Opiáceos	34,0	20,0	39,3 (B)	29	37,8	29,4	40,4 (L)	18,6
Cocaína	19,0	32,5 (C)	14,0	25,8 (I)	23,2 (I)	2,9	15,4	27,9 (K)
Otras	2,1	0,0	2,7	3,2	2,4	0,0	2,0	2,3
Cannabis	2,7	-	3,7	12,9 (II)	-	-	1,0	7,0 (K)
Alcohol	42,2	47,5	40,2	29	36,6	67,6 (HI)	41,3	44,2
Base	147	40	107	31	82	34	104	43

(*) La categoría otras incluye: anfetaminas (0,7%), Otros estimulantes (0,7%) e hipnóticos/sedantes (0,7%).

b) Frecuencia de consumo de la droga principal

El patrón de consumo de la droga principal dominante entre las pacientes durante los 30 días previos a su admisión a tratamiento era el consumo diario o cuasi-diario, que mantenían aproximadamente dos de cada tres pacientes (63,9%), seguido del consumo

entre 1 y 3 veces por semana, presente en el 11,5% de las pacientes. Destacar la existencia de un 17,7% de mujeres que no consumieron la droga principal en el período indicado (Figura 5.14).

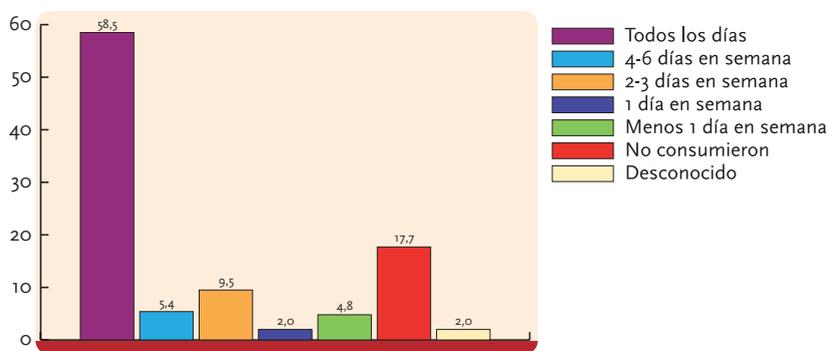


Figura 5.14. Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento (%).

Las pacientes que consumían opiáceos como droga principal y las de mayor edad son quienes registran las mayores frecuencias de consumo diario. Por su parte, quienes realizan tratamientos de tipo residencial y aquellas previamente tratadas son quienes con mayor frecuencia no consumieron la droga principal en los 30 días previos a la admisión (Tabla 5.15).

Tabla 5.15. Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y participación en tratamientos previos (%).

FRECUENCIA DE CONSUMO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Todos los días	58,5	47,5	62,6	59,7 (F)	70,0 (F)	32,1	71,4	48,4	57,3	70,6 (h)	59,6	55,8
4-6 días semana	5,4	2,5	6,5	4,8	4,0	7,1	14,3	16,1	1,2	5,9	4,8	7,0
2-3 días semana	9,5	10	9,3	12,9 (E)	2	17,9 (E)	-	12,9	9,8	5,9	5,8	18,6 (K)
1 día /semana	2,0	2,5	1,9	1,6	3,6	14,3	-	3,7	-	1	4,7	-
Menos de un 1 día/semana	4,8	5,0	4,7	-	4,0	17,9 (DE)	-	-	7,3	2,9	4,8	4,7
No consumió	17,7	30,0 (C)	13,1	21,0	16,0	17,9	-	22,6	18,3	11,8	22,1 (L)	7,0
Desconocido	2,0	2,5	1,9	-	4,0	3,6	-	-	2,4	2,9	1,9	2,3
Base	147	40	107	62	50	28	7	31	82	34	104	43

c) Edad de inicio al consumo de la droga principal

La edad media de inicio al consumo de la droga principal se sitúa para el conjunto de las mujeres participantes en el estudio en los 21,3 años de media, sin que la modalidad de tratamiento o la realización o no de tratamientos previos introduzcan diferencias significativas en la misma.

La edad de inicio al consumo varía de forma importante según el tipo de droga principal, siendo la categoría “otras drogas”, donde el peso mayoritario está en el cannabis, la que registra la edad media de inicio más temprana (16,14 años). Por su parte, la edad de inicio al consumo más tardía se registra entre las pacientes admitidas por consumo de cocaína (24,85 años) como droga principal (Tabla 5.16).

Por lo que se refiere a la edad de inicio al consumo problemático de la droga principal señalar que la misma se situó, para el conjunto de la muestra, en los 26,93 años como promedio, cinco años más tarde que la edad del primer consumo.

Tabla 5.16. Edad de inicio al consumo de la droga principal y a su consumo problemático, según sustancias (% y medias).

EDAD INICIO CONSUMO	EDAD INICIO CONSUMO DROGA PRINCIPAL					EDAD INICIO CONSUMO PROBLEMÁTICO				
	TOTAL (A)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	TOTAL (A)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)
Menos 18 años	40,8	56,5 (EF)	26,0	21,4	85,7	17,0	14,5	20,0	10,7	42,9
18 a 24 años	28,6	22,6	40,0 (D)	25	14,3	29,3	21,0	40,0 (D)	25,0	42,9
25 a 29 años	13,6	11,3	14,0	21,4	-	19,0	21,0	14,0	25,0	14,3
30 a 34 años	7,5	3,2	6,0	21,4 (DE)	-	10,9	11,3	6,0	21,4 (E)	-
35 a 39 años	3,4	-	8,0 (D)	3,6	-	8,2	8,1	10	7,1	-
40 o más años	3,4	4,8	2,0	3,6	-	12,2	22,6 (EF)	6,0	3,6	-
Desconocido	2,7	1,6	4,0	3,6	-	3,4	1,6	4	7,1	-
Base	143	61	48	27	7	-	-	-	-	-
Media (años)	21,31	19,23	22,71	24,85	16,14	26,93	29,87	24,6	26,5	18,86
D. Típica	8,5	9,21	7,52 (D)	7,73 (D)	3,44	10,65	12,73 (E)	8,64	7,54	4,02

La comparación de las edades medias de inicio al consumo de la droga principal y de la instauración de un patrón de consumo problemático de las diferentes sustancias (Figura 5.15) pone de relieve algunos datos de interés:

- El alcohol es la droga en la que el inicio al consumo problemático resulta más tardío (da comienzo a los 29,87 años de media), ello a pesar de que el contacto de las pacientes que tienen esta sustancia como droga principal se produce a una edad temprana. Existe pues un período medio de 10,64 años desde que se inicia el consumo hasta que se instaura el consumo problemático.
- Para el resto de las drogas el tiempo que transcurre desde el inicio del consumo y la instauración de los consumos problemáticos es muy breve, situándose como media en 1,65 años en el caso de la cocaína, en 1,89 años en los opiáceos y en 2,72 años en el del resto de sustancias.

Estos datos vendrían a confirmar las evidencias aportadas por diferentes investigaciones, que señalan que la instauración de los procesos adictivos entre las mujeres es muy rápida.

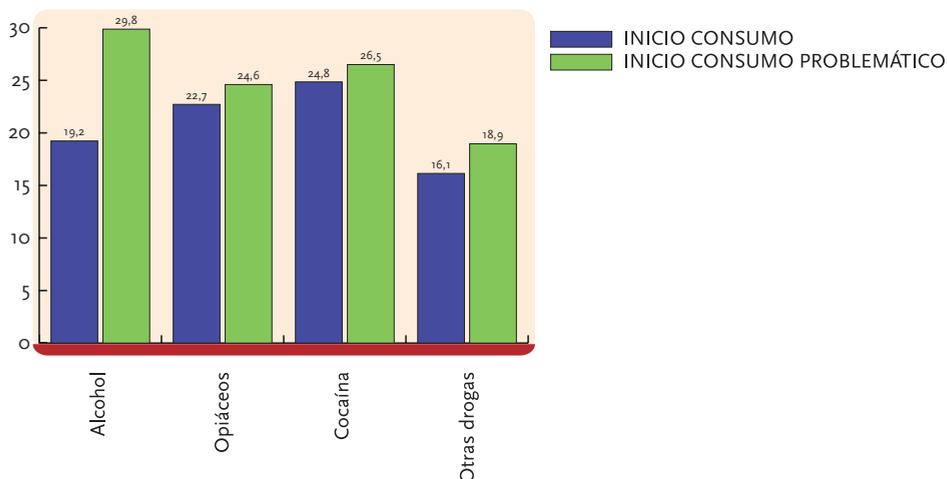


Figura 5.15. Edades medias de inicio al consumo de la droga principal y a su consumo problemático, según sustancias (años).

d) Consumo de otras drogas previo a la admisión a tratamiento

El consumo de otras drogas distintas del tabaco o el alcohol, secundarias a la droga principal que motivó la última admisión a tratamiento, es una conducta mantenida por casi la mitad de las pacientes objeto de estudio. Este dato confirma la presencia de un patrón de policonsumo de drogas en muchas de las mujeres admitidas a tratamiento por dependencia a drogas, más acusado entre las consumidoras de opiáceos o de otras drogas distintas del alcohol o la cocaína (Tabla 5.17).

Así pues, el tipo de droga principal condiciona la presencia de consumos de drogas secundarias en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, de manera que el 38,0% de las pacientes cuya droga principal son los opiáceos consumieron cocaína, el 26,0% otras sustancias y el 14,0% hipnóticos y sedantes. De igual modo, el 21,4% de las mujeres admitidas a tratamiento por consumo de cocaína como droga principal consumieron opiáceos, además de otras sustancias no estimulantes diferentes de los hipnóticos y sedantes.

Tabla 5.17. Consumo de otras drogas, distintas de la droga principal, en los 30 días previos a la admisión a tratamiento, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización o no de tratamientos previos (% y medias).

DROGAS SECUNDARIAS CONSUMIDAS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SI (K)	NO (L)
Opiáceos	5,4	15,0 (C)	1,9	1,6	2,0	21,4 (DE)	-	6,5	7,3	-	7,7 (I)	-
Cocaína	17,7	10	20,6	8,1	38,0 (DF)	-	28,6	25,8 (J)	19,5 (J)	5,9	22,1 (L)	7,0
Otros estimulantes	4,8	2,5	5,6	3,2	2,0	7,1	28,6	22,6 (JJ)	-	-	2,9	9,3 (K)
Hipnóticos y sedantes	6,1	7,5	5,6	1,6	14,0 (D)	3,6	-	9,7	6,1	2,9	7,7	2,3
Otras sustancias	21,1	17,5	22,4	8,1	26,0 (D)	35,7 (D)	42,9	41,9 (U)	18,3	8,8	18,3	27,9
No consumió más sustancias	51,7	55	50,5	75,8 (EF)	28,0	46,4	28,6	32,3	50,0 (h)	73,5 (HI)	47,1	62,8 (K)
Desconocido	6,1	10,0	4,7	4,8	10,0	3,6	-	-	7,3	8,8 (h)	6,7	4,7

La ausencia de consumos de otras sustancias psicoactivas es especialmente significativa entre las mujeres admitidas a tratamiento por consumo de alcohol como droga principal (75,8%), las de edad más avanzada (73,5%) y entre aquellas que se incorporan por primera vez a tratamiento (62,8%).

e) Consumo de alcohol durante el último mes

El consumo de alcohol durante el último mes previo a la admisión a tratamiento es una conducta bastante generalizada, que habría mantenido en 33,3% de las encuestadas en los días laborables y el 38,2% en los fines de semana. A pesar de la existencia de un alto porcentaje de valores desconocidos, al menos el 23,7% de las pacientes mantenían un patrón de consumo abusivo de alcohol (7 o más UBES diarias) en los días laborables y un 27,3% en los fines de semana en el mes previo a la incorporación a tratamiento (Tabla 5.18).

Tabla 5.18. Consumo diario de alcohol (expresado en Unidades Básicas Estándar de alcohol) en días laborables y fines de semana durante el último mes, según droga principal (%).

CONSUMO DIARIO	DÍAS LABORABLES					FINES DE SEMANA				
	TOTAL (A)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	TOTAL (A)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)
1 a 2 UBES (Ligero)	5,4	-	8,0 (D)	3,6	42,9	4,8	1,6	6	7,1	14,3
3-6 UBES (Moderado)	4,1	3,2	4,0	7,1	-	6,1	3,2	2	14,3 (dE)	28,6
7 a 8 UBES	5,4	9,7 (e)	2	3,6	-	4,8	6,5	4	3,6	-
9 a 12 UBES	6,1	12,9 (E)	-	3,6	-	8,2	17,7 (Ef)	-	3,6	-
Más de 12 UBES	12,2	29,0 (EF)	-	-	-	14,3	33,9 (EF)	-	-	-
No consumió	29,9	16,1	32,0 (d)	53,6 (De)	42,9	27,9	12,9	34,0 (D)	46,4 (D)	42,9
Desconocido	36,9	29,0	54,0 (DF)	28,6	14,3	33,9	24,2	54,0 (DF)	25,0	14,3

(*) En sombreados los consumos considerados como abusivos.

El análisis de esta variable resulta complejo dado que la información procede de la hoja de admisión a tratamiento que los centros ambulatorios, no los residenciales, cumplan en el momento de producirse la admisión al mismo, y son muchos los valores desconocidos.

A pesar de ello es posible establecer una tipología de bebedoras, en función de su consumo medio diario de alcohol durante el último mes, diferenciada para días laborables y fines de semana. Esta tipología, elaborada sobre la base de las pacientes con valores conocidos, permite constatar la presencia de un 37,3% de bebedoras abusivas, de ellas un 29,1% de bebedoras de gran riesgo (con consumos superiores a 9 UBES día), en los días laborables. Por su parte, los porcentajes de bebedoras abusivas y de gran riesgo en los fines de semana se sitúan, respectivamente, en el 41,2% y el 34,0% (Figura 5.16).

Resultados del estudio cuantitativo

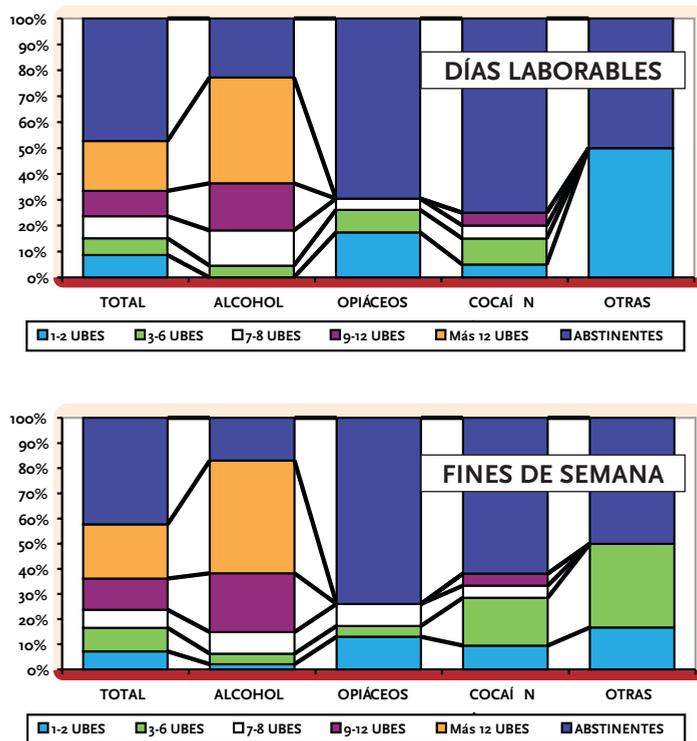


Figura 5.16. Tipología de bebedoras, en función del consumo diario de alcohol, durante el último mes previo a la incorporación a tratamiento, según droga principal (%). Base: pacientes con valores conocidos (93 en días laborables y 97 en fines de semana).

5.4. Patología orgánica asociada al consumo

a) Contacto con la infección por VHA, VHB y VHC

El contacto de las pacientes con la hepatitis A, B y C registra importantes prevalencias, en especial en el caso del VHC (21,1%). Señalar que la existencia de unos elevados porcentajes de valores desconocidos, que oscilan del 32,7% en el caso del VHC al 43,5% en el del VHA, hace previsible que el impacto real de la infección por hepatitis sea superior al registrado (Figura 5.17).

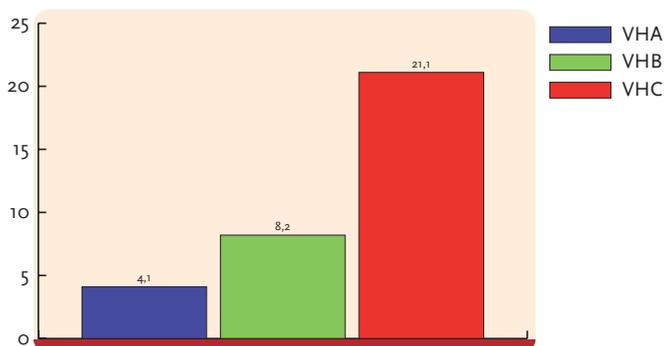


Figura 5.17. Pacientes que han estado en contacto con la infección por VHA, VHB y VHC (%).

La prevalencia de este tipo de enfermedades infecciosas es especialmente elevada entre las pacientes consumidoras de opiáceos como droga principal, entre quienes alcanza valores del 8,0%, el 16,0% y el 42,0%, respectivamente, para el VHA, VHB y VHC (Tabla 5.19).

Tabla 5.19. Prevalencia de la infección por VHA, VHB y VHC, según droga principal (%).

TIPO DE INFECCIÓN	TOTAL (A)	DROGA PRINCIPAL			
		Alcohol (D)	Opiáceos (E)	Cocaína (F)	Otras (G)
MARCADORES INFECCIÓN HEPATITIS A					
SÍ	4,1	3,2	8,0	—	—
NO	52,4	62,9 (E)	34,0	51,7 (e)	71,4
Desconocido	43,5	33,9	58,0 (D)	42,9	28,6
MARCADORES INFECCIÓN HEPATITIS B					
SÍ	8,2	3,2	16,0 (D)	7,1	—
NO	54,4	67,7 (E)	32,0	60,7 (E)	71,4
Desconocido	37,4	29,0	52,0 (Df)	32,1	28,6
MARCADORES INFECCIÓN HEPATITIS C					
SÍ	21,1	9,7	42,0 (DF)	14,3	—
NO	46,3	62,9 (E)	18,0	50,0 (E)	85,7
Desconocido	32,7	27,4	40,0	25,7	14,3

b) Infección por VIH/Sida

El 7,5% de las pacientes que están en tratamiento están infectadas por el VIH/SIDA, si bien existe un 27,9% de casos con valores desconocidos, lo que puede hacer que la prevalencia de la infección sea algo mayor (Figura 5.18).

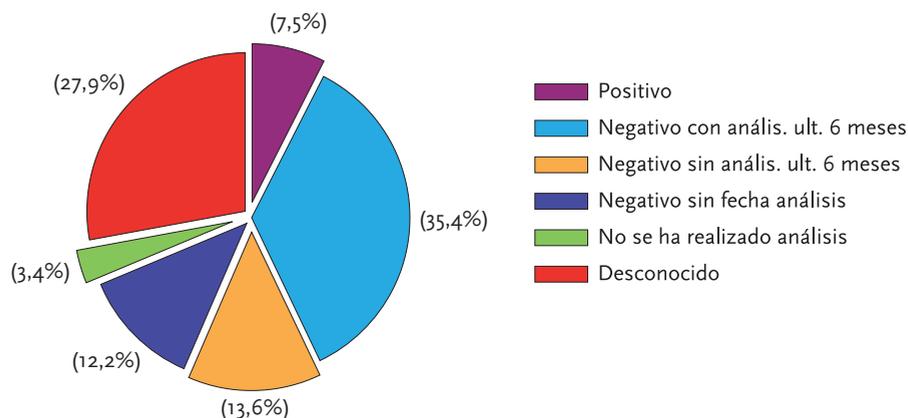


Figura 5.18. Infección por VIH/SIDA entre las pacientes incluidas en el estudio (%).

Al igual que en los marcadores de la hepatitis, también en este caso las pacientes consumidoras de opiáceos registran las mayores prevalencias de la infección por VIH/Sida (14,0%), ello a pesar de concentrar el mayor porcentaje de valores desconocidos (Tabla 5.20).

Tabla 5.20. Estado sexológico frente al VIH/Sida, según droga principal (%).

INFECCIÓN POR VIH/SIDA	TOTAL (A)	DROGA PRINCIPAL			
		Alcohol (D)	Opiáceos (E)	Cocaína (F)	Otras (G)
Positivo	7,5	3,2	14,0 (D)	7,1	—
Negativo con análisis últimos 6 meses	35,4	73,1	28,0	42,9	42,9
Negativo sin análisis últimos 6 meses	13,6	8,1	16,0	17,9	28,6
Negativo sin fecha de análisis	12,2	22,6 (EF)	4,0	3,6	14,3
No se ha realizado análisis	3,4	—	—	14,3 (DE)	14,3
Desconocido	27,9	29,0	38,0 (F)	14,3	—

Por su parte el 3,4% de las pacientes ha desarrollado el SIDA. Las pacientes con SIDA se concentran en exclusiva entre las consumidoras de opiáceos, grupo en el que la prevalencia de la enfermedad alcanza el 8,0%, y de cocaína (3,6%). Destacar que en el 25,9% de los casos la presencia de la enfermedad resulta desconocida.

c) Infecciones de transmisión sexual

Únicamente el 1,4% de las pacientes presenta alguna infección de transmisión sexual, si bien en aproximadamente un tercio (34,7%) se desconoce esta circunstancia (Tabla 5.21). Estas infecciones se concentran entre las pacientes cuya droga principal es la cocaína u otras drogas diferentes del alcohol y los opiáceos y las menores de 45 años.

Tabla 5.21. Prevalencia de las infecciones de transmisión sexual, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización o no de tratamientos previos (%).

PRESENCIA ITS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	1,4	2,5	0,9	-	-	3,6	14,3	3,2	1,2	-	1,0	2,3
No	63,9	87,5 (C)	55,1	82,3 (E)	40,0	67,9 (E)	57,1	61,3	64,6	64,7	63,5	65,1
Desconocido	34,7	10,0	43,9 (B)	17,7	60,0 (DF)	28,6	28,6	35,5	34,1	35,3	35,6	32,6

d) Infección tuberculosa

Tan sólo el 1,4% de las pacientes ha tenido un contacto reciente con la infección tuberculosa (últimos 12 meses) soportado en un diagnóstico de certeza, mientras que la prevalencia de la infección tuberculosa antigua (más de 12 meses) con diagnóstico de certeza alcanza una prevalencia del 3,4%. No obstante, los valores desconocidos para la infección tuberculosa reciente y antigua son muy elevados, situándose, respectivamente, en el 42,2% y el 44,9% (Tabla 5.22).

Tabla 5.22. Prevalencia de la infección tuberculosa reciente y antigua, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización o no de tratamientos previos (%).

INFECCIÓN TUBERCULOSA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
INFECCIÓN RECIENTE (Últimos 12 meses)												
Diagnostico de certeza	1,4	5,0 (C)	-	3,2	-	-	-	-	1,2	2,9	1,9	-
No	56,5	77,5 (C)	48,6	75,8 (Ef)	30,0	57,1 (E)	71,4	58,1	56,1	55,9	55,8	58,1
Desconocido	42,2	17,5	51,4 (B)	21,0	70,0 (DF)	42,9 (D)	28,6	41,9	42,7	41,2	42,3	41,9
INFECCIÓN ANTIGUA (Más de 12 meses)												
Diagnostico de certeza	3,4	2,5	3,7	3,2	4,0	3,6	-	-	3,7	5,9	4,8	-
En estudio	0,7	2,5	-	1,6	-	-	-	-	1,2	-	1,0	-
No	51,0	62,5 (c)	46,7	62,9 (E)	30,0	53,6 (E)	85,7	51,6	53,7	44,1	49	55,8
Desconocido	44,9	32,5	49,5	32,3	66,0	42,9	14,3	48,4	41,5	50,0	45,2	44,2

Los contactos frecuentes con la infección tuberculosa son más prevalentes entre las pacientes atendidas en servicios residenciales (5,0%), precisamente el grupo donde se registran menos valores desconocidos, dado que uno de los requisitos para el ingreso en centros residenciales es descartar la presencia de enfermedades infecciosas mediante pruebas diagnósticas recientes. Indicar que todos los casos de infecciones recientes con diagnóstico de certeza se concentran entre las pacientes atendidas por problemas de alcoholismo, categoría de sustancia donde los valores desconocidos son más reducidos.

No se ha detectado ningún caso en que las pacientes hubieran desarrollado la enfermedad tuberculosa en fechas recientes o antigua, si bien los valores desconocidos para esta variable alcanzan el 46,3% y el 42,2%, respectivamente.

e) Patología orgánica asociada al alcoholismo

En el momento de la admisión a tratamiento un 17,7% de las pacientes admitidas por consumo de alcohol como droga principal presentaban algún tipo de patología orgánica asociada al alcoholismo (Tabla 5.23). La prevalencia de este tipo de patología es muy superior entre los casos previamente tratados (23,3%).

Tabla 5.23. Prevalencia de patología orgánica asociada al alcoholismo, según modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización o no de tratamientos previos (%).

PATOLOGÍA ORGÁNICA ASOCIADA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	17,7	21,1	16,3	17,7	-	-	-	11,1	16,7	21,7	23,3 (I)	5,3
No	59,7	63,2	58,1	59,7	-	-	-	66,7	63,3	52,2	53,5	73,7
Desconocido	22,6	15,8	25,6	22,6	-	-	-	22,2	20	26,1	23,3	21,1

5.5. Conductas de riesgo

La presencia de enfermedades infecciosas entre la población drogodependiente aparece estrechamente asociada al mantenimiento de distintas prácticas de riesgo, fundamentalmente relacionadas con los patrones de consumo de drogas y los comportamientos sexuales. Por esta razón se ha estudiado la prevalencia, entre las pacientes objeto de observación, de determinadas conductas de riesgo como el uso de la vía intravenosa, el intercambio de favores sexuales por droga, el ejercicio de la prostitución y las prácticas sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativos.

a) Utilización de la vía parenteral o inyectada

El análisis de la vía de administración de la droga principal más frecuentemente utilizada en los últimos 30 días previos a la incorporación al tratamiento confirma el papel secundario que tiene la vía parenteral o inyectada, sólo utilizada por el 2,0% de las pacientes. El uso de esta vía se circunscribe a las pacientes cuya droga principal son los opiáceos o la cocaína, con unas prevalencias del 4,0% y el 3,6%, respectivamente (Tabla 5.24).

Tabla 5.24. Vía de administración de la droga principal, según sustancias (%).

VIA HABITUAL DE ADMINISTRACIÓN DROGA PRINCIPAL	TOTAL (A)	DROGA PRINCIPAL			
		Alcohol (D)	Opiáceos (E)	Cocaína (F)	Otras (G)
Oral	40,8	93,5 (EF)	-	-	28,6
Pulmonar o fumada	36,7	-	82,0 (DF)	32,1 (D)	57,1
Intranasal o esnifada	14,3	1,6	2,0	64,3 (DE)	14,3
Parentenal o inyectada	2,0	-	4,0	3,6	-
Otra	2,0	1,6	4	-	-
Desconocida	4,1	3,2	8,0	-	-

No obstante las experiencias inyectoras son más frecuentes de lo que podría esperarse, ya que al menos el 21,2% de las pacientes se ha inyectado en alguna ocasión para consumir cualquier tipo de sustancias psicoactiva. Sin embargo, las experiencias inyectoras recientes (menos de 12 meses) se reducen drásticamente, registrando una prevalencia del 4,1% (Figura 5.19).

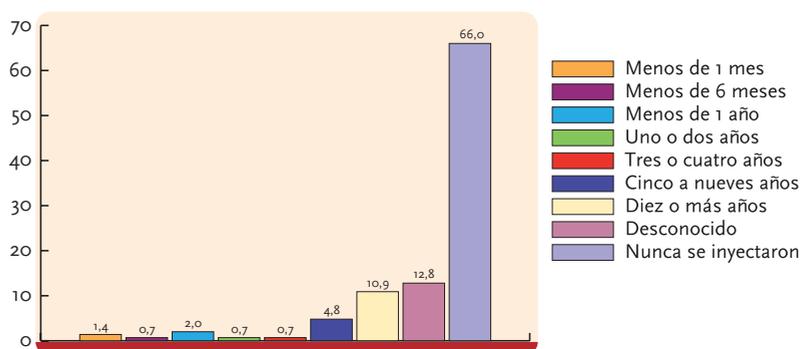


Figura 5.19. Tiempo transcurrido desde la última inyección (%).

Aunque el porcentaje de pacientes que se han inyectado alguna vez sustancias psicoactivas es muy superior entre aquellas que consumen opiáceos como droga principal (40%), al menos una de cada diez (11,2%) mujeres en tratamiento por problemas con el alcohol se han inyectado sustancias psicoactivas en alguna ocasión (Tabla 5.25). La droga principal, la edad y la realización o no de tratamientos previos introducen diferencias significativas en la prevalencia de experiencias inyectoras. Las pacientes más jóvenes, las que consumen cocaína y alcohol y aquellas que no han realizado tratamientos previos son quienes en menor proporción han mantenido este tipo de prácticas.

Tabla 5.25. Tiempo transcurrido desde que se inyectaron cualquier sustancia psicoactiva, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

TIEMPO DESDE ÚLTIMA INYECCIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SI (K)	NO (L)
Menos de un mes	1,4	2,5	0,9	-	2,0	3,6	-	-	2,4	-	1,9	-
Menos de 6 meses	0,7	-	0,9	-	2,0	-	-	-	1,2	-	1,0	-
Menos de un año	2,0	-	2,8	1,6	4,0	-	-	-	3,7	-	2,9	-
1 ó 2 años	0,7	2,5	-	-	2,0	-	-	-	1,2	-	1,0	-
3 ó 4 años	0,7	-	0,9	1,6	-	-	-	-	1,2	-	1,0	-
5 a 9 años	4,8	5,0	4,7	3,2	8,0	3,6	-	-	7,3	2,9	6,7 (I)	-
10 ó más años	10,9	10	11,2	4,8	22,0 (DF)	3,6	14,3	-	13,4 (H)	14,7 (H)	12,5	7,0
Nunca se inyectó	66,0	62,5	67,3	75,8 (E)	42,0	82,1 (E)	85,7	96,8 (I)	53,7	67,6	59,6	81,4 (K)
Desconocido	12,9	17,5	11,2	12,9	18,0	7,1	-	3,2	15,9 (h)	14,7	13,5	11,6

b) Intercambio de favores sexuales por droga y ejercicio de la prostitución

Existen múltiples referencias clínicas que apuntan que un número importante de mujeres drogodependientes han accedido en algún momento a mantener relaciones sexuales a cambio de drogas o han optado por ejercer la prostitución como vía para financiar su consumo. Lo cierto es que la sensibilidad del tema hace que fueran prácticamente inexistentes los estudios epidemiológicos que aportaran datos sobre la extensión de este tipo de prácticas.

Por este motivo, y en el marco del cuestionario autoadministrado por las pacientes que han colaborado en el presente estudio, se preguntó directamente a las pacientes en tratamiento por su relación con este tipo de prácticas.

Los resultados obtenidos muestran que aproximadamente una de cada tres pacientes (32,0%) reconoce haber mantenido en algún momento de sus vida relaciones sexuales a cambio de drogas (Tabla 5.26). Variables como la droga principal o la realización de tratamientos previos introducen algunas diferencias significativas en la frecuencia de estas prácticas, que registran las prevalencias más elevadas entre las consumidoras de opiáceos (52,0%) y cocaína (42,9%) y aquellas que han sido previamente tratadas (39,4%).

Tabla 5.26. Prevalencia de los contactos sexuales a cambio de droga a lo largo de la vida, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

CONTACTOS SEXUALES POR DROGA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	32,0	30,0	32,7	12,9	52 (D)	42,9 (D)	14,3	29	36,6	23,5	39,4	14,0
No	64,6	62,5	65,4	83,9 (EF)	44,0	53,6	85,7	64,5	59,8	76,5 (I)	55,8	86,0
Desconocido	3,4	7,5 (c)	1,9	3,2	4,0	3,6	-	6,5	3,7	-	4,8	-

Aunque en porcentajes más reducidos, el ejercicio de la prostitución con la finalidad de financiar la adicción es una práctica que reconoce haber mantenido el 23,1% de las pacientes. Las mujeres consumidoras de opiáceos como droga principal (44,0%) y aquellas que han sido previamente tratadas son quienes con mayor frecuencia han ejercido la prostitución (Tabla 5.27).

Tabla 5.27. Prevalencia del ejercicio de la prostitución como vía para financiar la adicción a lo largo de la vida, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

EJERCICIO DE LA PROSTITUCIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	23,1	27,5	21,5	9,7	44,0 (DF)	17,9	14,3	25,8	24,4	17,6	29,8 (L)	7,0
No	73,5	65	76,6	87,1 (E)	52	78,6 (E)	85,7	67,7	72,0	82,4	65,4	93,0 (K)
Desconocido	3,4	7,5 (c)	1,9	3,2	4,0	3,6	-	6,5	3,7	-	4,8	-

c) Relaciones sexuales con parejas ocasionales sin protección

Tres de cada diez pacientes (29,9%) señala haber mantenido en alguna ocasión a lo largo de su vida relaciones sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativos (Figura 5.20).

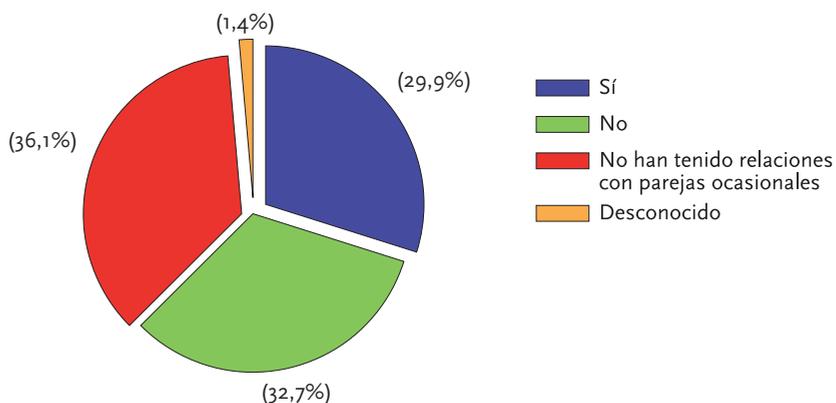


Figura 5.20. Prevalencia de las relaciones sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativos (%).

La edad y la realización de tratamientos previos son variables que introducen variaciones significativas en las prevalencias de estas prácticas sexuales de riesgo. Así, las pacientes más jóvenes (51,6%) y aquellas que han sido tratadas previamente (34,6%) son quienes con mayor frecuencia han mantenido este tipo de conductas (Tabla 5.28).

Tabla 5.28. Prevalencia de las relaciones sexuales con parejas ocasionales sin preservativos, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

CONTACTOS SEXUALES SIN PROTECCIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	29,9	35,0	28,0	30,6	20,0	35,7	71,4	51,6 (I)	25,6	20,6	34,6 (L)	18,6
No	32,7	42,5	29,0	29,0	36,0	42,9	-	22,6	40,2 (Hj)	23,5	32,7	32,6
No mantuvieron estas relaciones	36,1	20	42,1 (B)	40,3 (f)	40,0	21,4	28,6	22,6	32,9	55,9 (HI)	30,8	48,8 (K)
Desconocido	1,4	2,5	0,9	-	4,0	-	-	3,2	1,2	-	1,9	-

5.6. Situación familiar y relaciones familiares

a) Modo de convivencia

La convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento con la pareja, bien en exclusiva con ésta (23,8%), bien junto con los hijos e hijas (16,3%), era el modo de convivencia preponderante entre las pacientes, seguida de la convivencia con la familia de origen (31,3%). Destacar la presencia de un 11,6% de mujeres que viven solas y de otro 4,8% que lo hacen con la única compañía de sus hijos e hijas (Figura 5.21).

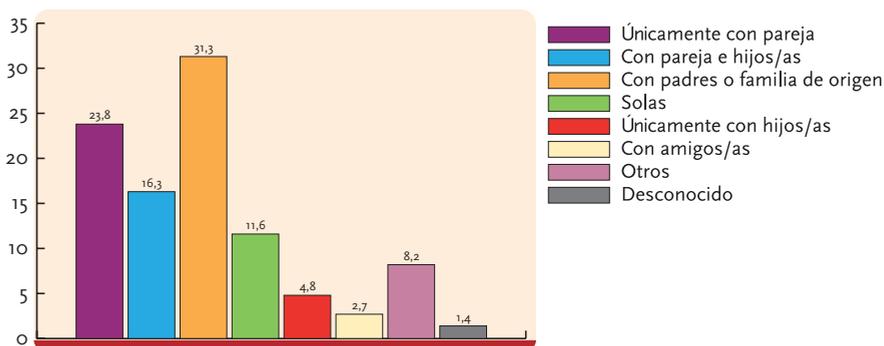


Figura 5.21. Modo de convivencia de las pacientes incluidas en el estudio, en los 30 días previos a su admisión a tratamiento (%).

Las variables tipo de tratamiento, droga principal, edad y la realización o no de tratamientos previos introducen algunas variaciones significativas en el modo de convivencia, entre las que cabe mencionar (Tabla 5.29):

- Entre las pacientes que siguen tratamientos residenciales resulta más frecuente la convivencia con la familia de origen, en tanto que la convivencia en exclusiva con la pareja lo es entre quienes siguen tratamientos ambulatorios.
- Las pacientes de mayor edad viven solas (23,5%) o en exclusiva con sus hijos/as (14,7%) con una frecuencia muy superior a la del resto de la muestra.

Tabla 5.29. Modo de convivencia de las pacientes, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

MODO DE CONVIVENCIA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sola	11,6	12,5	11,2	11,3	10,0	14,3	14,3	9,7	7,3	23,5 (I)	14,4 (I)	4,7
Únicamente con pareja	23,8	10,0	29,0 (B)	21,0	34,0 (f)	14,3	14,3	12,9	22	38,2 (Hi)	25	20,9
Únicamente con hijos/as	4,8	5,0	4,7	8,1	2,0	-	14,3	-	2,4	14,7 (Hi)	1,9	11,6 (K)
Con pareja e hijos/as	16,3	12,5	17,8	19,4	16,0	14,3	-	6,5	23,2 (Hj)	8,8	12,5	25,6 (K)
Con padres o familia de origen	31,3	45,0 (C)	26,2	27,4	24	46,4 (dE)	57,1	54,8 (Ij)	31,7 (I)	8,8	32,7	27,9
Con amigos/as	2,7	5,0	1,9	1,6	2,0	7,1	-	3,2	3,7	-	2,9	2,3
Otros	8,2	10,0	7,5	11,3	8,0	3,6	-	9,7	8,5	5,9	10,6 (I)	2,3
Desconocido	1,4	-	1,9	-	4,0	-	-	3,2	1,2	-	-	4,7 (K)

b) Lugar de residencia

La mayoría de las pacientes (87,8%) residía en casas, pisos o apartamentos en los 30 días previos a su admisión a tratamiento. Por su parte, el 4,8% carecía alojamiento estable (un 4,1% vivía en un alojamiento inestable y/o precario y un 0,7% lo hacía en pensiones u hostales) y otro 4,8% estaba institucionalizada (Figura 5.22).

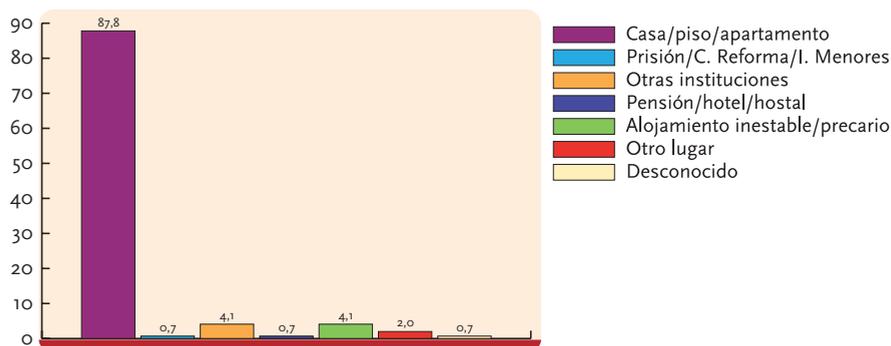


Figura 5.22. Lugar de residencia de las pacientes incluidas en el estudio, en los 30 días previos a su admisión a tratamiento (%).

Ni la modalidad de tratamiento, ni la droga principal, ni la edad o la realización o no de tratamientos previos introducen variaciones significativas en el lugar de convivencia de las pacientes.

c) Presencia de pareja drogodependiente

Los estudios realizados para conocer los factores asociados a las conductas de abuso o dependencia a las drogas entre las mujeres coinciden en destacar que muchas de ellas se inician al consumo o continúan el mismo a partir de relaciones con parejas adictas (DAWSON, DA. 1996). La dependencia afectiva de la pareja, muy intensa entre las mujeres con problemas de adicción a las drogas, explica porqué muchas mujeres decidan compartir experiencias de consumo con su pareja, como vía para lograr su aceptación y una mayor vinculación (PANTOJA, L. 2007).

Por su parte, la codependencia o dependencia simultánea a las drogas de los dos miembros de la pareja es señalada en el ámbito de la clínica de las adicciones como un factor que condiciona negativamente la evolución de las personas que participan en procesos terapéuticos para superar las adicciones a sustancias.

En este sentido, debe destacarse el hecho de que al menos una de cada cuatro pacientes (26,5%) tiene una pareja que también es drogodependiente (Figura 5.23).

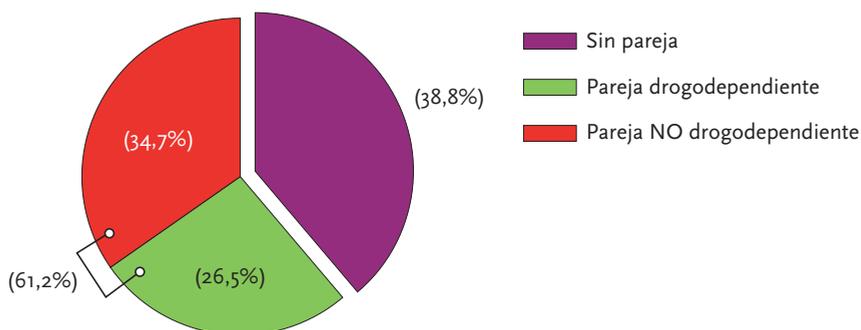


Figura 5.23. Pacientes con pareja drogodependiente (%).

La presencia de este tipo de parejas es especialmente frecuente entre las pacientes que siguen tratamientos ambulatorios (32,7%), las consumidoras de opiáceos (40,0%) y, en menor medida, de cocaína (32,1%). Destacar que, entre las pacientes atendidas por problemas de alcoholismo, la presencia de parejas drogodependientes se reduce al 16,1% (Tabla 5.30)

Tabla 5.30. Presencia de pareja drogodependiente, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PAREJA DROGODEP.	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	26,5	10,0	32,7 (B)	16,1	40,0 (D)	32,1 (d)	-	22,6	28	26,5	26	27,9
No	34,7	30,0	36,4	48,4 (EF)	28,0 (f)	10,7	57,1	35,5	35,4	32,4	28,8	48,8 (K)
No tienen pareja ahora	38,8	60,0 (C)	30,8	35,5	32	57,1 (dE)	42,9	41,9	36,6	41,2	45,2 (L)	23,3

d) Relaciones de pareja

Las relaciones con la pareja, de aquellas pacientes que cuentan con ella en el momento de ser encuestadas, son valoradas en general de forma bastante positiva, obteniendo una puntuación media de 3,85 puntos en una escala de 1 (muy malas) a 5 (muy buenas). De hecho, las valoraciones positivas (suma de las categorías bastante buenas +

muy buenas) alcanzan el 57,8%, con una diferencia abrumadora respecto de las valoraciones de tipo negativo (suma de las categorías muy malas + bastante malas), que se sitúan en el 6,6% (Figura 5. 24).

Esta valoración contradice en apariencia un fenómeno ampliamente descrito en la literatura científica que señala el deterioro de las relaciones, la conflictividad y la ruptura de parejas como uno de los efectos que se asocian a los problemas de dependencia a las drogas por parte de las mujeres. La explicación a esta aparente contradicción habría que buscarla en el hecho de que las valoraciones las formulan mujeres que están en tratamiento, un proceso terapéutico en el que, como veremos más adelante, cuentan con el mayoritario respaldo de su pareja. Por otra parte, el hecho de que la mayoría de pacientes lleven varios meses recibiendo asistencia, puede hacer que las valoraciones reflejen una tendencia a la mejoría de las relaciones de pareja como efecto del tratamiento.

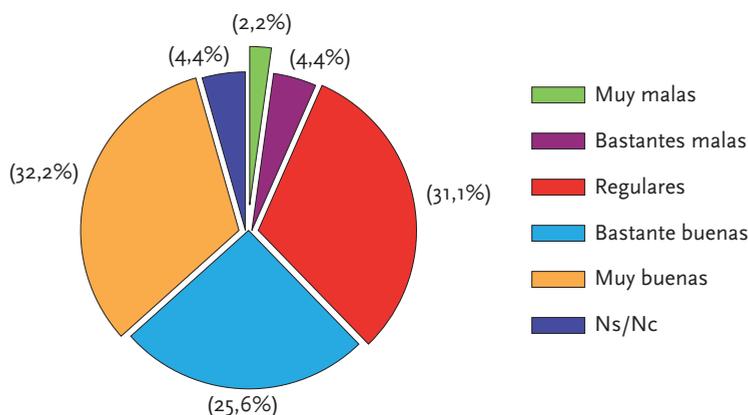


Figura 5.24. Calidad de las relaciones con la pareja (%). Base: 90 pacientes con pareja actual.

No se observan diferencias destacables en las valoraciones que las pacientes realizan de sus relaciones de pareja, en función del tipo de tratamiento, las drogas consumidas la edad o la realización de tratamientos previos (Tabla 5.31).

Tabla 5.31. Relaciones con la pareja, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

Base: 90 pacientes con pareja actual.

RELACIONES CON LA PAREJA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
(1) Muy malas	2,2	6,3	1,4	5,0	-	-	-	-	1,9	5,0	3,5	-
(2) Bastante malas	4,4	6,3	4,1	5,0	2,9	8,3	-	5,6	5,8	-	5,3	3,0
(3) Regulares	31,1	37,5	29,7	27,5	32,4	33,3	50,0	33,3	28,8	35	33,3	27,3
(4) Bastante buenas	25,6	6,3	29,7 (b)	25	26,5	16,7	50,0	27,8	25,0	25,0	22,8	30,3
(5) Muy buenas	32,2	31,3	32,4	35	29,4	41,7	-	27,8	34,6	30,0	29,8	36,4
Ns/Nc	4,4	12,5 (c)	2,7	2,5	8,8	-	-	5,6	3,8	5,0	5,3	3,0
Base	86	14	72	39	31	12	4	17	50	19	54	32
Media	3,85	3,57	3,9	3,82	3,9	3,92	3,5	3,82	3,88	3,79	3,74	4,03
D. Típica	1,02	1,24	0,97	1,14	0,91	1,04	0,5	0,95	1,04	1,08	1,08	0,9

e) Dependencia afectiva de la pareja

Los datos aportados por las pacientes que contaban con pareja en el momento en que fueron entrevistadas confirman la existencia de un importante grado de dependencia afectiva de la misma, como lo acredita el que la dependencia afectiva autoatribuida por las pacientes alcance una puntuación media de 3,36 puntos, en una escala de 1 (nada dependiente) a 5 (muy dependiente). El tipo de tratamiento, la droga principal, la edad y la realización o de tratamientos previos no introducen diferencias relevantes en el valor promedio asignado a la dependencia afectiva de la pareja (Tabla 5.32).

Tabla 5.32. Dependencia afectiva de la pareja percibida por las pacientes, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias). Base: 90 pacientes con pareja actual.

DEPENDENCIA AFECTIVA PAREJA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
(1) Nada dependiente	4,4	-	5,4	7,5	2,9	-	-	-	5,8	5,0	3,5	6,1
(2) Poco dependiente	16,7	31,3 (C)	13,5	20,0	11,8	16,7	25,0	11,1	19,2	15,0	19,3	12,1
(3) Algo dependiente	33,3	18,8	36,5	30,0	35,3	33,3	50,0	38,9	32,7	30,0	35,1	30,3
(4) Bastante dependiente	22,2	31,3	20,3	25,0	14,7	33,3	25,0	27,8	17,3	30,0	14,0	36,4 (k)
(5) Muy dependiente	18,9	12,5	20,3	15,0	26,5	16,7	-	22,2	19,2	15,0	22,8	12,1
Ns/Nc	4,4	6,3	4,1	2,5	8,8	-	-	-	5,8	5,0	5,3	3,0
Base	86	15	71	39	31	12	4	18	49	19	54	32
Media	3,36	3,27	3,38	3,21	3,55	3,50	3,00	3,61	3,27	3,37	3,35	3,38
D. Típica	1,13	1,06	1,14	1,17	1,15	0,96	0,71	0,98	1,19	1,12	1,17	1,07

El porcentaje de pacientes que se consideran bastante o muy dependientes afectivamente de su pareja (41,1%) prácticamente duplica al de aquellas que se consideran nada o poco dependientes (Figura 5.25).

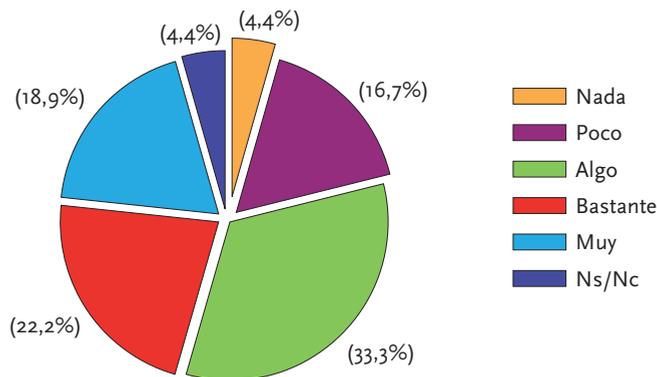


Figura 5.25. Dependencia afectiva de la pareja autopercibida por las pacientes (%).

f) Pacientes con hijos

Dos de cada tres pacientes (65,3%) tienen hijos, situándose de media el número de hijos por mujer (entre quienes tienen descendencia) en 1,73 (Figura 5.26).

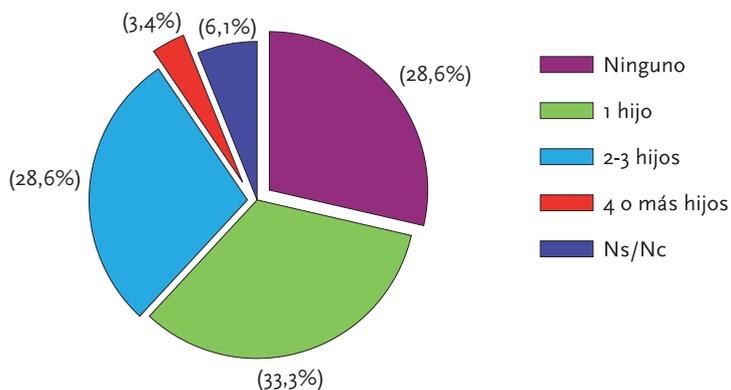


Figura 5.26. Número de hijos de las pacientes por intervalos (%).

La presencia de hijos y su número aumenta progresivamente a medida que lo hace la edad, sin que el resto de variables condicione el número de hijos (Tabla 5.33).

Tabla 5.33. Número de hijos de las pacientes, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

Base medias: 96 pacientes con hijos.

NÚMERO DE HIJOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Ninguno	28,6	27,5	29,0	21,0	32,0	28,6	71,4	58,1 (Ij)	19,5	23,5	29,8	25,6
1 hijo	33,3	40,0	30,8	29,0	36,0	39,3	28,6	19,4	42,7 (Hj)	23,5	31,7	37,2
2-3 hijos	28,6	22,5	30,8	35,5	22,0	32,1	-	9,7	28,0 (H)	47,1 (Hi)	26,9	32,6
4 o más hijos	3,4	2,5	3,7	3,2	6,0	-	-	-	4,9	2,9	3,8	2,3
Desconocido	6,1	7,5	5,6	11,3 (f)	4,0	-	-	12,9	4,9	2,9	7,7	2,3
Base	96	26	70	42	32	20	2	9	62	25	65	31
Media	1,73	1,58	1,79	1,86	1,75	1,5	1	1,33	1,68	2	1,75	1,68
D. Típica	0,89	0,86	0,9	0,9	1,02	0,61	0	0,47	0,92	0,87	0,92	0,83

Indicar que el 37% de las pacientes incluidas en el estudio (el 55,7% de aquellas con hijos) tienen hijos menores de 18 años. Esta circunstancia ha sido señalada en diversas investigaciones como un factor que dificulta la accesibilidad de las mujeres drogodependientes al tratamiento, en especial a aquellos de carácter residencial. Sin embargo, los datos obtenidos en el marco del presente estudio (Tabla 5.34) no parecen avalar esta tesis, dado que la presencia de pacientes con hijos menores es incluso más elevada entre las mujeres que realizan tratamientos residenciales.

Señalar, asimismo, que el 4,1% de las pacientes señalan la existencia en su familia de otras personas dependientes (padres, abuelos, minusválidos, etc.).

Tabla 5.34. Pacientes con hijos menores de 18 años, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

Base: 96 pacientes con hijos.

HIJOS MENORES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	57,3	69,2	52,9	57,1	46,9	70,0	100	66,7	71,0 (J)	20,0	47,7	77,4 (K)
No	41,7	30,8	45,7	42,9	53,1 (f)	25,0	-	22,2	29,0	80,0 (I)	52,3 (L)	19,4
Desconocido	1,0	-	1,4	-	-	5,0	-	11,1	-	-	-	3,2

Un dato que merece ser destacado es el hecho de que un porcentaje relevante de las pacientes con hijos menores de edad (30,4%) señala haber sentido temor de que su incorporación al tratamiento supusiera algún problema para sus hijos, tales como que pudieran retirarle su guarda. Un temor que expresa el 52,6% de las pacientes consumidoras de cocaína como droga principal (Tabla 5.35).

Tabla 5.35. Pacientes que temieron que su incorporación al tratamiento pudiera provocar la retirada de la guarda de sus hijos, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

Base: 92 pacientes con hijos menores de 18 años.

TEMOR RETIRADA GUARDA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	30,4	35,7	28,1	23,1	25,0	52,6 (E)	50,0	27,3	35,9 (HJ)	11,8	29,7	32,1
No	59,8	50,0	64,1	66,7	65,6	36,9	50,0	45,4	54,7	88,2 (HI)	57,8	64,3
Desconocido	9,8	14,3	7,8	10,2	9,4	10,5	0,0	27,3	9,4	0	12,5	3,6
Base	92	28	64	39	32	19	2	11	64	17	64	28

g) Relaciones de las pacientes con sus hijos/as

Las relaciones que las pacientes mantienen con sus hijos son valoradas de manera muy positiva por éstas: el 77,1% las define como bastante o muy buenas, frente al 6,2% que las considera bastante o muy malas (Figura 5.27). Al igual que ocurría en el caso de las relaciones con la pareja, estos datos apuntan en apariencia a que las relaciones con los hijos no parecen haberse visto deterioradas por la adicción materna. Es probable que también muestren la mejora en las mismas como resultado de la incorporación de las pacientes al tratamiento.

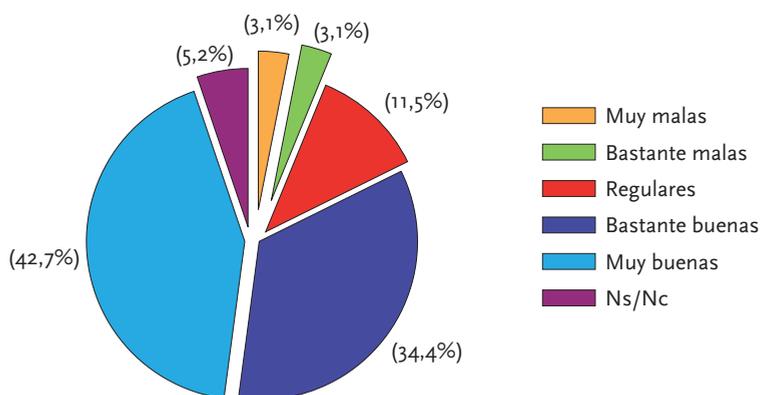


Figura 5.27. Calidad de las relaciones que las pacientes mantienen con los hijos (%).

Estas valoraciones positivas están bastantes generalizadas, sin que existan diferencias significativas en función del tipo de tratamiento, la droga principal o la edad. No obstante, las pacientes que no han realizado tratamientos previos formulan valoraciones más positivas (4,48 puntos de promedio) que las que han sido tratadas anteriormente (4,02 puntos).

h) Relación con la familia de origen

El mantenimiento de relaciones fluidas con la familia de origen, por parte de aquellas pacientes que no conviven con la misma, es una variable indicativa de la presencia de redes de apoyo familiar. De hecho, la existencia de apoyo familiar en el momento de iniciarse el tratamiento ha sido señalada reiteradamente como un factor pronóstico de la evolución en el mismo.

Si se toma como base del análisis las 101 pacientes que no convivían con su familia de origen (el 68,7% del total de pacientes incluidas en el estudio), se constata que en más de la mitad (55,4%) mantiene una relación fluida con la misma (Figura 5.28). Las variables modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos no introducen variaciones significativas en la fluidez de las relaciones con la familia de origen.

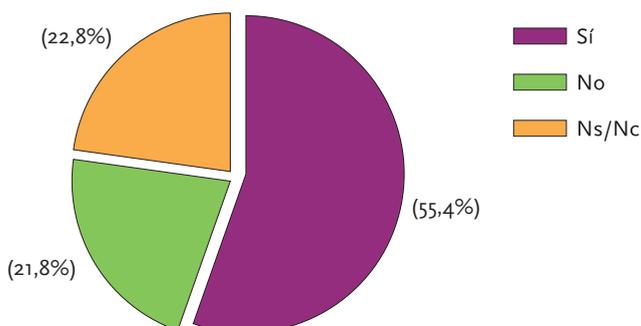


Figura 5.28. Existencia de relaciones fluidas con la familia de origen (%). Base: 101 pacientes que no conviven con la familia de origen.

5.7. Posicionamiento de la pareja y la familia frente al tratamiento

a) Posicionamiento de la pareja

La participación o colaboración de la pareja en el tratamiento se produce en algo más de la mitad (56,1%) de los casos en los que las pacientes cuentan con pareja, lo que constituye un indicador claro del apoyo de esta al proceso rehabilitador. La participación de las parejas en el tratamiento es algo más elevada entre las pacientes que siguen tratamientos ambulatorios y las tratadas por consumo de alcohol como droga principal (Tabla 5.36).

Tabla 5.36. Participación de la pareja en el tratamiento, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

Base: pacientes con pareja.

PARTICIPACIÓN PAREJA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	56,1	47,6	58,4 (b)	62,8 (f)	56,8	50,0	0,0	45,0	59,6	57,1	55,4	57,6
No	36,7	38,1	36,4	30,2	32,4	50,0	100	50,0	31,6	38,1	35,4	39,4
Desconocido	7,2	14,3	5,2	7,0	10,8	0,0	0,0	5,0	8,8	4,8	9,2	3,0
Base	98	21	77	43	37	14	4	20	57	21	65	33

Cuando se les preguntó a las pacientes acerca de si percibieron o no en su pareja un apoyo claro animándolas a incorporarse al tratamiento de su adicción, se comprueba que dos de cada tres (65,0%) percibieron dicho apoyo. El apoyo de la pareja es algo más elevado entre las mujeres admitidas a tratamiento por consumo de alcohol y opiáceos (Tabla 5.37).

Tabla 5.37. Pacientes que percibieron en su pareja un apoyo decidido animándolas a incorporarse a tratamiento, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

Base: pacientes con pareja antes de iniciar tratamiento.

PARTICIPACIÓN PAREJA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	65,0	60,0	66,3	68,2 (F)	70,0 (F)	40,0	75,0	58,3	68,4	63,6	64,3	66,7
No	28,2	20,0	30,1	27,3	20,0	53,3	25,0	33,3	24,6	31,8	28,6	27,3
Desconocido	6,8	20,0	3,6	4,5	10,0	6,7	0,0	8,3	7,0	4,6	7,1	6,1
Base	103	20	83	44	40	15	4	24	57	22	70	33

b) Posicionamiento de la familia

La participación de otros familiares, distintos de la propia pareja, en el tratamiento resulta bastante elevada, alcanzando al 62,6% de las pacientes (Tabla 5.38). La participación de la familia resulta ser significativamente mayor entre las pacientes que siguen tratamientos ambulatorios (82,5%) y aquellas que reciben tratamiento por problemas de alcoholismo (75,8%).

Tabla 5.38. Participación de otros familiares (distintos de la pareja) en el tratamiento, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PARTICIPACIÓN OTROS FAMILIARES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	62,6	82,5 (C)	55,1	75,8 (E)	46,0	64,3	57,1	67,7	57,3	70,6	58,7	72,1
No	36,7	17,5	43,9 (B)	24,2	52,0 (D)	35,7	42,9	29	42,7	29,4	41,3 (I)	25,6
Desconocido	0,7	-	0,9	-	2,0	-	-	3,2	-	-	-	2,3

Este importante nivel de implicación familiar en el tratamiento resulta congruente con el hecho de que el 72,8% de las pacientes afirmen haberse sentido apoyadas por su familia para incorporarse a tratamiento (Tabla 5.39). Un nivel de apoyo que es aún más elevado en el caso de las pacientes que siguen tratamientos de tipo residencial (90,0%) y, aunque no tan intenso, por problemas con el alcohol (79,0%).

Tabla 5.39. Apoyo percibido de la familia para incorporarse a tratamiento, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

APOYO OTROS FAMILIARES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	72,8	90,0 (C)	66,4	79,0 (e)	62	71,4	100	74,2	69,5	79,4	70,2	79,1
No	22,4	7,5	28	19,4	30	21,4	-	25,8	22	20,6	23,1	20,9
Desconocido	4,8	2,5	5,6	1,6	8	7,1	-	-	8,5 (hi)	-	6,7 (I)	-

Como contrapunto a este destacado apoyo familiar, dos de cada diez pacientes (21,1%) afirman haberse sentido presionadas en algún momento del tratamiento por parte de su pareja o familia para que concluyeran el mismo y pudieran asumir de nuevos sus responsabilidades en el hogar. Este dato confirmaría los resultados de algunos estudios realizados sobre la influencia del género en el acceso en los tratamientos de las adicciones, que apuntan el hecho de que las mujeres soportan mayores presiones familiares para que completen cuanto antes el tratamiento (Figura 5.29).

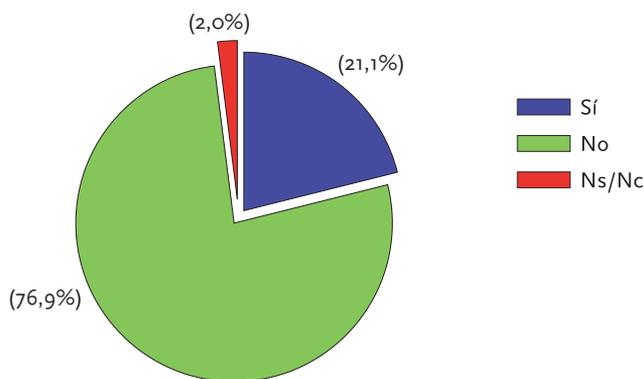
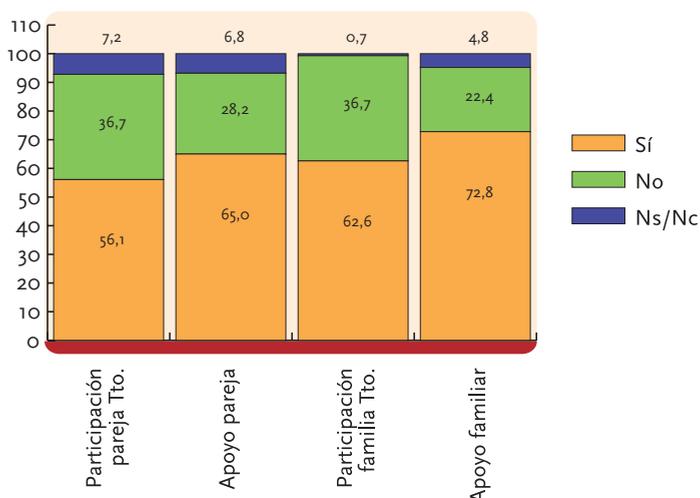


Figura 5.29. Pacientes que han sentido presión de su pareja o familia para concluir el tratamiento (%).

La visión de conjunto respecto del apoyo de la pareja y del resto de la familia al tratamiento permite dibujar un panorama caracterizado por un alto nivel de respaldo del entorno familiar (Figura 5.30). Previsiblemente este apoyo que las mujeres perciben se trate de un prerrequisito para el inicio del tratamiento y pueda ser la expresión del respaldo al esfuerzo por superar su problema de adicción.

Esta visión debe contextualizarse, puesto que se desconoce en qué medida las mujeres con problemas de abuso o dependencia a las distintas drogas que no están en la red asistencial cuentan o no con apoyo de sus parejas o familias para iniciar un proceso terapéutico.



(*) Los datos de las variables referidas a la pareja están calculados sobre la base de pacientes con pareja.

Figura 5.30. Apoyo brindado por sus parejas (*) y familia al tratamiento (%).

5.8. Estado psicológico y mental de las pacientes

a) Presencia de trastornos mentales diagnosticados a la admisión a tratamiento

Son múltiples las evidencias científicas que señalan la presencia de trastornos psicológicos o mentales en una gran parte de las mujeres con problemas de adicción a las drogas. Un fenómeno que confirman plenamente los resultados obtenidos en el marco del presente estudio.

Resultados del estudio cuantitativo

La comorbilidad de trastornos mentales y el uso de sustancias psicotrópicas (patología dual) estaba presente en el 32,7% de las pacientes en el momento de su admisión a tratamiento. No obstante, la presencia de patología dual es sin duda más elevada, puesto que sólo se incluyen los casos en que existía un diagnóstico elaborado por alguno de los Equipos de Salud Mental. De hecho en el 34,7% de los casos esta variable resulta desconocida, al no disponerse en el momento de la admisión a tratamiento de una evaluación psiquiátrica de los mismos (Tabla 5.40).

La presencia de patología dual, diagnosticada en el momento de la admisión a tratamiento, registra sus mayores prevalencias entre las pacientes que tienen al alcohol como droga principal (53,2%). Este último dato se relacionaría con el hecho de que el grueso de pacientes en tratamiento en los CRA son derivados desde los Equipos de Salud Mental (PRSD, 2008), lo que provoca un mayor nivel de diagnósticos de la patología psiquiátrica que entre los casos derivados desde otros servicios, y no tanto con la mayor incidencia de los trastornos mentales entre las personas con problemas de alcoholismo.

Tabla 5.40. Presencia de trastornos mentales diagnosticados en el momento de la admisión a tratamiento, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PRESENCIA T. MENTALES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	32,7	37,5	30,8	53,2 (EF)	10	28,6	28,6 (E)	29,0	29,3	44,1	30,8	37,2
No	32,7	27,5	34,6	12,9	42,0 (D)	50,0 (D)	71,4	45,2 (I)	34,1 (j)	17,6	27,9	44,2 (K)
Desconocido	34,7	35	34,6	33,9	48	21,4	-	25,8	36,6	38,2	41,3	18,6

Los trastornos mentales diagnosticados en el momento de su admisión a tratamiento fueron los siguientes (Tabla 3.41 y Figura 5.31):

Tabla 5.41. Tipo de trastornos mentales diagnosticados en el momento de la admisión a tratamiento (%). Base: 48 pacientes con trastornos mentales.

TIPO DE TRASTORNO	%
CATEGORÍA: ESQUIZOFRENIA, T. ESQUIZOTÍPICOS Y T. DELIRANTES	
F23.3 Otro trast. psicótico agudo con predominio de ideas delirantes	2,1
CATEGORÍA: TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	
F31.9 Trastorno afectivo bipolar no especificado	2,1
F32.9 Episodio depresivo no especificado	8,3
F34.1 Distimia	20,8
F39.0 Trastorno del humor no especificado	2,1
CATEGORÍA: T. NEURÓTICOS, RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y SOMATOMORFOS	
F40.0 Agorafobia	6,3
F41.0 Trastorno de pánico	6,3
F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada	8,3
F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión	6,3
F41.9 Trastorno de ansiedad no especificado	2,1
F42.2 Actos e ideas obsesivas mixtos	2,1
F43.2 Trastorno de adaptación	14,6
CATEGORÍA: SÍNDROMES COMPORTEAMIENTO ASOCIADOS ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS	
F55.0 Anorexia nerviosa	4,2
F50.9 Trastorno de ingestión de alimentos no especificado	8,3
CATEGORÍA: TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y EL COMPORTAMIENTO ADULTO	
F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	16,7
F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad	2,1
F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado	4,2
F63.9 Trastorno de los hábitos y los impulsos no especificado	2,1
CATEGORÍA CÓDIGOS NO IDENTIFICADOS	
F900 Perturbación de la actividad y de la atención	2,1
X61.0 Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas antiepilépticas	2,1
Z61.7 Prob. relac con experiencias atemorizantes en infancia	2,1
Z63.0 Prob. en la relación entre esposos o pareja	2,1
Desconocido	2,1

(*) La suma de las prevalencias de los diferentes trastornos supera el 100% puesto que algunas pacientes presentan dos o más trastornos.

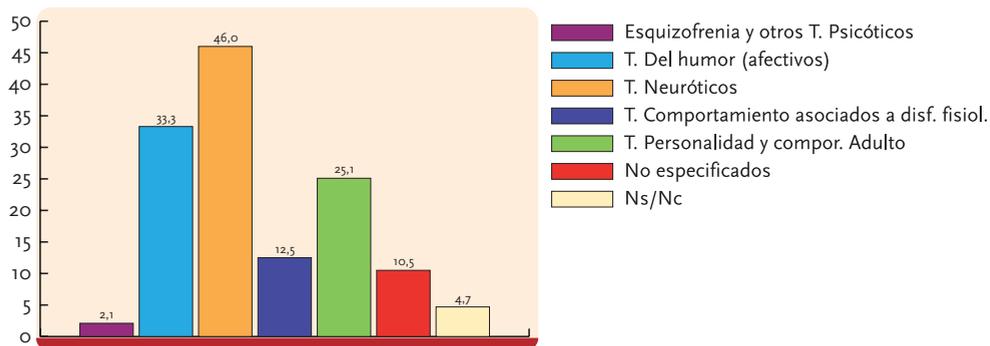


Figura 5.31. Trastornos mentales diagnosticados en el momento de la admisión a tratamiento, por categorías diagnósticas. Base: 48 pacientes con trastornos mentales.

b) Antecedentes de tratamientos por problemas psicológicos o emocionales

Dos de cada tres (67,3%) pacientes incluidas en el estudio tienen antecedentes de tratamientos por problemas psicológicos o mentales (Tabla 5.42), dato que confirma la importante presencia de trastornos mentales entre las mujeres con problemas de adicción a las drogas. Estos antecedentes son significativamente superiores entre las pacientes en tratamiento por problemas de alcoholismo (83,9%).

Tabla 5.42. Antecedentes de tratamiento por problemas psicológicos o emocionales, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

ANTECEDENTES TTO. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	67,3	75,0	64,5	83,9 (EF)	52,0	57,1	71,4	58,1	68,3	73,5	71,2	58,1
No	30,6	22,5	33,6	16,1	44,0 (D)	39,3 (D)	28,6	38,7	29,3	26,5	26	41,9 (K)
Desconocido	2,0	2,5	1,9	-	4,0	3,6	-	3,2	2,4	-	2,9	-

Indicar que el 82,8% de las pacientes con antecedentes de tratamiento por problemas psicológicos realizaron el mismo en centros ambulatorios, en tanto que el 51,5% lo recibieron en régimen hospitalario. El promedio de tratamientos realizados en cada modalidad (ambulatoria u hospitalaria), entre quienes siguieron los mismos, fue de 2,18 y 2,71, respectivamente (Tabla 5.43). Este último dato apunta la intensidad o persistencia de los problemas.

Tabla 5.43. Tratamientos realizados por las pacientes con antecedentes de tratamiento por problemas psicológicos o emocionales, según modalidad de tratamiento (% y media). Base: 99 pacientes con antecedentes de tratamientos.

NÚMERO DE TRATAMIENTOS REALIZADOS POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O EMOCIONALES	TRATAMIENTOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO	TRATAMIENTOS EN RÉGIMEN HOSPITALARIO
N.º Pacientes que recibieron este tratamiento	82	55
% sobre el total de pacientes con antecedentes de Tto.	82,8%	51,5%
Media tratamientos realizados	2,18	2,71
Desviación típica	2,39	3,44

c) Tratamiento actual por problemas psicológicos o emocionales

Aproximadamente seis de cada diez pacientes incluidas en el estudio reciben actualmente tratamiento por problemas psicológicos o emocionales (Tabla 5.44), porcentaje que entre quienes tenían problemas de alcoholismo alcanza el 72,6%. La modalidad de tratamiento, la edad o la realización o no de tratamientos previos por problemas de abuso o dependencia con las drogas no establecen diferencias significativas en la participación en tratamientos psicológicos en el momento actual.

Resultados del estudio cuantitativo

Tabla 5.44. Tratamiento actual por problemas psicológicos o emocionales, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

TTO. ACTUAL PROBLEMAS PSICOLÓGICOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	58,5	65,0	56,1	72,6 (Ef)	44,0	53,6	57,1	61,3	53,7	67,6	59,6	55,8
No	38,8	32,5	41,1	25,8	50,0 (D)	46,4 (d)	42,9	35,5	43,9	29,4	36,5	44,2
Desconocido	2,7	2,5	2,8	1,6	6,0	-	-	3,2	2,4	2,9	3,8	-

d) Trastornos de la alimentación

Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, etc.) registran unas elevadas prevalencias entre las pacientes, como lo confirma la existencia de un 21,1% que afirma haber tenido este tipo de trastornos a lo largo de su vida. Por su parte, el 25,8% de las pacientes con antecedentes de trastornos alimentarios y el 5,4% del total de las pacientes incluidas en el estudio los padece actualmente (Figura 5.32).

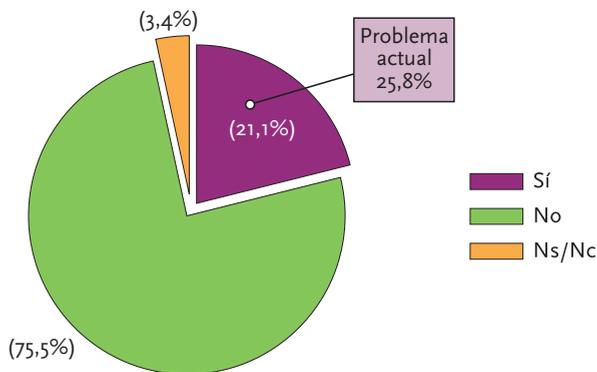


Figura 5.32. Pacientes con antecedentes de trastornos de la alimentación (%).

La edad establece diferencias significativas en los antecedentes por trastornos alimentarios, que entre las pacientes de 18 y 29 años registran una prevalencia del 41,9% (Tabla 5.45).

Tabla 5.45. Antecedentes de trastornos de la alimentación, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

ANTECEDENTES PROBLEMAS ALIMENTICIOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Sí	21,1	25	19,6	25,8	20	17,9	-	41,9 (Ij)	20,7 (J)	2,9	24	14
No	75,5	67,5	78,5	72,6	76	75	100	58,1	74,4 (h)	94,1 (HI)	72,1	83,7
Desconocido	3,4	7,5	1,9	1,6	4	7,1	-	-	4,9	2,9	3,8	2,3

e) Frecuencia de la presencia de diversa sintomatología indicativa del estado emocional

En el marco del estudio se solicitó a las pacientes participantes en el mismo que indicaran con qué frecuencia habían experimentado en los 3 meses previos a su incorporación a tratamiento diversa sintomatología indicativa de ciertos trastornos que diferentes investigaciones asocian con las adicciones femeninas. Entre estos síntomas se incluían: la depresión severa, la sensación de fracaso personal, la ansiedad severa, culpabilidad, soledad severa y problemas severos para dormir.

De los seis síntomas señalados el 97,9% de las pacientes experimentó uno o más de ellos y el 61,2% los seis (Figura 5.33).

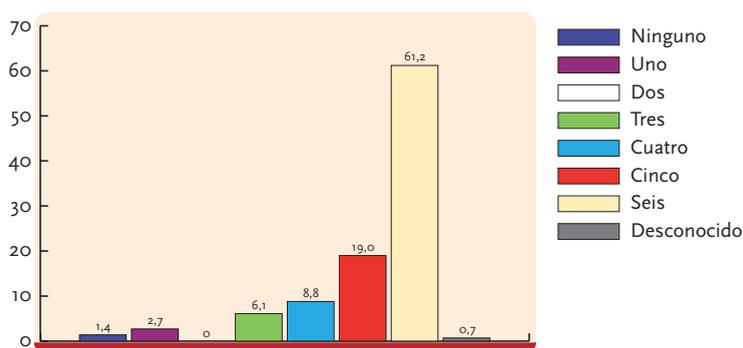


Figura 5.33. Número de síntomas experimentados por las pacientes en los 3 meses previos a su incorporación a tratamiento (%).

Resultados del estudio cuantitativo

Como promedio, las pacientes sufrieron 5,30 síntomas de un máximo de 6,0, sin que existan diferencias significativas en función del tipo de tratamiento, la droga principal, la edad o la realización de tratamientos previos (Figura 5.34).

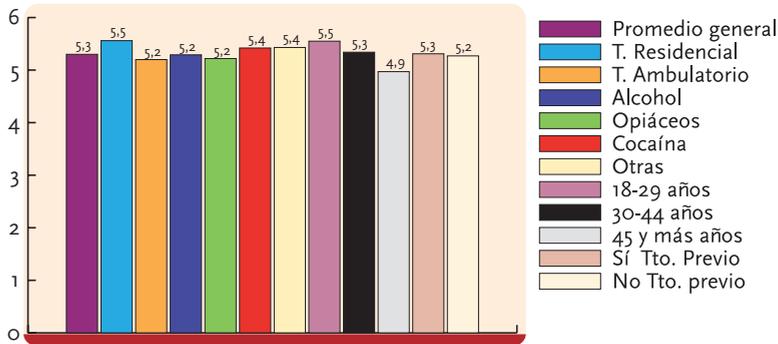
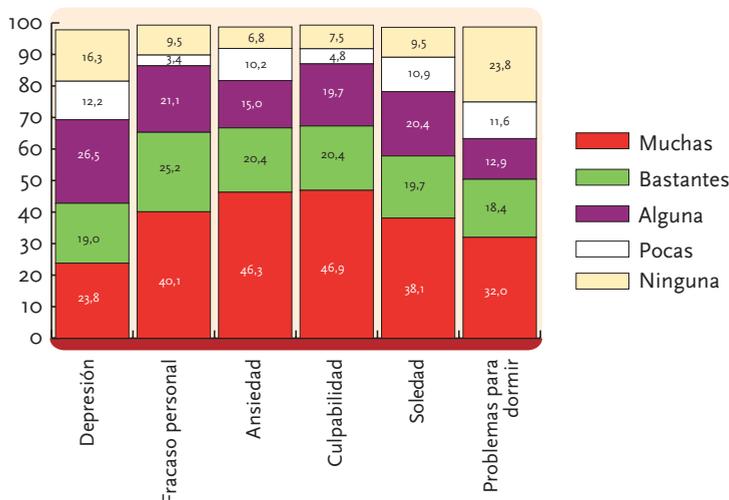


Figura 5.34. Media de síntomas experimentados por las pacientes en los 3 meses previos a su incorporación a tratamiento, según diversas variables de clasificación (%).

La frecuencia con la cual las pacientes experimentaron los diferentes síntomas en el período previo a su admisión a tratamiento se resume en la Figura 5.35.



(*) El resto de los valores hasta alcanzar el 100% se corresponde con los valores desconocidos.

Figura 5.35. Intensidad de la presencia de ciertos síntomas indicativos del estado emocional en los 3 meses previos al tratamiento (%).

Los sentimientos de culpa, la ansiedad severa y la sensación de fracaso personal son los síntomas que con mayor frecuencia experimentaron las pacientes en los tres meses previos a su incorporación a tratamiento (Figura 5.36), atendiendo a su puntuación media en una escala de 1 (ninguna vez) a 5 (muchas veces). Destacar que la frecuencia de las puntuaciones medias de cada uno de los seis síntomas analizados supera en todos los casos el valor central de la escala (2,50 puntos).

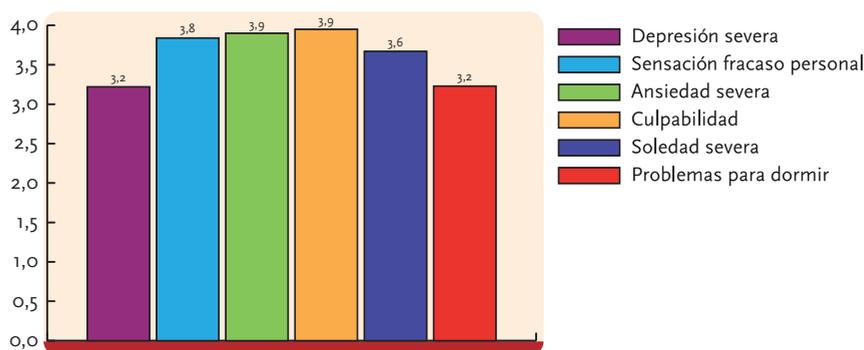


Figura 5.36. Frecuencia promedio con la que las pacientes experimentaron los distintos síntomas en los 3 meses previos a su incorporación a tratamiento (Medias).

La modalidad de tratamiento, la droga principal, la edad y la realización de tratamientos previos introducen algunas variaciones significativas en la sintomatología mencionada (Tabla 5.46):

- Las pacientes que siguen tratamientos de tipo residencial, las consumidoras de alcohol como droga principal y de cocaína y las más jóvenes padecían sintomatología depresiva en mayor proporción que la registrada en el conjunto de la muestra.
- Las pacientes más jóvenes registraban con una frecuencia superior a la del resto de pacientes sensación de fracaso personal.
- Las pacientes que han realizado tratamientos previos son quienes con mayor frecuencia experimentaron sentimientos de culpabilidad.
- Las pacientes cuya droga principal es el alcohol eran las que experimentaron con mayor frecuencia sentimientos de soledad severa.

Estas variables no introducen variaciones significativas en el caso de los problemas de ansiedad y de las dificultades severas para dormir.

Resultados del estudio cuantitativo

Tabla 5.46. Frecuencia con la que las pacientes experimentaron distintos síntomas en los 3 meses previos a su incorporación a tratamiento, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y Medias).

FRECUENCIA (N.º de veces)	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SI (K)	NO (L)
DEPRESIÓN SEVERA												
(5) Muchas	23,8	27,5	22,4	32,3 (e)	16,0	17,9	28,6	35,5 (i)	18,3	26,5	26,0	18,6
(4) Bastantes	19,0	35,0 (E)	13,1	22,6	8,0	32,1 (E)	14,3	9,7	20,7	23,5	15,4	27,9 (K)
(3) Alguna	26,5	20,0	29,0	19,4	40,0 (D)	21,4	14,3	32,3	28,0	17,6	28,8	20,9
(2) Pocas	12,2	10,0	13,1	12,9	8	14,3	28,6	12,9	12,2	11,8	11,5	14,0
(1) Ninguna	16,3	5,0	20,6 (B)	11,3	28,0 (DF)	7,1	14,3	6,5	19,5 (h)	17,6	16,3	16,3
Desconocido	2	2,5	1,9	1,6	-	7,1 (e)	-	3,2	1,2	2,9	1,9	2,3
Media	3,22	3,72 (C)	3,04	3,52 (E)	2,76	3,42 (E)	3,14	3,57	3,06	3,3	3,24	3,19
SENSACIÓN DE FRACASO PERSONAL												
(5) Muchas	40,1	45	38,3	38,7	42	42,9	28,6	48,4	41,5	29,4	43,3	32,6
(4) Bastantes	25,2	27,5	24,3	32,3 (E)	14	28,6	28,6	25,8	23,2	29,4	22,1	32,6
(3) Alguna	21,1	15	23,4	12,9	32,0 (D)	17,9	28,6	22,6	22	17,6	24	14
(2) Pocas	3,4	2,5	3,7	3,2	4	-	14,3	3,2	2,4	5,9	2,9	4,7
(1) Ninguna	9,5	7,5	10,3	12,9	8	7,1	-	-	9,8 (h)	17,6 (H)	6,7	16,3 (K)
Desconocido	0,7	2,5	-	-	-	3,6	-	-	1,2	-	1,0	-
Media	3,84	4,03	3,77	3,81	3,78	4,04	3,71	4,19 (I)	3,85	3,47	3,93	3,6
ANSIEDAD SEVERA												
(5) Muchas	46,3	55,0	43,0	53,2 (e)	36,0	50,0	42,9	45,2	47,6	44,1	48,1	41,9
(4) Bastantes	20,4	12,5	23,4	16,1	24,0	14,3	57,1	29,0	17,1	20,6	18,3	25,6
(3) Alguna	15,0	20,0	13,1	11,3	18,0	21,4	-	19,4	12,2	17,6	17,3	9,3
(2) Pocas	10,2	5	12,1	9,7	16,0	3,6	-	3,2	15,9 (hi)	2,9	9,6	11,6
(1) Ninguna	6,8	5	7,5	9,7	6,0	3,6	-	-	6,1	14,7 (H)	5,8	9,3
Desconocido	1,4	2,5	0,9	-	-	7,1 (De)	-	3,2	1,2	-	1	2,3
Media	3,90	4,10	3,83	3,94	3,68	4,12	4,43	4,2	3,85	3,76	3,94	3,81





FRECUENCIA (N.º de veces)	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
CULPABILIDAD												
(5) Muchas	46,9	52,5	44,9	45,2	54,0	46,4	14,3	61,3 (J)	46,3	35,3	51,9 (I)	34,9
(4) Bastantes	20,4	22,5	19,6	25,8 (E)	8,0	35,7 (E)	-	9,7	23,2	23,5	18,3	25,6
(3) Alguna	19,7	15	21,5	21,0 (F)	22,0 (F)	3,6	57,1	12,9	19,5	26,5	19,2	20,9
(2) Pocas	4,8	2,5	5,6	1,6	6,0	3,6	28,6	9,7	3,7	2,9	3,8	7,0
(1) Ninguna	7,5	5,0	8,4	6,5	10,0	7,1	-	6,5	6,1	11,8	5,8	11,6
Desconocido	0,7	2,5	-	-	-	3,6	-	-	1,2	-	1,0	-
Media	3,95	4,18	3,87	4,02	3,90	4,15	3,00	4,10	4,01	3,68	4,08	3,65
SOLEDAD SEVERA												
(5) Muchas	38,1	40,0	37,4	46,8 (f)	36,0	25,0	28,6	41,9	37,8	35,3	37,5	39,5
(4) Bastantes	19,7	20,0	19,6	19,4	14,0	32,1 (e)	14,3	19,4	20,7	17,6	17,3	25,6
(3) Alguna	20,4	25,0	18,7	21,0	20,0	21,4	14,3	25,8	19,5	17,6	23,1	14,0
(2) Pocas	10,9	7,5	12,1	4,8	18,0 (D)	7,1	28,6	9,7	12,2	8,8	10,6	11,6
(1) Ninguna	9,5	5,0	11,2	6,5	12,0	10,7	14,3	3,2	8,5	17,6 (h)	9,6	9,3
Desconocido	1,4	2,5	0,9	1,6	-	3,6	-	-	1,2	2,9	1,9	-
Media	3,67	3,85	3,6	3,97 (E)	3,44	3,56	3,14	3,87	3,68	3,45	3,64	3,74
PROBLEMAS SEVEROS PARA DORMIR												
(5) Muchas	32,0	37,5	29,9	40,3 (e)	24,0	28,6	28,6	38,7	34,1	20,6	33,7	27,9
(4) Bastantes	18,4	20,0	17,8	17,7	20,0	14,3	28,6	12,9	18,3	23,5	19,2	16,3
(3) Alguna	12,9	10,0	14,0	14,5	18,0 (f)	3,6	-	12,9	13,4	11,8	13,5	11,6
(2) Pocas	11,6	15,0	10,3	6,5	14	17,9	14,3	12,9	11,0	11,8	10,6	14,0
(1) Ninguna	23,8	15,0	27,1	21,0	24	28,6	28,6	19,4	22,0	32,4	22,1	27,9
Desconocido	1,4	2,5	0,9	-	-	7,1	-	3,2	1,2	-	1,0	2,3
Media	3,23	3,51	3,13	3,50	3,06	2,96	3,14	3,40	3,32	2,88	3,32	3,02

Como se desprende de la tabla anterior, algo más de la mitad de las pacientes (57,8%) señalan haber tenido sentimientos de soledad severa con cierta frecuencia (suma de las categorías muchas y bastantes veces) en los meses previos a su admisión a tratamiento. Este dato es congruente con el hecho de que una de cada tres pacientes

(34,0%) afirme que en la actualidad no cuenta con ningún amigo/a íntimo/a (Tabla 5.47). La ausencia de amigos/as íntimos/as es más intensa entre las pacientes que consumen opiáceos como droga principal (42,0%).

Entre aquellas que sí disponen de amistades íntimas el número de amigos/as se sitúa como media en 2,65, alcanzando valores significativamente más elevados en el caso de las pacientes atendidas por consumo de alcohol como droga principal y de las de mayor edad.

Tabla 5.47. Número de amigos/as íntimos/as con que cuentan las pacientes actualmente, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

NÚMERO AMIGOS/AS ÍNTIMOS/AS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
1 - 2	42,2	37,5	43,9	38,7	42,0	50,0	42,9	41,9	50,0 (J)	23,5	39,4	48,8
3 - 4	15,6	22,5	13,1	19,4	12,0	14,3	14,3	12,9	17,1	14,7	18,3	9,3
5 o más	8,2	2,5	10,3	12,9	4,0	3,6	14,3	6,5	1,2	26,5 (HI)	6,7	11,6
Ninguno/a	34,0	37,5	32,7	29,0	42,0	32,1	28,6	38,7	31,7	35,3	35,6	30,2
Base	97	25	72	44	29	19	5	19	56	22	67	30
Media (*)	2,65	2,44	2,73	3,05 (Ef)	2,29	2,21	3,00	2,50	2,10	4,20 (HI)	2,64	2,68
D. Típica	1,84	1,36	1,99	2,07	1,54	1,43	2,14	1,79	1,1	2,5	1,74	2,08

(*) Las medias han sido obtenidas sobre la base de pacientes con algún amigo/a.

5.9. Antecedentes de exposición a eventos traumáticos e intentos autolíticos

La literatura científica disponible apunta a que la exposición a lo largo de la infancia o adolescencia o durante su vida adulta a diversos eventos traumáticos podría estar en el origen de las conductas de abuso o dependencia a las drogas, como de los trastornos mentales y la sintomatología antes descrita, que presentan las pacientes drogo-dependientes.

Para la recogida de información sobre este tipo de antecedentes se utilizó un cuestionario autoadministrado. A pesar de la naturaleza sensible de las cuestiones abordadas el cuestionario fue cumplimentado por 145 de las 147 pacientes incluidas en el estudio. Este elevado nivel de respuesta (98,6%) permite conocer la prevalencia de los siguientes antecedentes entre la población objeto de estudio:

- Exposición a maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales durante la infancia o la adolescencia a manos de algún miembro de la familia.
- Exposición abusos sexuales en la infancia o adolescencia por parte de personas ajenas a la familia.
- Exposición a maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales por parte de su pareja actual o pasada.
- Ideas suicidas e intentos de suicidio.

a) Episodios de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales durante la infancia o la adolescencia

Los episodios de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales durante la infancia o la adolescencia, a manos de algún miembro de su familia (padre, madre, hermanos/as, tíos/as, etc.) son relativamente frecuentes, afectando al 30,6%, 44,9% y el 18,4%, respectivamente, de las participantes en el estudio (Figura 5.37).

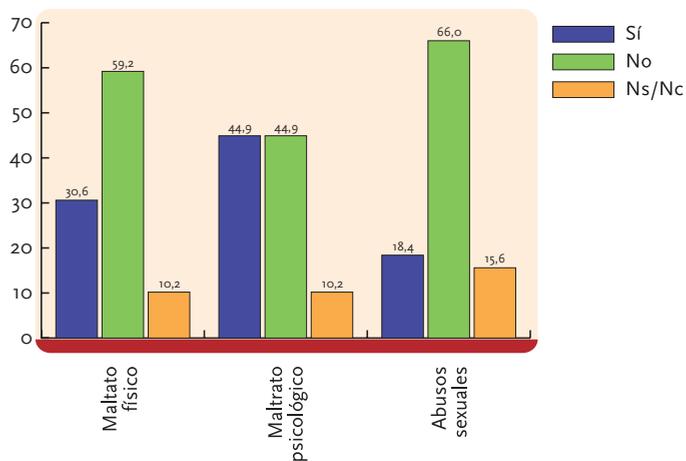


Figura 5.37. Antecedentes de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales en la infancia o adolescencia, a manos de algún miembro de la familia (%).

Sólo en el caso de los antecedentes de maltrato físico intrafamiliar la edad y el tipo de droga consumida establecen algunas diferencias en sus prevalencias (Tabla 5.48). Este dato indicaría que este tipo de antecedentes traumáticos están bastante extendidos entre todas las mujeres objeto de estudio.

Tabla 5.48. Antecedentes de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales en la infancia/adolescencia por parte de algún miembro de la familia, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PRESENCIA DE ANTECEDENTES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
MALTRATO FÍSICO												
SÍ	30,6	40,0	27,1	24,2	42,0 (D)	32,1	-	41,9 (J)	31,7	17,6	32,7	25,6
NO	59,2	45,0	64,5 (B)	62,9	48,0	60,7	100	45,2	62,2	64,7	54,8	69,8 (K)
Ns/Nc	10,2	15,0	8,4	12,9	10,0	7,1	-	12,9	6,1	17,6 (I)	12,5	4,7
MALTRATO PSIOLÓGICO												
SÍ	44,9	50,0	43	40,3	54,0	42,9	28,6	51,6	45,1	38,2	46,2	41,9
NO	44,9	32,5	49,5 (b)	43,5	38,0	53,6	71,4	32,3	46,3	52,9	42,3	51,2
Ns/Nc	10,2	17,5	7,5	16,1	8,0	3,6	-	16,1	8,5	8,8	11,5	7,0
ABUSO SEXUALES												
SÍ	18,4	20,0	17,8	19,4	16,0	25,0	-	29,0	15,9	14,7	16,3	23,3
NO	66,0	55,0	70,1 (b)	67,7	62,0	60,7	100	51,6	68,3	73,5 (h)	65,4	67,4
Ns/Nc	15,6	25,0 (c)	12,1	12,9	22,0	14,3	-	19,4	15,9	11,8	18,3	9,3

Al margen de los episodios de abusos sexuales en el seno de la familia, una de cada cinco pacientes (21,8%) presenta antecedentes de abusos sexuales durante su infancia o adolescencia por parte de personas ajenas a su familia. Este tipo de abuso registran prevalencias más elevadas entre las pacientes más jóvenes (Tabla 5.49).

Tabla 5.49. Antecedentes de abusos sexuales en la infancia/adolescencia por parte de personas ajenas a su familia, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PRESENCIA DE ANTECEDENTES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
SÍ	21,8	22,5	21,5	16,1	26,0	25,0	28,6	32,3 (j)	22,0	11,8	25,0	14,0
NO	76,2	75,0	76,6	83,9 (e)	70,0	71,4	71,4	61,3	76,8	88,2 (H)	72,1	86,0 (k)
Ns/Nc	2,0	2,5	1,9	-	4,0	3,6	-	6,5	1,2	-	2,9	-

b) Episodios de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales por parte de la pareja

Los episodios de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales por parte de la pareja actual o de parejas anteriores son muy frecuentes entre las pacientes objeto de estudio, entre quienes alcanza unas prevalencias del 50,3%, el 67,3% y el 19,7%, respectivamente (Figura 5.38).

Resultados del estudio cuantitativo

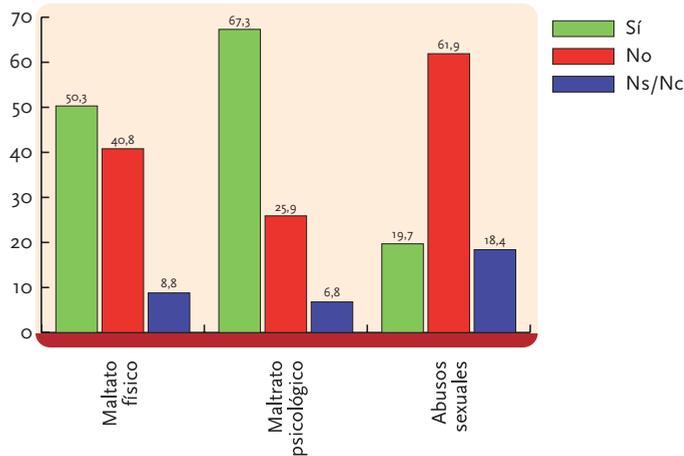


Figura 5.38. Episodios de maltrato físico, maltrato psicológico y abusos sexuales por parte de la pareja actual u otras anteriores (%).

Las variables modalidad de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos introducen algunas diferencias significativas en la frecuencia de este tipo de episodios (Tabla 5.50):

- Entre las pacientes consumidoras de cocaína como droga principal (64,3%), de edades intermedias (57,3%) y que han realizado tratamientos previos (55,8%) las prevalencias del maltrato físico superan los registros del conjunto de la muestra.
- Entre las pacientes más jóvenes los episodios de maltrato psicológico alcanzan prevalencias muy superiores a las del resto de pacientes.
- Entre las pacientes atendidas en servicios residenciales y aquellas cuya droga principal es la cocaína los abusos sexuales se sitúan muy por encima de los obtenidos para el conjunto de la muestra.
- Las pacientes cuya droga principal es la cocaína registran episodios de maltrato físico y psicológico y de abusos sexuales a manos de sus parejas sensiblemente superiores a las del conjunto de la población objeto de estudio.

Tabla 5.50. Episodios de maltrato físico y psicológico y abusos sexuales por parte de su actual pareja o anteriores, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PRESENCIA DE ANTECEDENTES	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
MALTRATO FÍSICO												
SÍ	50,3	50,0	50,5	40,3	54,0	64,3 (D)	57,1	48,4	57,3 (J)	35,3	55,8 (L)	37,2
NO	40,8	32,5	43,9	48,4 (F)	40,0	25	42,9	35,5	35,4	58,8 (HI)	31,7	62,8
Ns/Nc	8,8	17,5 (C)	5,6	11,3	6,0	10,7	-	16,1	7,3	5,9	12,5 (L)	-
MALTRATO PSICOLÓGICO												
SÍ	67,3	70,0	66,4	61,3	66,0	78,6	85,7	80,6 (J)	69,5 (J)	50,0	71,2	58,1
NO	25,9	17,5	29,0	32,3 (f)	26,0	14,3	14,3	9,7	24,4 (h)	44,1 (HI)	20,2	39,5 (K)
Ns/Nc	6,8	12,5	4,7	6,5	8,0	7,1	-	9,7	6,1	5,9	8,7	2,3
ABUSO SEXUALES												
SÍ	19,7	30,0 (c)	15,9	11,3	22,0	35,7 (D)	14,3	16,1	22,0	17,6	23,1	11,6
NO	61,9	47,5	67,3 (B)	66,1 (f)	62,0	46,4	85,7	58,1	62,2	64,7	53,8	81,4 (K)
Ns/Nc	18,4	22,5	16,8	22,6	16,0	17,9	-	25,8	15,9	17,6	23,1 (L)	7,0

c) Tentativas de suicidio

Un indicador del grave deterioro psicológico y emocional que sufren las mujeres drogodependientes lo constituye el altísimo grado de tentativas de suicidio, que han llevado a cabo la mitad de las pacientes (49,7%). Por su parte un porcentaje similar (53,1%) afirma haber pensado seriamente en suicidarse, con independencia de que dicha idea se tradujera en una tentativa efectiva de suicidio (Figura 5.39).

Resultados del estudio cuantitativo

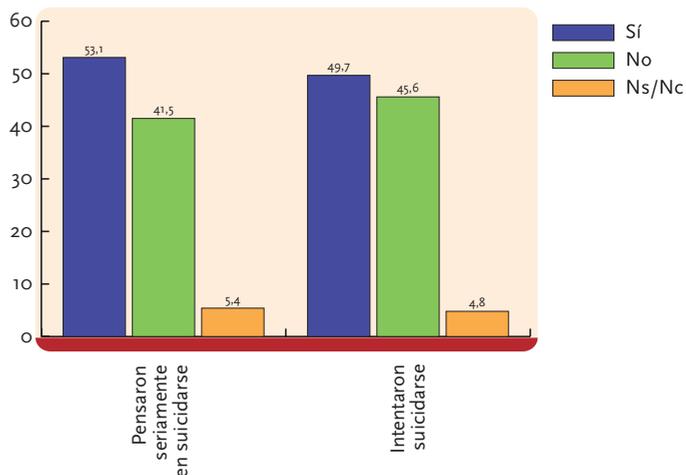


Figura 5.39. Prevalencia de las ideas y tentativas de suicidio a lo largo de la vida (%).

Las ideas suicidas son más prevalentes entre las mujeres más jóvenes y aquellas que han sido tratadas previamente, grupo este último donde también las tentativas de suicidio resulta más frecuentes (Tabla 5.51).

Tabla 5.51. Prevalencia de las ideas suicidas y de los intentos de suicidio, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

SUICIDIO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
PENSARON SERIAMENTE EN SUICIDARSE												
SÍ	53,1	57,5	51,4	51,6	60,0	46,4	42,9	64,5 (J)	56,1 (I)	35,3	57,7 (I)	41,9
NO	41,5	32,5	44,9	43,5	30,0	53,6 (E)	57,1	32,3	36,6	61,8 (HI)	35,6	55,8 (K)
Ns/Nc	5,4	10	3,7	4,8	10,0	-	-	3,2	7,3	2,9	6,7	2,3
HAN INTENTADO SUICIDARSE												
SÍ	49,7	57,5	46,7	51,6	52,0	42,9	42,9	51,6	50,0	47,1	58,7 (L)	27,9
NO	45,6	35,0	49,5	46,8	38,0	53,6	57,1	45,2	42,7	52,9	35,6	69,8 (K)
Ns/Nc	4,8	7,5	3,7	1,6	10,0 (d)	3,6	-	3,2	7,3	-	5,8	2,3

A modo de conclusión cabe apuntar que un altísimo porcentaje de las pacientes han sufrido o han estado implicadas en eventos vitales de carácter traumático o estresante, que sin duda condicionan su estado mental actual y que deben ser objeto de abordaje en el contexto de los procesos terapéuticos dirigidos a superar las adicciones (Figura 5.40).

Resultados del estudio cuantitativo

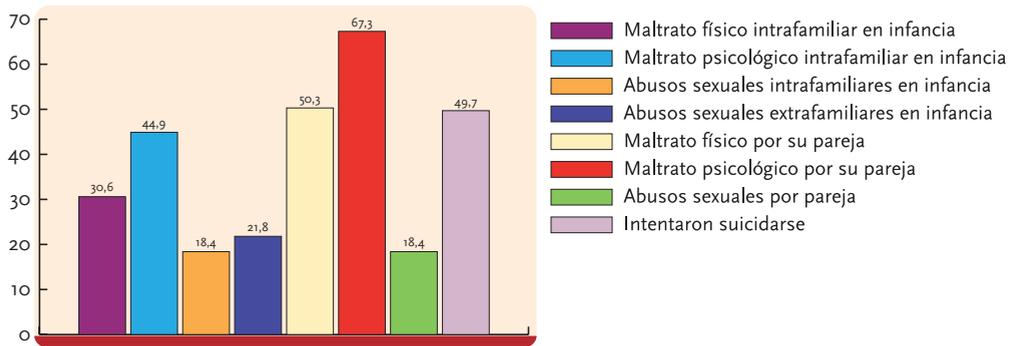


Figura 5.40. Pacientes que han estado expuestas a distintos eventos (%).

5.10. Resultados de la evaluación de diferentes dimensiones psicológicas

De manera complementaria a los datos analizados hasta el momento, destinados a conocer el estado psicológico y emocional de las pacientes, se aplicó a todas las participantes en el estudio diversos inventarios y escalas que permitieran evaluar de forma objetiva diferentes dimensiones psicológicas.

Las dimensiones seleccionadas fueron aquellas que la literatura plantea que se ven alteradas por la dependencia a las drogas en mujeres: depresión, ansiedad, autoestima, asertividad y dependencia personal. A continuación se ofrecen los resultados obtenidos de la evaluación de cada una de estas dimensiones.

Dado que la población objeto de estudio la constituyen pacientes que están en tratamiento por su adicción a distintas drogas, no es posible evaluar la gravedad de la misma en el momento de su acceso al tratamiento. Por esta razón, los valores asignados por las pacientes a la sintomatología anteriormente mencionada se ven afectados por el propio efecto del tratamiento sobre la misma. A fin de procurar aislar el impacto que el tratamiento pueda tener en los resultados, se ha procedido a cruzar los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones que evalúan los inventarios y escalas aplicados a las pacientes, con el tiempo que las mismas llevan en tratamiento.

a) Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck es una escala autoadministrada de 21 ítems que permite evaluar la gravedad de los cuadros depresivos. La aplicación de este instrumento a las pacientes objeto de estudio aportó los siguientes resultados, agrupados según los puntos de corte establecidos para graduar el síndrome depresivo (Figura 5.41):

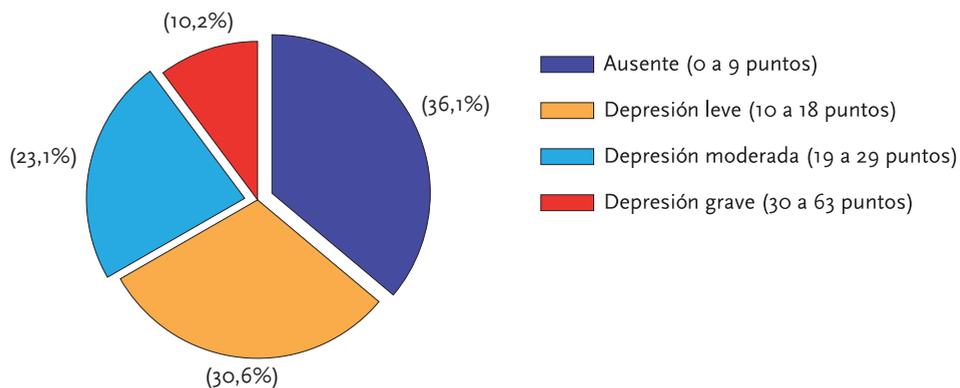


Figura 5.41. Puntuaciones obtenidas en el BDI, según puntos de corte (%).

Como se desprende de estos datos, únicamente una de cada tres pacientes (33,1%) presenta un síndrome depresivo de cierta entidad (depresión moderada o grave, en tanto que el 36,1% registra valores normales, indicativos de la ausencia de dicho síndrome.

En un rango de 0 a 63 puntos, la puntuación media obtenida por las pacientes alcanza una puntuación de 14,76 puntos (Tabla 5.52). Las pacientes consumidoras de opiáceos son quienes registran las mayores prevalencias de cuadros depresivos graves y, consecuentemente, quienes obtienen las puntuaciones medias más altas en el BDI. Por su parte, las pacientes tratadas en servicios residenciales y por problemas de alcoholismo registran en mayor proporción valores normales, indicativos de la ausencia de depresión.

Tabla 5.52. Puntuaciones obtenidas en el inventario BDI, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

DEPRESIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Ausente (0 a 9 puntos)	36,1	47,5 (c)	31,8	50,0 (EF)	20,0	25,0	71,4	38,7	31,7	44,1	34,6	39,5
Leve (10-18 puntos)	30,6	32,5	29,9	25,8	34,0	35,7	28,6	25,8	32,9	29,4	27,9	37,2
Moderada (19-29 puntos)	23,1	15,0	26,2	17,7	24,0	39,3 (D)	-	22,6	23,2	23,5	25	18,6
Grave (30-63 puntos)	10,2	5,0	12,1	6,5	22,0 (DF)	-	-	12,9	12,2	2,9	12,5	4,7
Media	14,76	11,8	15,87 (B)	12,34	18,88 (Df)	14,46	8,00	15,29	15,40	12,74	15,53	12,91
D. Típica	10,11	8,36	10,52	9,85	11,12	7,21	1,6	10,08	10,44	9,33	10,57	8,77

Si se analizan los resultados obtenidos en el BDI en función del tiempo que las pacientes llevan en tratamiento, es posible observar como la participación en el mismo se asocia con una rápida y drástica reducción de la sintomatología depresiva, si bien no existe correlación entre ambas variables (Tabla 5.53). Las pacientes que llevan menos de un mes en tratamiento presentan en un 60% sintomatología depresiva moderada o grave, casi el doble que la de quienes llevan dos o tres meses recibiendo asistencia (34,4%).

Tabla 5.53. Puntuaciones obtenidas en el inventario BDI, según tiempo de tratamiento (% y medias).

DEPRESIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Ausente (0 a 9 puntos)	36,1	13,3	34,5	46,2	39,5	38,8
Leve (10-18 puntos)	30,6	26,7	31	23,1	36,8	28,6
Moderada (19-29 puntos)	23,1	46,7	24,1	15,4	18,4	20,4
Grave (30-63 puntos)	10,2	13,3	10,3	15,4	5,3	12,2
Base	147	15	29	13	38	49
Media	14,76	19,33 (cE)	14,66	15	13	14,76
D. Típica	10,11	7,81	8,84	12,01	9,09	11,46

b) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R)

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R) consta de dos partes, con 20 cuestiones cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa la ansiedad como un estado emocional transitorio y la segunda (A/R) como un rasgo latente o propensión ansiosa relativamente estable del individuo. No existen puntos de corte para el instrumento, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

Las puntuaciones obtenidas por las pacientes en el Cuestionario Ansiedad-Estado (AE) y la correspondiente a los centiles 50 (hasta 21 puntos), 75 (hasta 31 puntos), 85 (hasta 37 puntos) y 99 (hasta 60 puntos) para la población control (entre paréntesis) fueron las siguientes (Figura 5.42):

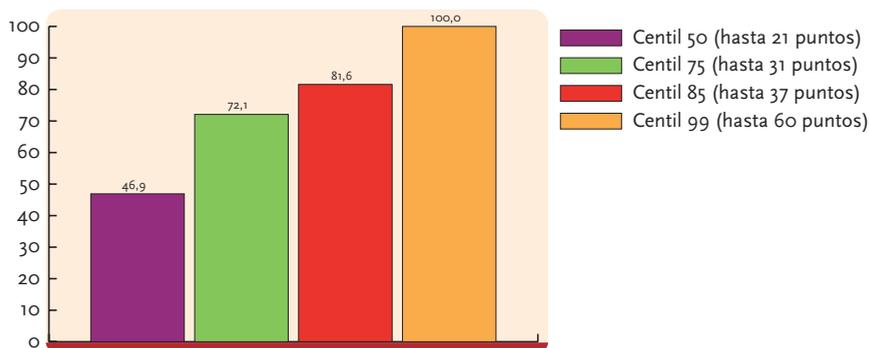


Figura 5.42. Puntuaciones obtenidas en Cuestionario Ansiedad-Estado (AE).

La puntuación centil de un test indica el porcentaje de sujetos de la población control o normativa que quedan por debajo de esa puntuación. Así pues, el centil 50 refleja la puntuación que deja por debajo de sí al 50% de los sujetos, que en el caso del Cuestionario Ansiedad-Estado se corresponde con los 21 puntos. No obstante, en el caso de la población objeto de estudio se comprueba que los porcentajes de pacientes que se sitúan por debajo de los respectivos centiles son algo menores que entre la población control (por ejemplo, el 46,9% de las pacientes puntúa por debajo de los 21 puntos en el cuestionario, frente al 50% de la población control), lo que indicaría que los niveles de ansiedad-estado son superiores entre las pacientes. Algo que no ocurre en el caso de las pacientes que siguen tratamientos residenciales y por consumo de alcohol como droga principal, donde los porcentajes se sitúan por encima de los centiles del grupo de control (Tabla 5.54).

Tabla 5.54. Puntuaciones obtenidas en Cuestionario Ansiedad-Estado, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

ANSIEDAD ESTADO	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Centil 50 (Hasta 21 punt.)	46,9	60,0 (c)	42,1	59,7 (Ef)	32,0	39,3	71,4	41,9	45,1	55,9	44,2	53,5
Centil 75 (Hasta 31 punt.)	72,1	77,5	70,1	79,0 (e)	62,0	67,9	100	74,2	70,7	73,5	69,2	79,1
Centil 85 (Hasta 37 punt.)	81,6	87,5	79,4	88,7 (E)	70,0	82,1	100	77,4	79,3	91,2	78,8	88,4
Centil 99 (Hasta 60 punt.)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

El cruce de las puntuaciones del STAI A/E con el tiempo de tratamiento permite constatar como en las fases iniciales del tratamiento, y hasta que prácticamente se cumplan seis meses de su inicio, los estados de ansiedad registran niveles muy superiores a los del conjunto de las mujeres en estudio. Así, los valores de las pacientes con 6 o más meses de tratamiento se sitúan ligeramente por encima de los centiles de la población de control, lo que indicaría que una estancia prolongada se asocia a la reducción de la ansiedad como estado (Tabla 5.55).

Tabla 5.55. Puntuaciones Cuestionario Ansiedad-Estado (AE), según tiempo de tratamiento.

ANSIEDAD ESTADO	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Centil 50 (Hasta 21 puntos)	46,9	33,3	37,9	53,8	52,6	51,0
Centil 75 (Hasta 31 puntos)	72,1	60,0	58,6	69,2	81,6 (C)	77,6 (c)
Centil 85 (Hasta 37 puntos)	81,6	73,3	75,9	76,9	84,2	87,8
Centil 99 (Hasta 60 puntos)	100	100	100	100	100	100

Resultados del estudio cuantitativo

Por su parte, las puntuaciones obtenidas por las pacientes en el Cuestionario Ansiedad-Rasgo (AR) y la correspondiente a los centiles 50 (hasta 24 puntos), 75 (hasta 32 puntos), 85 (hasta 37 puntos) y 99 (hasta 60 puntos) para la población control (entre paréntesis) han sido las siguientes (Figura 5.43):

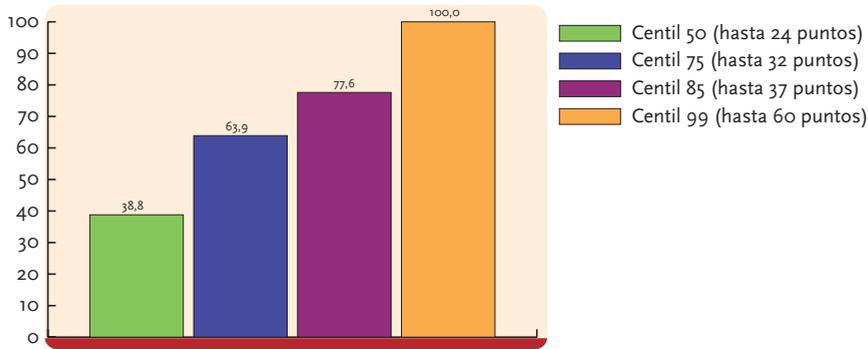


Figura 5.43. Puntuaciones obtenidas en Cuestionario Ansiedad-Rasgo (AR).

También en el caso de la ansiedad-rasgo los porcentajes de pacientes que se sitúan por debajo de los centiles del grupo de control son sensiblemente más reducidos (Tabla 5.56). Lo que indicaría que la ansiedad, como rasgo de las pacientes, es sensiblemente más intensa que entre la población normativa o de control y, comparativamente más que la ansiedad como estado.

Tabla 5.56. Puntuaciones obtenidas en Cuestionario Ansiedad-Rasgo, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

ANSIEDAD RASGO (Puntos)	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Centil 50 (Hasta 24)	38,8	45	36,4	43,5	30	39,3	57,1	38,7	36,6	44,1	39,4	37,2
Centil 75 (Hasta 32)	63,9	72,5	60,7	69,4 (e)	54	60,7	100	61,3	64,6	64,7	63,5	65,1
Centil 85 (Hasta 37)	77,6	87,5 (c)	73,8	82,3 (f)	76	64,3	100	74,2	79,3	76,5	76,9	79,1
Centil 99 (Hasta 60)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

El análisis de las puntuaciones del STAI A/R, en función del tiempo de tratamiento (Tabla 5.57), permite constatar como también en este caso en las fases iniciales del tratamiento, y hasta que prácticamente se cumplen seis de permanencia en éste, la ansiedad como rasgo alcanza niveles muy superiores a los registrados entre el conjunto de las mujeres en estudio. No obstante, la larga permanencia en el tratamiento no permite que las puntuaciones del cuestionario se sitúen en los límites de la población control.

Tabla 5.57. Puntuaciones Cuestionario Ansiedad-Rasgo, según tiempo de tratamiento (%).

ANSIEDAD RASGO	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Centil 50 (Hasta 24 puntos)	38,8	20,0	27,6	46,2	42,1	46,9 (bc)
Centil 75 (Hasta 34 puntos)	63,9	53,3	58,6	61,5	73,7	63,3
Centil 85 (Hasta 37 puntos)	77,6	66,7	82,8	69,2	78,9	79,6
Centil 99 (Hasta 60 puntos)	100	100	100	100	100	100

c) Escala de Autoestima de Rosenberg

La Escala de Autoestima de Rosenberg incluye diez ítems que permiten explorar el autoconcepto y que se puntúan de 1 a 4 puntos. Esta Escala proporciona los siguientes rangos o puntos de corte: a) de 30 a 40 puntos “autoestima elevada” (valores considerados como normales), b) de 26 a 29 puntos “autoestima media” (resulta aconsejable mejorar la autoestima) y c) menos de 25 puntos “autoestima baja” (existencia de problemas significativos de autoestima).

Los resultados obtenidos con la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg a las pacientes participantes en el estudio, agrupados según los puntos de corte, confirman que aproximadamente una de cada cuatro pacientes (25,9%) presenta problemas significativos de autoestima y que el 22,4% niveles tiene un nivel medio de autoestima, que sería recomendable mejorar, mientras que el 51,7% registra valores normales (Figura 5.44).

Resultados del estudio cuantitativo

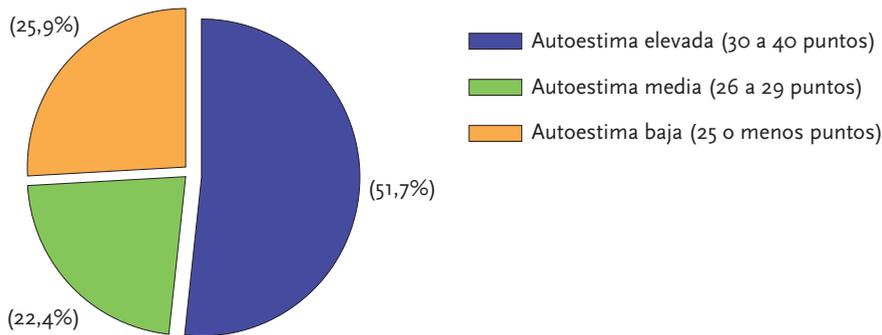


Figura 5.44. Puntuaciones Escala de Autoestima de Rosenberg, según puntos de corte (%).

En un rango de 0 a 40 puntos, las pacientes obtienen una puntuación media de 29,50 puntos. Las pacientes consumidoras de opiáceos, las más jóvenes y quienes han realizado tratamientos previos son quienes registran los mayores problemas de autoestima (Tabla 5.58).

Tabla 5.58. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

AUTOESTIMA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SI (K)	NO (L)
Elevada (30-40 puntos)	51,7	55,0	50,5	66,1 (EF)	40,0	39,3	57,1	45,2	43,9	76,5 (HI)	47,1	62,8 (K)
Media (26-29 puntos)	22,4	27,5	20,6	16,1	26,0	28,6	28,6	22,6	25,6	14,7	23,1	20,9
Baja (25 o menos)	25,9	17,5	29,0	17,7	34,0 (d)	32,1	14,3	32,3 (I)	30,5 (J)	8,8	29,8 (I)	16,3
Media	29,5	30,05	29,29	30,68 (E)	28,36	28,96	29,29	28,23	28,95	31,97 (HI)	29,13	30,37
D. Típica	5,58	5,76	5,52	4,88	6,48	5,43	3,28	6,14	5,69	3,9	5,9	4,66

La evolución de los niveles de autoestima en función del tiempo de tratamiento apunta la mejora rápida e intensa de la misma entre las pacientes tras cumplirse un mes de tratamiento, para estabilizarse entre quienes llevan 4 o más meses de tratamiento (Tabla 5.59).

Tabla 5.59. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Autoestima de Rosenberg, según tiempo de tratamiento (%).

AUTOESTIMA	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Autoestima elevada (30 a 40)	51,7	20,0	51,7	61,5	47,4	63,3
Autoestima media (26 a 29)	22,4	53,3	20,7	7,7	26,3	14,3
Autoestima baja (25 o menos)	25,9	26,7	27,6	30,8	26,3	22,4
Base	147	15	29	13	38	49
Media	29,5	26,73	28,79	30,0	29,61	30,55
D. Típica	5,58	3,49	5,52	6,67	5,52	5,62

d) Inventario de Asertividad de Rathus

Es un instrumento de 30 ítems, respecto a los cuales los pacientes muestran su grado de acuerdo o desacuerdo, en una escala de -3 a $+3$. La suma de las puntuaciones obtenidas en estas preguntas oscila en un rango comprendido entre -90 puntos (mínima asertividad) a $+90$ puntos (máxima asertividad).

La aplicación de este Inventario a las pacientes objeto de observación muestra que el 60,6% puntúa por encima del punto de equilibrio (0 puntos), frente al 37,5% que lo hace por debajo (Figura 5.45).

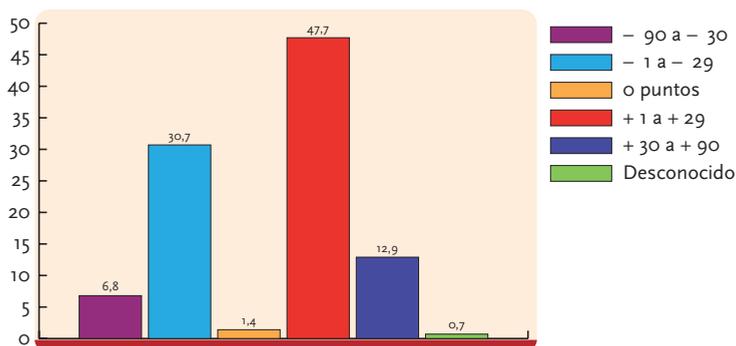


Figura 5.45. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Asertividad de Rathus (%).

Las puntuaciones más altas (máxima asertividad) en el Inventario se localizan entre las pacientes que siguen tratamientos residenciales (Tabla 5.6o).

Tabla 5.60. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Asertividad de Rathus, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (% y medias).

PUNTOS	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
-90 a -40	3,4	5,0	2,8	4,8	2,0	3,6	-	6,5	3,7	-	1,9	7,0
-39 a -30	3,4	5,0	2,8	3,2	-	10,7	-	-	4,9	2,9	2,9	4,7
-29 a -20	8,2	10,0	7,5	12,9 (f)	8,0	-	-	6,5	6,1	14,7	9,6	4,7
-19 a -10	7,5	-	10,3 (B)	4,8	10,0	3,6	28,6	12,9	6,1	5,9	4,8	14,0 (K)
-9 a -1	15,0	17,5	14,0	17,7	12,0	14,3	14,3	19,4	13,4	14,7	17,3	9,3
o puntos	1,4	-	1,9	3,2	-	-	-	3,2	-	2,9	1,0	2,3
+1 a +9	18,4	7,5	22,4 (B)	17,7	24,0	10,7	14,3	12,9	20,7	17,6	20,2	14,0
+10 a +19	14,3	12,5	15,0	6,5	18,0 (d)	25,0 (D)	14,3	16,1	15,9	8,8	11,5	20,9
+20 a +29	15,0	15,0	15,0	12,9	18,0	14,3	14,3	12,9	15,9	14,7	16,3	11,6
+30 a +39	5,4	10	3,7	9,7 (E)	-	3,6	14,3	6,5	3,7	8,8	4,8	7
+40 a +90	7,5	17,5 (C)	3,7	6,5	6,0	14,3	-	3,2	9,8	5,9	8,7	4,7
Ns/Nc	0,7	-	0,9	-	2,0	-	-	-	-	2,9	1,0	-

El análisis de las puntuaciones obtenidas por las pacientes en el Inventario parece indicar que los niveles de asertividad no guardan relación con el tiempo en el que llevan participando en el tratamiento, ni que el mantenimiento en el mismo suponga un cambio sustancial en el nivel de autoestima existente en el momento de iniciar el tratamiento (Tabla 5.61).

Tabla 5.61. Puntuaciones Inventario Asertividad de Rathus, según tiempo de tratamiento (%).

ASERTIVIDAD	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
-90 a -40	3,4	6,7	6,9	-	2,6	2,0
-39 a -30	3,4	6,7	6,9	7,7	-	2,0
-29 a -20	8,2	6,7	-	23,1	7,9	10,2
-19 a -10	7,5	-	-	15,4	5,3	14,3
-9 a -1	15	20	20,7	15,4	10,5	14,3
o puntos	1,4	6,7	-	-	-	2,0
+1 a +9	18,4	20	24,1	-	13,2	22,4
+10 a +19	14,3	13,3	6,9	15,4	28,9	6,1
+20 a +29	15	6,7	13,8	15,4	18,4	14,3
+30 a +39	5,4	-	10,3	-	5,3	6,1
+40 a +90	7,5	13,3	10,3	7,7	7,9	4,1
Desconocido	0,7	-	-	-	-	2,0

e) Inventario de Dependencia Interpersonal

Es un instrumento autoadministrado de 48 preguntas en el que los sujetos utilizan una escala de 1 a 4 para definir en qué medida son características de ellos diferentes actitudes, sentimientos o comportamientos. Los 48 ítems del Inventario de Dependencia Interpersonal están divididos en tres subescalas: 1) Dependencia emocional de otra persona, 2) Falta de confianza social y 3) Aserción de autonomía. Para la corrección del IDI se suman las puntuaciones obtenidas por la persona en cada ítem que integran las diferentes subescalas, comparando las mismas con el percentil indicado para la población control.

Las puntuaciones globales obtenidas en el Inventario de Dependencia Interpersonal por las pacientes objeto de observación, se recogen en la Tabla 5.62. Aunque no existen fórmulas que permitan su explotación global, valores más altos son indicativos de un mayor grado de dependencia interpersonal.

Tabla 5.62. Distribución puntuaciones totales del Inventario de Dependencia Interpersonal, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
1 a 90	10,2	15	8,4	8,1	8	14,3	28,6	9,7	12,2	5,9	9,6	11,6
91 a 98	10,2	15	8,4	11,3	10	10,7	-	9,7	8,5	14,7	11,5	7
99 a 103	9,5	10	9,3	9,7	8	10,7	14,3	9,7	9,8	8,8	10,6	7
104 a 106	8,8	10	8,4	8,1	6	10,7	28,6	12,9	11	-	7,7	11,6
107 a 109	10,2	10	10,3	14,5	10	3,6	-	6,5	11	11,8	11,5	7
110 a 115	12,2	10	13,1	9,7	14	14,3	14,3	19,4	12,2	5,9	11,5	14
116 a 119	8,2	10	7,5	9,7	12	-	-	6,5	7,3	11,8	10,6	2,3
120 a 125	10,9	10	11,2	11,3	8	17,9	-	6,5	12,2	11,8	10,6	11,6
126 a 130	8,8	2,5	11,2	8,1	10	7,1	14,3	12,9	8,5	5,9	4,8	18,6
Más de 130	10,9	7,5	12,1	9,7	14	10,7	-	6,5	7,3	23,5	11,5	9,3

La distribución de las frecuencias obtenidas en las diferentes subescalas que integran el IDI ha sido la siguiente (Tabla 5.63).

Tabla 5.63. Distribución puntuaciones de las Subescalas Dependencia Emocional, Falta de confianza social y Aserción de autonomía del IDI, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

SUBESCALA	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
DEPENDENCIA EMOCIONAL												
1 a 36	22,4	27,5	20,6	22,6	22	21,4	28,6	22,6	24,4	17,6	23,1	20,9
37 a 43	21,1	25	19,6	19,4	18	21,4	57,1	19,4	18,3	29,4	23,1	16,3
44 a 47	17,7	20	16,8	22,6	14	17,9	-	16,1	19,5	14,7	18,3	16,3
48 a 55	18,4	7,5	22,4	19,4	22	14,3	-	12,9	23,2	11,8	17,3	20,9
56 o más	20,4	20	20,6	16,1	24	25	14,3	29	14,6	26,5	18,3	25,6
FALTA DE CONFIANZA SOCIAL												
1 a 32	18,4	32,5 (C)	13,1	16,1	22,0	21,4	-	9,7	24,4 (h)	11,8	20,2	14,0
33 a 35	23,1	15,0	26,2	17,7	26,0	28,6	28,6	25,8	23,2	20,6	22,1	25,6
36 a 38	22,4	15,0	25,2	27,4	16,0	14,3	57,1	35,5 (i)	18,3	20,6	20,2	27,9
39 a 41	16,3	17,5	15,9	16,1	16,0	17,9	14,3	16,1	17,1	14,7	16,3	16,3
42 o más	19,7	20,0	19,6	22,6	20,0	17,9	-	12,9	17,1	32,4 (hi)	21,2	16,3
ASERCIÓN DE AUTONOMÍA												
1 a 24	23,8	32,5	20,6	27,4 (E)	12,0	35,7 (E)	28,6	25,8	25,6	17,6	24	23,3
25 a 26	15,0	7,5	17,8	12,9	12,0	14,3	57,1	19,4	13,4	14,7	14,4	16,3
27 a 30	21,8	35,0 (C)	16,8	21	28,0	17,9	-	25,8	22,0	17,6	26 (I)	11,6
31 a 34	19,7	15,0	21,5	24,2	18,0	14,3	14,3	16,1	18,3	26,5	14,4	32,6 (K)
Más de 34	19,7	10,0	23,4	14,5	30,0	17,9	-	12,9	20,7	23,5	21,2	16,3

La comparación de las puntuaciones obtenidas por las pacientes en las diferentes subescalas del Inventario de Dependencia Interpersonal con las puntuaciones medias correspondientes a los diferentes percentiles para la población de control (que en las siguientes tablas se recogen entre paréntesis en la columna de la izquierda) ofrece resultados en cierto sentido contradictorios.

En este sentido, debe indicarse que la experiencia mantenida tras la aplicación del Inventario en el marco de la presente investigación, arroja serias dudas sobre la sensibilidad del instrumento para evaluar la dependencia emocional de las pacientes. Este dato, junto a la ausencia de valores normativos del inventario para la población española, hace que sea necesario un mayor refinamiento de la herramienta y una mayor investigación para su validación.

En el caso de la Subescala de Dependencia Emocional las puntuaciones de las pacientes en estudio se sitúan por encima de la población de control hasta el percentil 45, a partir del cual pasan a estar por debajo del mismo (Tabla 5.64). Esto explica porqué la puntuación media en esta subescala de las mujeres drogodependientes en estudio (2,53 puntos) supera la de la población control (2,46 puntos).

Tabla 5.64. Puntuación Subescala de Dependencia Emocional del IDI, por percentiles, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SI (K)	NO (L)
Percentil 5 (Hasta 2.11)	25,2	30,0	23,4	24,2	26,0	25,0	28,6	25,8	26,8	20,6	26	23,3
Percentil 10 (Hasta 2.17)	28,6	37,5	25,2	29,0	28,0	28,6	28,6	29,0	28,0	29,4	29,8	25,6
Percentil 15 (Hasta 2.22)	31,3	40,0	28,0	29,0	30,0	32,1	57,1	32,3	31,7	29,4	31,7	30,2
Percentil 20 (Hasta 2.28)	34,7	42,5	31,8	32,3	34,0	35,7	57,1	32,3	35,4	35,3	36,5	30,2
Percentil 25 (Hasta 2.28)	34,7	42,5	31,8	32,3	34,0	35,7	57,1	32,3	35,4	35,3	36,5	30,2
Percentil 30 (Hasta 2.33)	38,1	47,5	34,6	35,5	36,0	39,3	71,4	38,7	37,8	38,2	40,4	32,6
Percentil 35 (Hasta 2.33)	38,1	47,5	34,6	35,5	36,0	39,3	71,4	38,7	37,8	38,2	40,4	32,6



Resultados del estudio cuantitativo



PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Percentil 40 (Hasta 2.39)	43,5	52,5	40,2	41,9	40,0	42,9	85,7	41,9	42,7	47,1	46,2	37,2
Percentil 45 (Hasta 2.44)	49,0	57,5	45,8	50,0	44,0	46,4	85,7	48,4	48,8	50,0	51,0	44,2
Percentil 50 (Hasta 2.44)	49,0	57,5	45,8	50	44,0	46,4	85,7	48,4	48,8	50,0	51,0	44,2
Percentil 55 (Hasta 2.50)	51,0	62,5	46,7	51,6	46,0	50,0	85,7	48,4	51,2	52,9	53,8	44,2
Percentil 60 (Hasta 2.50)	51,0	62,5	46,7	51,6	46,0	50,0	85,7	48,4	51,2	52,9	53,8	44,2
Percentil 65 (Hasta 2.56)	55,8	70,0	50,5	56,5	50,0	57,1	85,7	51,6	54,9	61,8	59,6	46,5
Percentil 70 (Hasta 2.56)	55,8	70,0	50,5	56,5	50,0	57,1	85,7	51,6	54,9	61,8	59,6	46,5
Percentil 75 (Hasta 2.61)	61,2	72,5	57,0	64,5	54,0	60,7	85,7	58,1	62,2	61,8	64,4	53,5
Percentil 80 (Hasta 2.61)	61,2	72,5	57,0	64,5	54,0	60,7	85,7	58,1	62,2	61,8	64,4	53,5
Percentil 85 (Hasta 2.67)	65,3	72,5	62,6	66,1	60,0	67,9	85,7	58,1	69,5	61,8	69,2	55,8
Percentil 90 (Hasta 2.78)	68,7	75,0	66,4	72,6	62,0	67,9	85,7	61,3	73,2	64,7	70,2	65,1
Percentil 95 (Hasta 2.89)	74,1	77,5	72,9	79,0	68,0	71,4	85,7	61,3	80,5	70,6	74	74,4
Percentil 97 (Hasta 2.89)	74,1	77,5	72,9	79,0	68,0	71,4	85,7	61,3	80,5	70,6	74	74,4
Percentil 99 (Hasta 3.06)	79,6	80	79,4	83,9	76,0	75,0	85,7	71,0	85,4	73,5	81,7	74,4
Por encima percentil 99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Media (Pob. Control: 2.46)	2,53	2,44	2,56	2,5	2,57	2,56	2,29	2,59	2,47	2,59	2,51	2,57
D. Típica	0,58	0,56	0,58	0,52	0,6	0,63	0,56	0,65	0,51	0,65	0,56	0,62

(*) Entre paréntesis en la columna Izquierda la puntuación media de la población control en cada percentil.

Por el contrario, en la Subescala Falta de Confianza Social las puntuaciones de las pacientes se sitúan por debajo de la población control en todos los percentiles (Tabla 5.65). La puntuación media en esta subescala de las pacientes en estudio (2,28 puntos) es menor que la de la población control (2,41 puntos).

Tabla 5.65. Puntuación Subescala Falta de Confianza Social del IDI, por percentiles, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Percentil 5 (Hasta 2.00)	18,4	32,5	13,1	16,1	22,0	21,4	-	9,7	24,4	11,8	20,2	14,0
Percentil 10 (Hasta 2.13)	34,7	45,0	30,8	24,2	44,0	42,9	28,6	35,5	39,0	23,5	36,5	30,2
Percentil 15 (Hasta 2.19)	41,5	47,5	39,3	33,9	48,0	50,0	28,6	35,5	47,6	32,4	42,3	39,5
Percentil 20 (Hasta 2.25)	53,1	60,0	50,5	48,4	56,0	60,7	42,9	48,4	59,8	41,2	51,9	55,8
Percentil 25 (Hasta 2.25)	53,1	6,00	50,5	48,4	56,0	60,7	42,9	48,4	59,8	41,2	51,9	55,8
Percentil 30 (Hasta 2.31)	59,2	60,0	58,9	58,1	58,0	64,3	57,1	67,7	61,0	47,1	58,7	60,5
Percentil 35 (Hasta 2.31)	59,2	60,0	58,9	58,1	58,0	64,3	57,1	67,7	61,0	47,1	58,7	60,5
Percentil 40 (Hasta 2.31)	59,2	60,0	58,9	58,1	58,0	64,3	57,1	67,7	61,0	47,1	58,7	60,5
Percentil 45 (Hasta 2.38)	63,9	62,5	64,5	61,3	64,0	64,3	85,7	71,0	65,9	52,9	62,5	67,4
Percentil 50 (Hasta 2.38)	63,9	62,5	64,5	61,3	64,0	64,3	85,7	71,0	65,9	52,9	62,5	67,4
Percentil 55 (Hasta 2.44)	72,1	77,5	70,1	71,0	70,0	71,4	100	83,9	73,2	58,8	70,2	76,7
Percentil 60 (Hasta 2.44)	72,1	77,5	70,1	71,0	70,0	71,4	100	83,9	73,2	58,8	70,2	76,7
Percentil 65 (Hasta 2.50)	76,9	80,0	75,7	74,2	76,0	78,6	100	87,1	79,3	61,8	75	81,4
Percentil 70 (Hasta 2.50)	76,9	80,0	75,7	74,2	76,0	78,6	100	87,1	79,3	61,8	75	81,4





PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Percentil 75 (Hasta 2.56)	80,3	80,0	80,4	77,4	80,0	82,1	100	87,1	82,9	67,6	78,8	83,7
Percentil 80 (Hasta 2.63)	85,7	85,0	86,0	83,9	84,0	89,3	100	93,5	87,8	73,5	85,6	86,0
Percentil 85 (Hasta 2.63)	85,7	85,0	86,0	83,9	84,0	89,3	100	93,5	87,8	73,5	85,6	86,0
Percentil 90 (Hasta 2.75)	93,2	95,0	92,5	93,5	90,0	96,4	100	93,5	93,9	91,2	92,3	95,3
Percentil 95 (Hasta 2.88)	95,2	97,5	94,4	96,8	92,0	96,4	100	93,5	97,6	91,2	95,2	95,3
Percentil 97 (Hasta 2.99)	95,2	97,5	94,4	96,8	92,0	96,4	100	93,5	97,6	91,2	95,2	95,3
Percentil 99 (Hasta 3.13)	99,3	100	99,1	100	98,0	100	100	100	98,8	100	99,0	100
Por encima percentil 99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Media (Pob. Control: 2.41)	2,28	2,14	2,33	2,33	2,27	2,16	2,27	2,26	2,23	2,41	2,26	2,3
D. Típica	0,4	0,54	0,32	0,29	0,43	0,55	0,13	0,39	0,42	0,32	0,43	0,3

(*) Entre paréntesis en la columna Izquierda la puntuación media de la población control en cada percentil.

Finalmente, en la Subescala Aserción de Autonomía las puntuaciones de las pacientes en estudio se sitúan por encima de la población de control hasta el percentil 80, a partir de ahí pasan a estar por debajo del mismo (Tabla 5.66). La puntuación media en esta subescala de las mujeres drogodependientes en estudio (2,09 puntos) es inferior a la de la población control (2,29 puntos).

Tabla 5.66. Puntuación Subescala Aserción de Autonomía del IDI, por percentiles, según tipo de tratamiento, droga principal, edad y realización de tratamientos previos (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Percentil 5 (Hasta 1.93)	44,9	50,0	43,0	43,5	34,0	57,1	85,7	48,4	47,6	35,3	46,2	41,9
Percentil 10 (Hasta 2.00)	52,4	57,5	50,5	53,2	42,0	60,7	85,7	58,1	56,1	38,2	53,8	48,8
Percentil 15 (Hasta 2.07)	57,8	70,0	53,3	59,7	46,0	67,9	85,7	64,5	59,8	47,1	61,5	48,8
Percentil 20 (Hasta 2.07)	57,8	70,0	53,3	59,7	46,0	67,9	85,7	64,5	59,8	47,1	61,5	48,8
Percentil 25 (Hasta 2.14)	60,5	75,0	55,1	61,3	52,0	67,9	85,7	71,0	61,0	50,0	64,4	51,2
Percentil 30 (Hasta 2.16)	60,5	75,0	55,1	61,3	52,0	67,9	85,7	71,0	61,0	50,0	64,4	51,2
Percentil 35 (Hasta 2.21)	64,6	77,5	59,8	66,1	58,0	67,9	85,7	77,4	63,4	55,9	68,3	55,8
Percentil 40 (Hasta 2.21)	64,6	77,5	59,8	66,1	58,0	67,9	85,7	77,4	63,4	55,9	68,3	55,8
Percentil 45 (Hasta 2.29)	71,4	80,0	68,2	74,2	66,0	67,9	100	83,9	69,5	64,7	72,1	69,8
Percentil 50 (Hasta 2.29)	71,4	80,0	68,2	74,2	66,0	67,9	100	83,9	69,5	64,7	72,1	69,8
Percentil 55 (Hasta 2.29)	71,4	80,0	68,2	74,2	66,0	67,9	100	83,9 (j)	69,5	64,7	72,1	69,8
Percentil 60 (Hasta 2.36)	74,8	82,5	72,0	77,4	70,0	71,4	100	83,9	74,4	67,6	75,0	74,4
Percentil 65 (Hasta 2.36)	74,8	82,5	72,0	77,4	70,0	71,4	100	83,9	74,4	67,6	75,0	74,4
Percentil 70 (Hasta 2.43)	80,3	90,0	76,6	85,5	70,0	82,1	100	87,1	79,3	76,5	78,8	83,7
Percentil 75 (Hasta 2.43)	80,3	90,0	76,6	85,5	70,0	82,1	100	87,1	79,3	76,5	78,8	83,7
Percentil 80 (Hasta 2.50)	82,3	92,5	78,5	85,5	72,0	89,3	100	87,1	82,9	76,5	80,8	86
Percentil 85 (Hasta 2.50)	82,3	92,5	78,5	85,5	72,0	89,3	100	87,1	82,9	76,5	80,8	86





PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	TIPO TRATAM.		DROGA PRINCIPAL				EDAD			TTO. PREVIO	
		Resid. (B)	Ambul. (C)	Alc. (D)	Opiác. (E)	Coc. (F)	Otras (G)	18-29 (H)	30-44 (I)	45 y + (J)	SÍ (K)	NO (L)
Percentil 90 (Hasta 2.57)	85,7	92,5	83,2	87,1	80,0	89,3	100	90,3	85,4	82,4	85,6	86
Percentil 95 (Hasta 2.71)	88,4	92,5	86,9	90,3	84,0	89,3	100	90,3	89	85,3	87,5	90,7
Percentil 97 (Hasta 2.78)	90,5	92,5	89,7	91,9	86,0	92,9	100	90,3	92,7	85,3	88,5	95,3
Percentil 99 (Hasta 2.93)	95,2	100	93,5	95,2	96,0	92,9	100	90,3	97,6	94,1	95,2	95,3
Por encima percentil 99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Media (Pob. Control: 2.29)	2,09	1,98	2,13	2,05	2,22	2,03	1,82	2,03	2,07	2,18	2,08	2,11
D. Típica	0,47	0,41	0,49	0,49	0,44	0,5	0,22	0,47	0,47	0,48	0,49	0,44

(*) Entre paréntesis en la columna Izquierda la puntuación media de la población control en cada percentil.

El análisis de los resultados de las pacientes en las distintas subescalas del IDI, en base al tiempo de permanencia en el tratamiento, introduce algunas variaciones relevantes que podría resumirse del siguiente modo:

- Los pacientes que llevan un breve tiempo en tratamiento son quienes obtienen valores más elevados en la Subescala de Dependencia Emocional y los que llevan 12 o más meses los más bajos (Tabla 5.67).
- Las pacientes que llevan en tratamiento entre 2 y 3 meses son quienes puntúan más alto en la Subescala Falta de Confianza Social, mientras que quienes llevan entre 6 y 11 registran niveles significativamente más reducidos (Tabla 5.68).
- Las puntuaciones de la Subescala Aserción de Autonomía permanecen relativamente estables, al margen del tiempo de permanencia en tratamiento (Tabla 5.69).

Tabla 5.67. Puntuación Subescala de Dependencia Emocional del IDI, según tiempo de permanencia en el tratamiento (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Percentil 5 (Hasta 2.11)	25,2	6,7	27,6	15,4	28,9	26,5
Percentil 10 (Hasta 2.17)	28,6	20,0	31,0	15,4	28,9	30,6
Percentil 15 (Hasta 2.22)	31,3	20,0	34,5	15,4	36,8	30,6
Percentil 20 (Hasta 2.28)	34,7	20,0	37,9	15,4	39,5	34,7
Percentil 25 (Hasta 2.28)	34,7	20,0	37,9	15,4	39,5	34,7
Percentil 30 (Hasta 2.33)	38,1	26,7	41,4	23,1	39,5	38,8
Percentil 35 (Hasta 2.33)	38,1	26,7	41,4	23,1	39,5	38,8
Percentil 40 (Hasta 2.39)	43,5	40,0	41,4	23,1	44,7	46,9
Percentil 45 (Hasta 2.44)	49,0	40,0	44,8	38,5	50,0	53,1
Percentil 50 (Hasta 2.44)	49,0	40,0	44,8	38,5	50,0	53,1
Percentil 55 (Hasta 2.50)	51,0	40,0	44,8	46,2	52,6	55,1
Percentil 60 (Hasta 2.50)	51,0	40,0	44,8	46,2	52,6	55,1
Percentil 65 (Hasta 2.56)	55,8	40,0	55,2	53,8	55,3	59,2
Percentil 70 (Hasta 2.56)	55,8	40,0	55,2	53,8	55,3	59,2
Percentil 75 (Hasta 2.61)	61,2	40,0	58,6	61,5	63,2	65,3 (b)
Percentil 80 (Hasta 2.61)	61,2	40,0	58,6	61,5	63,2	65,3 (b)
Percentil 85 (Hasta 2.67)	65,3	46,7	58,6	76,9	63,2	71,4 (b)
Percentil 90 (Hasta 2.78)	68,7	46,7	58,6	76,9	65,8	79,6 (Bc)



Resultados del estudio cuantitativo



PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Percentil 95 (Hasta 2.89)	74,1	53,3	65,5	76,9	71,1	85,7 (BCe)
Percentil 97 (Hasta 2.89)	74,1	53,3	65,5	76,9	71,1	85,7 (BCe)
Percentil 99 (Hasta 3.06)	79,6	66,7	72,4	76,9	76,3	89,8 (Bce)
Por encima percentil 99	100	100	100	100	100	100
Media (Pop. Control: 2.46)	2,53	2,79	2,61	2,61	2,48	2,45
D. Típica	0,58	0,59	0,56	0,5	0,61	0,53

(*) Entre paréntesis en la columna Izquierda la puntuación media de la población control en cada percentil.

Tabla 5.68. Puntuación Subescala de Falta de Confianza Social del IDI, según tiempo de permanencia en el tratamiento (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Percentil 5 (Hasta 2.00)	18,4	13,3	31,0 (F)	23,1	15,8	10,2
Percentil 10 (Hasta 2.13)	34,7	20,0	44,8 (F)	30,8	47,4 (bF)	22,4
Percentil 15 (Hasta 2.19)	41,5	26,7	48,3	38,5	52,6 (bF)	30,6
Percentil 20 (Hasta 2.25)	53,1	26,7	62,1 (B)	38,5	71,1 (BF)	42,9
Percentil 25 (Hasta 2.25)	53,1	26,7	62,1 (B)	38,5	71,1 (BF)	42,9
Percentil 30 (Hasta 2.31)	59,2	40,0	62,1	46,2	78,9 (BF)	49,0
Percentil 35 (Hasta 2.31)	59,2	40,0	62,1	46,2	78,9 (BF)	49,0
Percentil 40 (Hasta 2.31)	59,2	40,0	62,1	46,2	78,9 (BF)	49,0
Percentil 45 (Hasta 2.38)	63,9	40,0	62,1	46,2	84,2 (BCF)	59,2





PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Percentil 50 (Hasta 2.38)	63,9	40,0	62,1	46,2	84,2 (BCF)	59,2
Percentil 55 (Hasta 2.44)	72,1	46,7	72,4	53,8	86,8 (Bf)	71,4 (b)
Percentil 60 (Hasta 2.44)	72,1	46,7	72,4	53,8	86,8 (FBf)	71,4 (b)
Percentil 65 (Hasta 2.50)	76,9	53,3	79,3 (Fb)	69,2	89,5 (Bf)	73,5
Percentil 70 (Hasta 2.50)	76,9	53,3	79,3 (b)	69,2	89,5 (Bf)	73,5
Percentil 75 (Hasta 2.56)	80,3	53,3	79,3 (b)	69,2	92,1 (B)	81,6 (B)
Percentil 80 (Hasta 2.63)	85,7	66,7	79,3	84,6	94,7 (Bc)	87,8 (b)
Percentil 85 (Hasta 2.63)	85,7	66,7	79,3	84,6	94,7 (Bc)	87,8 (b)
Percentil 90 (Hasta 2.75)	93,2	80,0	82,8	100	100 (BC)	95,9 (bc)
Percentil 95 (Hasta 2.88)	95,2	93,3	86,2	100	100 (C)	95,9
Percentil 97 (Hasta 2.99)	95,2	93,3	86,2	100	100 (C)	95,9
Percentil 99 (Hasta 3.13)	99,3	100	96,6	100	100	100
Por encima percentil 99	100	100	100	100	100	100
Media (Pob. Control: 2.41)	2,28	2,45	2,24	2,33	2,17	2,35
D. Típica	0,4	0,34	0,54	0,3	0,34	0,27

(*) Entre paréntesis en la columna Izquierda la puntuación media de la población control en cada percentil.

Resultados del estudio cuantitativo

Tabla 5.69. Puntuación Subescala de Aserción de Autonomía del IDI, según tiempo de permanencia en el tratamiento (%).

PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Percentil 5 (Hasta 1.93)	44,9	53,3 (f)	41,4	61,5	55,3 (F)	28,6
Percentil 10 (Hasta 2.00)	52,4	53,3	51,7	61,5	60,5 (f)	40,8
Percentil 15 (Hasta 2.07)	57,8	53,3	69 (F)	69,2	60,5	44,9
Percentil 20 (Hasta 2.07)	57,8	53,3	69 (F)	69,2	60,5	44,9
Percentil 25 (Hasta 2.14)	60,5	53,3	72,4 (F)	76,9	60,5	49,0
Percentil 30 (Hasta 2.16)	60,5	53,3	72,4 (F)	76,9	60,5	49,0
Percentil 35 (Hasta 2.21)	64,6	53,3	72,4 (f)	76,9	71,1 (f)	53,1
Percentil 40 (Hasta 2.21)	64,6	53,3	72,4 (f)	76,9	71,1 (f)	53,1
Percentil 45 (Hasta 2.29)	71,4	53,3	79,3 (b)	76,9	78,9 (b)	63,3
Percentil 50 (Hasta 2.29)	71,4	53,3	79,3 (b)	76,9	78,9 (b)	63,3
Percentil 55 (Hasta 2.29)	71,4	53,3	79,3 (b)	76,9	78,9 (b)	63,3
Percentil 60 (Hasta 2.36)	74,8	60,0	79,3	84,6	81,6	67,3
Percentil 65 (Hasta 2.36)	74,8	60,0	79,3	84,6	81,6	67,3
Percentil 70 (Hasta 2.43)	80,3	80,0	89,7 (f)	84,6	81,6	71,4
Percentil 75 (Hasta 2.43)	80,3	80,0	89,7 (f)	84,6	81,6	71,4
Percentil 80 (Hasta 2.50)	82,3	80,0	89,7	84,6	84,2	75,5
Percentil 85 (Hasta 2.50)	82,3	80,0	89,7	84,6	84,2	75,5
Percentil 90 (Hasta 2.57)	85,7	80,0	89,7	84,6	84,2	85,7





PUNTUACIÓN	TOTAL (A)	Menos de 1 mes (B)	2 a 3 meses (C)	4 a 5 meses (D)	6 a 11 meses (E)	12 o más meses (F)
Percentil 95 (Hasta 2.71)	88,4	80,0	89,7	92,3	92,1	85,7
Percentil 97 (Hasta 2.78)	90,5	80,0	93,1	92,3	92,1	89,8
Percentil 99 (Hasta 2.93)	95,2	93,3	96,6	100	97,4	91,8
Por encima percentil 99	100	100	100	100	100	100
Media (Pob. Control: 2.29)	2,09	2,09	2,04	1,98	2,06	2,19
D. Típica	0,47	0,59	0,43	0,4	0,45	0,49

(*) Entre paréntesis en la columna Izquierda la puntuación media de la población control en cada percentil.



Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas

6

Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas

6

A continuación se analizan de forma global las diferencias existentes en los perfiles de las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol ($n=62$) y a las drogas ilícitas ($n=85$). Este análisis resulta de gran interés dado que, como se verá más adelante, hay aspectos de la intervención asistencial, como son por ejemplo las vías de acceso o captación al tratamiento, que varían de forma notable entre ambos grupos de pacientes. Ello hace necesario que los profesionales conozcan las características de las distintas poblaciones con las que van a trabajar, a fin de diseñar estrategias para su captación y tratamiento adaptadas a las mismas.

Para determinar cuáles de las diferencias detectadas entre las dos categorías de pacientes objeto de análisis son o no significativas se ha utilizado el Test-T de Proporciones, comparando los valores entre pacientes con dependencia a alcohol y a drogas ilegales. Las comparaciones han sido testadas al 95% (nivel de riesgo 5%) y al 90% (nivel de riesgo 10%). En las tablas que se incluyen en este apartado se registra en mayúsculas el nivel de riesgo acepado del 5% y en minúsculas el nivel de riesgo del 10%, especificándose en los valores donde las diferencias observadas son estadísticamente significativas.

En relación a las características sociodemográficas generales de las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol o a drogas ilícitas, se observan las siguientes diferencias, estadísticamente significativas:

- Mayor edad de las pacientes atendidas por adicción al alcohol (42,9% en alcohólicas, frente 36,09% en drogodependientes a drogas ilegales; $p<0,05$)
- Mayor presencia de casadas (32,3% frente a 12,9%; $p<0,05$) y separadas (17,7% frente a 7,1%; $p<0,05$) entre las pacientes atendidas por adicción al alcohol frente a las drogodependientes de drogas ilícitas.
- Mayor presencia de solteras entre las pacientes atendidas por adicción a drogas ilícitas (65,9% frente 35,5% en alcohólicas; $p<0,05$).
- Mayor porcentaje de desempleadas con trabajo previo entre las pacientes atendidas por adicción a drogas ilícitas (62,4% frente 43,5%; $p<0,05$).

- Mayor porcentaje de mujeres dedicadas en exclusiva a las tareas del hogar entre las pacientes con adicción al alcohol (12,9% frente 0% en dependientes drogas ilegales; $p < 0,05$).
- Mayor grado de dependencia económica de la ayuda familiar entre las pacientes con adicción a drogas ilícitas (25,9% frente 14,5%; $p < 0,1$).
- Mayor grado de dependencia económica de la ayuda de la pareja entre las pacientes tratadas por problemas con el alcohol (17,7% frente 8,2%; $p < 0,1$).
- Porcentaje ligeramente superior de mujeres con estudios primarios completos entre las pacientes atendidas por adicción al alcohol, sin detectarse diferencias significativas en el resto de las categorías educativas.

Se observan también algunas diferencias relevantes en las características de los tratamientos realizados, entre las que destacan:

- En las vías de acceso al tratamiento existen diferencias significativas ($p < 0,05$), con un mayor protagonismo de los servicios de salud entre las mujeres con adicción al alcohol donde los porcentajes de acceso suponen un 9,7% desde atención primaria (AP) y un 25,8% desde Hospital u otros Servicios de Salud (HSS), frente a un 0% de acceso de mujeres con drogodependientes de drogas ilegales desde AP y un 5,9% desde HSS.
- El período de cadencia entre el inicio al consumo de la droga principal y la primera admisión a tratamiento es más del doble entre las pacientes con adicción al alcohol (media de 22 años versus 9,63 años; $p < 0,05$). También es superior entre este grupo el plazo transcurrido entre el inicio al consumo problemático de la droga principal y el primer tratamiento, si bien en esta caso las diferencias no son significativas (media de 9,57 años en mujeres alcohólicas, frente a 6,77 años en mujeres adictas a drogas ilegales).
- No se detectan diferencias significativas en el número de veces que han realizado tratamientos.

Por lo que se refiere a los patrones de consumo de las pacientes antes de su incorporación a tratamiento, se observan las siguientes diferencias:

- La edad de inicio al consumo de la droga principal es más temprana entre las pacientes con adicción al alcohol (media de 19,23 años frente a 22,85 años; $p < 0,05$). Sin embargo, el inicio al consumo problemático se produce entre este colectivo en edades mucho más tardías (media de 29,87 años en pacientes alcohólicas frente a 24,72 en pacientes con adicción a drogas ilegales; $p < 0,05$).

Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas

- Los niveles de policonsumo son muy inferiores entre las pacientes atendidas por adicción al alcohol, el 75,8% de estas no consumen más sustancias, frente al 34,1% de las pacientes dependientes de las drogas ilegales ($p < 0,05$).

La presencia de enfermedades infectocontagiosas difiere de forma importante entre los dos colectivos de pacientes analizados, siendo esta presencia mayor en las pacientes adictas a drogas ilegales.

- La presencia de marcadores de hepatitis es sensiblemente superior entre las pacientes atendidas por adicción a drogas ilícitas: hepatitis B (11,8% frente a 3,2%; $p < 0,1$) y C (29,4% frente a 9,7%; $p < 0,1$), sin que existan diferencias significativas en el caso del VHA.
- La prevalencia de la infección por el VIH/Sida es mayor en el caso de las pacientes con adicción a drogas ilícitas (10,6% frente a 3,2%; $p < 0,1$), como también lo son los casos que han desarrollado la enfermedad (5,9% frente a 0%).
- Los casos con infección tuberculosa reciente que cuentan con diagnóstico de certeza son más frecuentes entre las pacientes con adicción al alcohol (3,2% frente a 0%).

Destacar que existen diferencias en la exposición de las pacientes a determinadas prácticas de riesgo relacionadas con los comportamientos sexuales, siendo muy superiores entre las mujeres con adicción a drogas ilícitas:

- Mantenimiento de contactos sexuales a cambio de drogas (45,9% frente a 12,9%; $p < 0,05$).
- Ejercicio de la prostitución como vía de financiación de la adicción (32,9% frente a 9,7%; $p < 0,05$).
- Por su parte, no existen diferencias significativas en los porcentajes de pacientes que mantuvieron contactos sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativos.

También existen algunas diferencias en la situación familiar y personal de las pacientes, entre las que cabe mencionar:

- Mayor porcentaje de residentes en casas y pisos entre las pacientes atendidas por drogas ilícitas (91,8% frente a 82,3%; $p < 0,1$) y mayores niveles de institucionalización entre las pacientes con adicción al alcohol (8,1% frente a 1,2%; $p < 0,05$).
- La presencia de parejas drogodependientes en porcentajes sensiblemente superiores entre las pacientes tratadas por adicción a drogas ilícitas (34,1% frente a 16,1%; $p < 0,05$).
- Mayor porcentaje de mujeres sin hijos entre las pacientes con adicción a drogas ilícitas (34,1% frente a 21%; $p < 0,1$).

Por el contrario, no existen diferencias significativas en la calidad de las relaciones que las pacientes mantienen con la pareja, ni en el grado de dependencia afectiva hacia la misma.

En relación al posicionamiento y las actitudes de la pareja o la familia hacia el tratamiento de las pacientes no existen apenas diferencias significativas entre los dos grupos con la única excepción de la participación de familiares en el tratamiento distintos de la pareja, claramente superior en el caso de las mujeres con adicción al alcohol (75,8% frente 52,9%; $p < 0,05$).

A continuación se especifican los resultados encontrados en los aspectos relacionados con la salud mental de los dos grupos de pacientes:

Existe una mayor presencia de trastornos mentales diagnosticados en el momento de la admisión a tratamiento entre las pacientes con adicción al alcohol. Por su parte, entre las pacientes a quienes se les diagnosticaron este tipo de trastornos, se observa una mayor presencia de los problemas de anorexia y los trastornos de personalidad no especificados en el caso de las pacientes con adicción a drogas ilícitas (Tabla 6.1).

Tabla 6.1. Presencia de trastornos mentales diagnosticados en el momento de la admisión a Tto. entre las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol y a drogas ilícitas (%).

VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES DIAGNOSTICADOS EN EL MOMENTO DE LA ADMISIÓN			
Sí	32,7	53,2 (C)	17,6
No	32,7	12,9	47,1 (B)
Desconocido	34,7	33,9	35,3
TIPO DE TRASTORNOS MENTALES DIAGNOSTICADOS (Base: pacientes con trastornos mentales)			
F102 T. Mental y comp. Uso alcohol sin depen.	4,2	6,1	-
F233 Otro T. Psicótico agudo con predominio de ideas delirantes	2,1	-	6,7
F319 Trast. Afectivo bipolar no especificado	2,1	-	6,7
F329 Episodio depresivo no especificado	8,3	6,1	13,3
F341 Distimia	20,8	27,3	6,7
F39 Trastorno del humor no especificado	2,1	3,0	-
F400 Agorafobia	6,3	9,1	-
F410 Trastorno de pánico	6,3	9,1	-



Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas



VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
F411 Trastorno de ansiedad generalizada	8,3	9,1	6,7
F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión	6,3	9,1	-
F419 Trastorno de ansiedad no especificado	2,1	3,0	-
F422 Actos e ideas obsesivos mixtos	2,1	3,0	-
F432 Trastorno de adaptación	14,6	15,2	13,3
F550 Anorexia nerviosa	4,2	-	13,3 (B)
F509 Trast. de ingestión de alimentos no espec.	8,3	9,1	6,7
F603 Trast. de la personalidad emocionalmente inestable	16,7	15,2	20
F604 Trast. Histriónico de la personalidad	2,1	-	6,7
F609 Trast. de la personalidad no especificados	4,2	-	13,3 (B)
F639 Trast. de los hábitos y los impulsos no esp.	2,1	3,0	-
F900 Perturbación de actividad y atención	2,1	3,0	-
X610 Envenenamiento autoinfligido intenc. por y Exposición Drogas Antiepilépticas	2,1	3,0	-
Z617 Problemas relacionados con experiencias atemorizantes en infancia	2,1	3,0	-
Z630 Prob. en relación entre esposos o pareja	2,1	3,0	-
Desconocido	2,1	-	6,7

En línea con la mayor prevalencia de los trastornos mentales diagnosticados al inicio del tratamiento, también los antecedentes de tratamientos por problemas psicológicos o emocionales y los tratamientos actuales por estos problemas son sensiblemente superiores entre las pacientes con adicción al alcohol. Por el contrario, no se aprecian diferencias en los trastornos de alimentación (antiguos o actuales) entre las mujeres con adicción al alcohol y a las drogas ilícitas, en ambos casos con valores muy elevados (Tabla 6.2).

Tabla 6.2. Antecedentes de tratamiento por problemas psicológicos/emocionales y de trastornos de la alimentación entre las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol y a drogas ilícitas (%).

VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O EMOCIONALES			
Sí	67,3	83,9 (C)	55,3
No	30,6	16,1	41,2 (B)
Desconocido	2,0	-	3,5
NÚMERO TRATAMIENTOS REALIZADOS (Base: han recibido tratamiento por problemas psicológicos)			
En régimen ambulatorio (media)	2,18	2,28	2,06
En régimen hospitalario	2,71	3,21	2,05
TRATAMIENTO ACTUAL POR PROBLEMAS PSICOLÓGICOS O EMOCIONALES			
Sí	58,5	72,6 (C)	48,2
No	38,8	25,8	48,2 (B)
Desconocido	2,7	1,6	3,5
ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN			
Sí	21,1	25,8	17,6
No	75,5	72,6	77,6
Desconocido	3,4	1,6	4,7
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN ACTUALES			
Sí	25,8	25,0	26,7
No	71,0	75	66,7
Desconocido	3,2	-	6,7

Por lo que se refiere a la presencia de diversa sintomatología indicativa del estado emocional de las pacientes, destacar que (Tabla 6.3):

- Las pacientes con adicción al alcohol experimentaron en los tres meses previos al tratamiento síntomas severos de depresión, problemas para dormir y soledad en mayores porcentajes que las atendidas por adicción a drogas ilícitas. Los sentimientos de fracaso personal con una alta frecuencia (bastantes veces) son también algo más elevados entre este grupo.
- Aunque los sentimientos de soledad severos son más acusados entre las pacientes con adicción al alcohol, éstas tienen un mayor número de amigos/as íntimos/as (3,05 amigos/as de promedio) que las pacientes con adicción a drogas ilícitas (2,33 amigos/as).

Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas

No se aprecian diferencias significativas en la prevalencia de los sentimientos de culpa y los problemas de ansiedad en los meses previos al tratamiento entre los dos grupos analizados.

Tabla 6.3. Frecuencia de aparición de ciertos síntomas en los 3 meses previos al tratamiento en las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol y a drogas ilícitas (%).

VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
FRECUENCIA CON QUE EXPERIMENTARON DEPRESIÓN SEVERA EN LOS 3 MESES PREVIOS AL TRATAMIENTO			
(5) Muchas veces	23,8	32,3 (C)	17,6
(4) Bastantes veces	19,0	22,6	16,5
(3) Alguna vez	26,5	19,4	31,8 (b)
(2) Pocas veces	12,2	12,9	11,8
(1) Ninguna vez	16,3	11,3	20
Desconocido	2,0	1,6	2,4
Media	3,22	3,52 (C)	3,0
FRECUENCIA CON QUE EXPERIMENTARON SENSACIÓN FRACASO PERSONAL LOS 3 MESES PREVIOS AL TRATAMIENTO			
(5) Muchas veces	40,1	38,7	41,2
(4) Bastantes veces	25,2	32,3 (c)	20,0
(3) Alguna vez	21,1	12,9	27,1 (B)
(2) Pocas veces	3,4	3,2	3,5
(1) Ninguna vez	9,5	12,9	7,1
Desconocido	0,7	-	1,2
Media	3,84	3,81	3,86
FRECUENCIA CON QUE EXPERIMENTARON ANSIEDAD SEVERA EN LOS 3 MESES PREVIOS AL TRATAMIENTO			
(5) Muchas veces	46,3	53,2	41,2
(4) Bastantes veces	20,4	16,1	23,5
(3) Alguna vez	15	11,3	17,6
(2) Pocas veces	10,2	9,7	10,6
(1) Ninguna vez	6,8	9,7	4,7
Desconocido	1,4	-	2,4
Media	3,9	3,94	3,88





VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
FRECUENCIA CON QUE EXPERIMENTARON CULPABILIDAD EN LOS 3 MESES PREVIOS AL TRATAMIENTO			
(5) Muchas veces	46,9	45,2	48,2
(4) Bastantes veces	20,4	25,8	16,5
(3) Alguna vez	19,7	21	18,8
(2) Pocas veces	4,8	1,6	7,1
(1) Ninguna vez	7,5	6,5	8,2
Desconocido	0,7	-	1,2
Media	3,95	4,02	3,9
FRECUENCIA CON QUE EXPERIMENTARON SOLEDAD SEVERA EN LOS 3 MESES PREVIOS AL TRATAMIENTO			
(5) Muchas veces	38,1	46,8 (C)	31,8
(4) Bastantes veces	19,7	19,4	20
(3) Alguna vez	20,4	21	20
(2) Pocas veces	10,9	4,8	15,3 (B)
(1) Ninguna vez	9,5	6,5	11,8
Desconocido	1,4	1,6	1,2
Media	3,67	3,97 (C)	3,45
FRECUENCIA CON QUE TUVIERON PROBLEMAS SEVEROS PARA DORMIR EN 3 LOS MESES PREVIOS AL TRATAMIENTO			
(5) Muchas veces	32,0	40,3 (C)	25,9
(4) Bastantes veces	18,4	17,7	18,8
(3) Alguna vez	12,9	14,5	11,8
(2) Pocas veces	11,6	6,5	15,3
(1) Ninguna vez	23,8	21	25,9
Desconocido	1,4	-	2,4
Media	3,23	3,5 (C)	3,04

Existen diferencias significativas en los antecedentes de exposición de las pacientes a diferentes eventos traumáticos, destacando (Tabla 6.4):

- La menor presencia de antecedentes de maltrato físico, psicológico y abusos sexuales extrafamiliares entre las pacientes con adicción al alcohol.
- La mayor prevalencia de los episodios de maltrato físico y abusos sexuales a manos de la pareja actual o de parejas anteriores entre las pacientes en tratamiento por adicción a drogas ilícitas.

Tabla 6.4. Niveles de exposición a diversos eventos traumáticos entre las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol y a drogas ilícitas (%).

VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
ANTECEDENTES DE MALTRATO FÍSICO EN INFANCIA O ADOLESCENCIA POR ALGÚN FAMILIAR			
Sí	30,6	24,2	35,3
No	59,2	62,9	56,5
Desconocido	10,2	12,9	8,2
ANTECEDENTES DE MALTRATO PSICOLÓGICO EN INFANCIA O ADOLESCENCIA POR ALGÚN FAMILIAR			
Sí	44,9	40,3	48,2
No	44,9	43,5	45,9
Desconocido	10,2	16,1 (C)	5,9
ANTECEDENTES DE ABUSOS SEXUALES EN INFANCIA O ADOLESCENCIA POR ALGÚN FAMILIAR			
Sí	18,4	19,4	17,6
No	66	67,7	64,7
Desconocido	15,6	12,9	17,6
ANTECEDENTES EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA DE MALTRATO FÍSICO, PSICOLÓGICO O ABUSOS SEXUALES A MANOS DE PERSONAS AJENAS A LA FAMILIA			
Sí	21,8	16,1	25,9
No	76,2	83,9 (c)	70,6
Desconocido	2,0	-	3,5
EPISODIOS DE MALTRATO FÍSICO A MANOS DE LA PAREJA ACTUAL U OTRAS ANTERIORES			
Sí	50,3	40,3	57,6 (B)
No	40,8	48,4	35,3
Desconocido	8,8	11,3	7,1
EPISODIOS DE MALTRATO PSICOLÓGICO A MANOS DE LA PAREJA ACTUAL U OTRAS ANTERIORES			
Sí	67,3	61,3	71,8
No	25,9	32,3	21,2
Desconocido	6,8	6,5	7,1
EPISODIOS DE ABUSOS SEXUALES A MANOS DE LA PAREJA ACTUAL U OTRAS ANTERIORES			
Sí	19,7	11,3	25,9 (B)
No	61,9	66,1	58,8
Desconocido	18,4	22,6	15,3





VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
PENSAMIENTOS SUICIDAS A LO LARGO DE LA VIDA			
Sí	53,1	51,6	54,1
No	41,5	43,5	40,0
Desconocido	5,4	4,8	5,9
TENTATIVAS DE SUICIDIO A LO LARGO DE LA VIDA			
Sí	49,7	51,6	48,2
No	45,6	46,8	44,7
Desconocido	4,8	1,6	7,1

No son significativas las diferencias en los antecedentes de maltrato físico, psicológico o abusos sexuales en la infancia/adolescencia cometidos por miembros de la familia, ni en los episodios de maltrato psicológico a manos de la actual pareja o de otras anteriores. Como tampoco lo son las diferencias en las ideas y tentativas suicidas mantenidos por las pacientes a lo largo de su vida.

Los resultados obtenidos tras la aplicación de las distintas escalas e inventarios utilizados en el marco de la investigación para la evaluación de distintas dimensiones psicológicas reflejan algunas diferencias significativas (Tabla 6.5):

- La ausencia de cuadros depresivos es superior entre las pacientes tratadas por problemas de adicción al alcohol, en base a los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck. Además, las pacientes tratadas por adicción a drogas ilícitas obtienen puntuaciones más elevadas en el Inventario, lo que indicaría una mayor intensidad de la sintomatología de tipo depresivo.
- Los niveles de ansiedad-estado son superiores entre las pacientes en tratamiento por adicción a drogas ilícitas, sin que estas diferencias sean significativas en la ansiedad como rasgo, según los resultados del Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo.
- Las pacientes en tratamiento por adicción al alcohol presentan niveles de autoestima más elevados, en base a las puntuaciones de la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Asertividad de Rathus, aunque con variaciones significativas en alguno de sus intervalos, no permiten establecer la existencia de niveles de asertividad diferenciados en función del tipo de droga principal por la que han sido admitidas a tratamiento las pacientes.

Tabla 6.5. Puntuación obtenida en distintas escalas e inventarios de evaluación psicológica por las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol y a drogas ilícitas (%).

VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
RESULTADOS OBTENIDOS EN INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)			
Ausente -valores normales-	36,1	50,0 (C)	25,9
Depresión leve	30,6	25,8	34,1
Depresión moderada	23,1	17,7	27,1
Depresión grave	10,2	6,5	12,9
Puntuación media	14,76	12,34	16,53 (B)
RESULTADOS OBTENIDOS EN CUESTIONARIO ANSIEDAD ESTADO (AE)			
Centil 50 -Hasta 21-	46,9	59,7 (C)	37,6
Centil 75 -Hasta 31-	72,1	79,0	67,1
Centil 85 -Hasta 37-	81,6	88,7 (c)	76,5
Centil 99 -Hasta 60-	100	100	100
RESULTADOS OBTENIDOS EN CUESTIONARIO ANSIEDAD RASGO (AR)			
Centil 50 -Hasta 24-	38,8	43,5	35,3
Centil 75 -Hasta 32-	63,9	69,4	60,0
Centil 85 -Hasta 37-	77,6	82,3	74,1
Centil 99 -Hasta 60-	100	100	100
RESULTADOS OBTENIDOS EN ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG			
Autoestima elevada -30 a 40 -	51,7	66,1 (C)	41,2
Autoestima media -26 a 29-	22,4	16,1	27,1
Autoestima baja -25 o menos-	25,9	17,7	31,8 (b)
Media	29,5	30,68 (C)	28,64
RESULTADOS OBTENIDOS EN INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS			
-90 a -40	3,4	4,8	2,4
-39 a -30	3,4	3,2	3,5
-29 a -20	8,2	12,9 (c)	4,7
-19 a -10	7,5	4,8	9,4
-9 a -1	15	17,7	12,9
0 puntos	1,4	3,2 (c)	-
+1 a +9	18,4	17,7	18,8
+10 a +19	14,3	6,5	20,0 (B)





VARIABLES	TOTAL (A) (147 casos)	ALCOHOL (B) (62 casos)	D. ILÍCITAS (C) (85 casos)
+20 a +29	15	12,9	16,5
+30 a +39	5,4	9,7 (C)	2,4
+40 a +90	7,5	6,5	8,2
Desconocido	0,7	-	1,2
RESULTADOS OBTENIDOS EN INVENTARIO DE DEPENDENCIA INTERPERSONAL			
1 a 90	10,2	8,1	11,8
91 a 98	10,2	11,3	9,4
99 a 103	9,5	9,7	9,4
104 a 106	8,8	8,1	9,4
107 a 109	10,2	14,5	7,1
110 a 115	12,2	9,7	14,1
116 a 119	8,2	9,7	7,1
120 a 125	10,9	11,3	10,6
126 a 130	8,8	8,1	9,4
Más de 130	10,9	9,7	11,8
Subescala Dependencia emocional			
1 a 36	22,4	22,6	22,4
37 a 43	21,1	19,4	22,4
44 a 47	17,7	22,6	14,1
48 a 55	18,4	19,4	17,6
56 o más	20,4	16,1	23,5
Subescala Falta de confianza en sí misma			
1 a 32	18,4	16,1	20,0
33 a 35	23,1	17,7	27,1
36 a 38	22,4	27,4	18,8
39 a 41	16,3	16,1	16,5
42 o más	19,7	22,6	17,6
Subescala Aserción de autonomía			
1 a 24	23,8	27,4	21,2
25 a 26	15	12,9	16,5
27 a 30	21,8	21	22,4
31 a 34	19,7	24,2	16,5
Más de 34	19,7	14,5	23,5

Diferencias en el perfil de las mujeres adictas al alcohol y a drogas ilícitas

Señalar que no existen diferencias significativas en las puntuaciones globales obtenidas por cada uno de los grupos de pacientes analizados en el Inventario de Dependencia Interpersonal, ni en las distintas subescalas que integran el mismo. No obstante, como se ha señalado en apartado 5.10, existen dudas razonables acerca de la fiabilidad y sensibilidad del instrumento para evaluar los niveles de dependencia interpersonal entre las pacientes objeto de estudio.

Los datos incluidos en las tablas precedentes permiten identificar la existencia de una serie de diferencias, estadísticamente significativas, en los perfiles de las mujeres atendidas por problemas de adicción al alcohol o a drogas ilícitas, que afectan a las siguientes variables (Tabla 6.6):

Tabla 6.6. Variables donde se observan diferencias significativas entre las pacientes atendidas por problemas de adicción al alcohol y a drogas ilícitas.

VARIABLES DONDE SE OBSERVAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS	VARIABLES DONDE <u>NO</u> SE OBSERVAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Edad. • Estado civil. • Situación laboral. • Fuente de ingresos. • Nivel máximo de estudios completados. • Vía de acceso al tratamiento. • Período de cadencia desde el inicio del consumo de la droga principal y la primera incorporación a tratamiento. • Frecuencia de los consumos. • Edad de inicio al consumo de la droga principal. • Otras drogas secundarias consumidas previas a la admisión a tratamiento. • Marcadores infección por hepatitis B y C. • Estado sexológico frente al VIH. • Prevalencia del Sida. • Prevalencia infecciones transmisión sexual. • Contactos sexuales a cambio de droga. • Ejercicio de la prostitución para financiar el consumo. • Lugar de residencia. • Pareja drogodependiente. • Número de hijos. • Participación otros familiares (distintos de la pareja) en el tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nacionalidad. • Realización de tratamientos previos. • Número de tratamientos previos. • Período de cadencia desde inicio consumo problemático droga principal y primera incorporación a tratamiento. • Marcadores infección hepatitis A. • Infección tuberculosa reciente. • Relaciones sexuales con parejas ocasionales sin usar preservativos. • Modo de convivencia. • Calidad de las relaciones de pareja. • Grado dependencia afectiva de la pareja. • Participación de la pareja en el tratamiento. • Apoyo percibido de la pareja. • Apoyo percibido de otros familiares. • Temor a que el inicio del tratamiento generara problemas a los hijos. • Presión de la pareja o la familia para concluir el tratamiento. • Número de tratamientos realizados por problemas psicológicos/emocionales. • Antecedentes de trastornos de la alimentación.





VARIABLES DONDE SE OBSERVAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS	VARIABLES DONDE <u>NO</u> SE OBSERVAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de trastornos mentales diagnosticados a la admisión a Tto. • Antecedentes de tratamientos por problemas psicológicos/emocionales. • Tratamiento actual por problemas psicológicos/emocionales. • Frecuencia experimentación depresión severa tres meses previos al inicio del Tto. • Frecuencia sensación fracaso personal tres meses previos al inicio del tratamiento. • Frecuencia problemas severos para dormir tres meses previos al inicio del Tto. • Antecedentes maltrato físico, psicológico y abusos sexuales en infancia/adolesc. por personas ajenas a familia. • Maltrato físico por pareja. • Abusos sexuales por pareja. • Puntuación Inventario Depresión Beck. • Puntuación Cuestionario Ansiedad/Estado • Puntuación Escala Autoestima Rosenberg. • Puntuación Inventario Asertividad Rathus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos actuales de la alimentación. • Frecuencia síntomas ansiedad severa en 3 meses previos al inicio del tratamiento. • Frecuencia sensación de culpa en tres meses previos al inicio del tratamiento. • Antecedentes maltrato físico intrafamiliar en infancia/adolescencia. • Antecedentes maltrato psicológico intrafamiliar en infancia/adolescencia. • Antecedentes de abusos sexuales intrafamiliares infancia/adolescencia. • Maltrato psicológico por pareja. • Ideas suicidas a lo largo de la vida. • Tentativas suicidas a lo largo de la vida. • Puntuación Cuestionar. Ansiedad/Rasgo. • Puntuación global Inventario Dependencia Interpersonal y Subescalas de Dependencia emocional. Falta de confianza en sí misma y de Aserción de autonomía.



**Sugerencias formuladas por las
pacientes para mejorar la atención
de las mujeres con adicciones**

7

Sugerencias formuladas por las pacientes para mejorar la atención de las mujeres con adicciones

7

En el marco del presente estudio de necesidades se incluyó una pregunta abierta (pregunta 23 del Anexo 2.1) con la que se pretendía identificar aquellas sugerencias que, en base a la experiencia personal y terapéutica de las pacientes, entendían que podrían contribuir a facilitar el tratamiento de las mujeres drogodependientes. La formulación exacta de la pregunta era la siguiente: “Nos gustaría conocer su opinión acerca de qué servicios deberían ponerse en marcha para facilitar la incorporación y la permanencia en el tratamiento de las mujeres con problemas de adicción al alcohol u otras drogas (señale un máximo de 3 propuestas)”.

Del total de 147 mujeres participantes en el estudio, 105 (71,4%) realizaron algún tipo de propuesta. Su contenido se detalla a continuación, agrupando aquellas sugerencias de similar contenido para facilitar su análisis y consignándose en cada una el número de pacientes que defienden cada propuesta. Entre paréntesis aparecen las iniciales de la droga principal de abuso de la paciente que formula la propuesta:

Recursos para mujeres

- Centros específicos para tratar el alcoholismo femenino (ALC): 1.
- Creación de más centros de tratamiento para mujeres (MET, HER): 2.
- Pisos de acogida para mujeres (HER, COC): 4.
- Pisos de apoyo para después de finalizar el tratamiento (COC): 1.
- Más centros específicos para mujeres/Incrementar las plazas o los recursos para el tratamiento de mujeres (COC, ALC): 2.
- Centros de día (HER+COC): 1.
- Comunidades terapéuticas donde puedan ingresar parejas (ALC): 1.
- Comunidades terapéuticas mixtas (HER+COC): 2.
- Facilitar el acceso a los servicios residenciales a las mujeres con hijos (ALC): 2.
- Programas terapéuticos donde las mujeres puedan tener a sus hijos (COC): 1.
- Centros específicos para mujeres con hijos (ALC): 1.
- Pisos para mujeres e hijos (MET): 1.

Servicios de apoyo al tratamiento (facilitadores del mismo)

- Servicio de guardería durante el tratamiento (HER): 2.
- Apoyo en el cuidado de los hijos mientras dura el tratamiento (COC): 1.
- Ayuda domiciliaria para los hijos mientras la madre esté en tratamiento (ALC): 1.
- Ayudas sociales al cuidado de los hijos para facilitar la inserción laboral (ALC): 1.
- Facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral y el tratamiento (ALC): 1.
- Servicios de transporte para facilitar la accesibilidad al tratamiento desde las zonas rurales (HER+COC): 2.
- Ayuda de transporte (HER): 2.
- Más información y garantías a las mujeres que siguen en tratamiento respecto a la (continuidad) de la custodia de sus hijos (ALC, COC): 2.
- Horarios de atención más amplios (HER+COC): 1.

Empleo y formación para el empleo

- Creación de empresas especiales donde trabajen las mujeres (COC, MET): 2.
- Facilitar trabajo (HER, HER+ COC): 3.
- Formación laboral/profesional (COC, HER, HER+COC): 3.
- Apoyo a la integración/reinserción laboral de las mujeres (HER+COC, ALC): 2.

Apoyo económico

- Ayudas económicas (HER, COC): 3.
- Ayudas económicas en caso de ingreso en centro residencial (COC): 1.

Información sobre las drogas y sus consecuencias

- Mayor información sobre el alcoholismo en Atención Primaria de Salud (ALC): 2.
- Más información sobre las drogas (COC): 2.
- Información sobre las enfermedades y secuelas derivadas del consumo (COC): 1.
- Programas de prevención/concienciación sobre el problema de las drogas (COC, ALC, CAN): 4.
- Campañas específicas para mujeres sobre los problemas del alcohol (CAN): 1.

Información sobre los recursos disponibles (la oferta de tratamiento)

- Más información a la población sobre los tratamientos y los recursos existentes (ALC, COC): 12.
- Más información dirigida a mujeres sobre los centros de tratamiento (CAN,ALC): 3.
- Más información sobre los recursos de tratamiento en Atención Primaria (ALC): 2.
- Más ayuda por parte del médico de cabecera (ALC): 1.
- Presencia de educadores sociales en la calle que informen de las opciones de tratamiento (ALC, COC): 2.
- Servicios de aproximación (proximidad) para mujeres con problemas (ALC): 1.

Facilitar la privacidad de los tratamientos

- Mejorar las infraestructuras del centro para proporcionar intimidad (HER+COC): 1.
- Mejorar la discreción en los accesos al centros de tratamiento (HER+COC): 1.
- Servicios telefónicos que faciliten el anonimato (ALC): 1.

Tipo/contenido de las intervenciones acciones terapéuticas a realizar

- Más tratamiento psicológico (ALC): 1.
- Grupos terapéuticos específicos para mujeres (ALC ,COC): 5.
- Terapia grupal (HER): 2.
- Grupos específicos de autoayuda para mujeres (ALC): 2.
- Talleres ocupacionales (ALC, HER+COC): 5.
- Talleres emocionales (ALC): 1.
- Más terapias (ALC): 1.
- Apoyo psicológico (HER): 1.
- Tratamientos individualizados, no grupales (ALC): 1.
- Creación de grupos de pacientes rehabilitados (ALC): 2.
- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ALC): 1.
- Servicios de seguimiento tras el tratamiento (ALC): 1.
- Acompañamiento a las mujeres (HER): 1.
- Acompañamiento a servicios de empleo (COC): 1.

En relación a la familia

- Más apoyo familiar (ALC): 1.
- Concienciación a pareja y familia –pautas para que ayuden– (ALC): 1.
- Pautas educativas para educar a los hijos durante el tratamiento (COC): 1.
- Tratamientos familiares (ALC): 1.

Rapidez en la asistencia

- Atención rápida (HER+COC, ALC): 2.
- Reducir los tiempos de espera de acceso al tratamiento (COC): 1.

Relacionadas con el personal

- Más personal especializado (HER+COC): 1.
- Formación a los terapeutas sobre cuestiones específicas relacionadas con el tratamiento de las mujeres (COC): 1.
- Evitar la rotación del personal para no tener que contar experiencias duras a muchas personas (ALC): 1.

Varios

- Servicios telefónicos (o personales) para atención en crisis (HER, COC): 2.
- Más atención/ayuda a mujeres maltratadas y solas/a (ALC, HER): 2.
- Más información para las mujeres prostitutas (ALC): 1.
- Información y preparación para la derivación a C. Terapéutica (COC): 1.
- Tratamiento de la patología dual (ALC): 1.
- Evitar el aislamiento (COC): 1.
- Recursos de ocio y tiempo libre (ALC): 1.
- Asesoramiento judicial (COC): 1.
- Tratamientos alternativos con heroína, introducir nuevas herramientas terapéuticas (HER+COC): 2.
- Metadona en comprimidos (HER+COC): 1.
- Personas que puedan controlar la medicación cuando falle la familia (ALC): 1.

Como se desprende de la relación anterior, y aunque la pregunta formulada se dirigía a identificar servicios o medidas que pudieran facilitar la atención en servicios especializados de las mujeres con adicciones, muchas de las propuestas se refieren de forma genérica a cómo abordar el problema de las drogas (sin tener en consideración la perspectiva de género). Parte de las propuestas reflejan los discursos sociales dominantes sobre cómo resolver el problema de las drogas, incorporando algunos de los estereotipos existentes al respecto.

A pesar de la dispersión existente en las 129 propuestas realizadas, es posible identificar una serie de áreas en torno a las cuales se aglutinan el grueso de ellas, lo que nos aproxima a las necesidades percibidas o sentidas por la mayor parte de las pacientes (Tabla 7.1):

Tabla 7.1. Propuestas realizadas por las pacientes participantes en el estudio para facilitar la incorporación y permanencia en el tratamiento de mujeres drogodependientes.

INFORMACIÓN SOBRE LOS RECURSOS DISPONIBLES/LA OFERTA DE TRATAMIENTO (21)

- Más información a la población sobre los tratamientos y los recursos existentes: 15
- Más información dirigida a mujeres sobre los centros de tratamiento: 3
- Información en calle de las opciones de tratamiento a mujeres con problemas: 3

CREACIÓN DE RECURSOS PARA MUJERES (19)

- Creación de centros de tratamiento específicos para mujeres: 5
- Pisos de acogida y de apoyo para mujeres: 5
- Comunidades terapéuticas donde puedan ingresar parejas: 3
- Facilitar el acceso a los servicios residenciales a las mujeres con hijos: 3
- Centros de tratamiento y pisos específicos para mujeres con hijos: 2
- Centros de día: 1

PUESTA EN MARCHA DE SERVICIOS DE APOYO AL TRATAMIENTO (13)

- Servicio de guardería y ayudas para el cuidado de los hijos durante el tratamiento: 6
- Servicios de transporte para facilitar la accesibilidad al tratamiento: 4
- Garantías continuidad de la custodia de los hijos a las mujeres en tratamiento: 2
- Ampliación horarios de atención: 1

ACCESO AL EMPLEO Y A LA FORMACIÓN PARA EL EMPLEO (10)

- Acceso al empleo (facilitar trabajo): 4
- Formación laboral/profesional: 3
- Programas de apoyo a la integración/reinserción laboral de las mujeres: 3





INFORMACIÓN SOBRE LAS DROGAS Y SUS CONSECUENCIAS (10)

- Mayor información sobre el alcohol y las drogas y sus secuelas: 6
- Programas de prevención/concienciación sobre el problema de las drogas: 4

PUESTA EN MARCHA DE DETERMINADAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS (25)

- Grupos terapéuticos específicos para mujeres: 7
- Grupos específicos de autoayuda para mujeres: 2
- Creación de grupos de pacientes rehabilitados: 2
- Talleres ocupacionales: 5
- Talleres emocionales: 1
- Apoyo psicológico/más tratamiento psicológico: 3
- Acompañamiento a las mujeres: 2
- Servicios de seguimiento tras el tratamiento: 1
- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual: 1
- Tratamientos individualizados, no grupales: 1

APOYO ECONÓMICO (4)

- Concesión de ayudas económicas: 4

MEDIDAS DIRIGIDAS A LA FAMILIA (4)

- Más apoyo familiar: 1
- Concienciación a pareja y familia/pautas para que ayuden: 1
- Pautas educativas para educar a los hijos durante el tratamiento: 1
- Tratamientos familiares: 1

RAPIDEZ EN LA ASISTENCIA (3)

- Atención rápida/reducir los tiempos de espera de acceso al tratamiento: 3

RELACIONADAS CON EL PERSONAL (3)

- Más personal especializado: 1
- Formación específica de los terapeutas sobre adicciones en mujeres: 1
- Evitar la rotación del personal: 1

RELACIONADAS CON LA PRIVACIDAD DE LOS TRATAMIENTOS (3)

- Mejorar las infraestructuras de los centros y sus accesos para proporcionar intimidad: 2
- Servicios telefónicos que faciliten el anonimato: 1

VARIOS/OTRAS (14)

A modo de síntesis, cabría señalar que las propuestas realizadas por las pacientes se dirigen, fundamentalmente, en las siguientes direcciones:

- 1.^a) Información a las mujeres sobre los servicios y centros disponibles para el tratamiento de las adicciones. Una tarea para la que en el caso de los problemas con el alcohol se reclama un mayor protagonismo de los Servicios de Atención Primaria de Salud.
- 2.^a) La creación de servicios de tratamiento (incluyendo también pisos de acogida y de apoyo al tratamiento) específicos para mujeres y el hacer viable la incorporación de las mujeres con hijos a los recursos residenciales.
- 3.^a) La puesta en marcha, en el contexto de los programas terapéuticos, de actividades terapéuticas y ocupaciones grupales específicas para mujeres.
- 4.^a) La adopción de medidas de información y sensibilización sobre las drogas y sus secuelas.
- 5.^a) La creación de servicios de apoyo que hagan posible el tratamiento (complementarios a los residenciales ya señalados), fundamentalmente, los destinados al cuidado de los hijos durante el tratamiento.
- 6.^a) Las medidas de apoyo a la integración laboral y la concesión de ayudas económicas, que hagan viable tanto la continuidad del tratamiento, como los procesos de integración social.



Resultados del estudio cualitativo

8

Resultados del estudio cualitativo

La mayor parte de la investigación realizada hasta el momento actual sobre este tema se basa en la utilización de modelos epidemiológicos y en la información cuantitativa que estos contienen. Por tanto, es necesario atender a la situación de las mujeres desde su propia percepción y contemplando los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas drogas, en síntesis, comprender y comprender el sentido y la significación que tienen para ellas. En este sentido, la perspectiva de género necesita de los datos cualitativos, de la reconstrucción de los discursos que permita cuestionar y aclarar los datos epidemiológicos (ROMO N; JÄRVILUOMA H. 2003) y conocer como piensan y vivencian su realidad los colectivos sociales que han sido invisibilizados a lo largo de la Historia.

Aunque en el contexto español se han llevado a cabo algunas investigaciones para comprender el abuso de sustancias desde una óptica cualitativa (CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. 1992,1993,1994) todavía hay escasos estudios (ME-NESES C. 2001; GRUPO GID. 2008; GIL E. 2005; ROMO N. 2006; BASTÓN EM) que contemplen las necesidades específicas de las mujeres desde una metodología abierta y comprensiva.

Todas las entrevistas han sido realizadas por una misma psicóloga con formación y experiencia en investigación cualitativa y en estudios de género. Las entrevistas han tenido una hora y cuarto de duración aproximadamente. Los lugares dónde se han efectuado son los siguientes: Valladolid, Segovia, Burgos, Palencia, Zamora y Salamanca. Las mujeres que residen en comunidades terapéuticas fueron entrevistadas en éstas. Para las que están en tratamiento ambulatorio se utilizaron las dependencias del Departamento Territorial de Familia e Igualdad de Oportunidades de las distintas provincias.

El análisis de datos se ha realizado mediante la transcripción literal del material grabado, con fin de obtener el texto sobre el que efectuar el análisis. Una vez transcritas las cintas grabadas, se ha llevado a cabo el análisis e interpretación del discurso. Primero se realizó la lectura completa del texto de cada grupo y la identificación de los fragmentos del texto relacionados con los objetivos. Se comenzó a escribir la significación y sentido que tienen para ellas esos dichos y se confeccionó un mapa conceptual, perfilando los campos temáticos agrupados en cada objetivo. A continuación se

elaboró un índice y se asignó un código de identificación y clasificación para organizar el conjunto de dichos, y así elaborar el informe. Se tomaron las precauciones necesarias para asegurar que los derechos y libertades de los sujetos de la investigación sean respetados.

8.1. Los inicios en el consumo

A la hora de contextualizar las opiniones de las mujeres que han sido parte en esta investigación, nos parece importante ubicar lo que para ellas es el origen de la problemática y cuáles son los aspectos ligados a ésta, desde su percepción. En este sentido, a lo largo de las entrevistas aparece que para algunas entrevistadas el inicio del consumo y, sobre todo, el aumento o mantenimiento de éste, se encuentran muchas veces enlazados a una relación de pareja.

“Llevo desde los quince años con el padre de mi hija empecé, mi pareja tenía 8 años más que yo, y, nada, empecé en una fiesta de aquí, la típica fiesta de toda la vida y a la que yo iba también toda la vida, pero a mi no me sentaba igual y yo tenía un poco de miedo (E8)”

“de muy jovencita, de muy joven, empecé pues con las amigas y tal... luego tuve una temporada que eran los fines de semana algo, pero bueno así fuerte, fuerte ha sido cuando he estado casada (E12)”

“él entró en la cárcel y yo dejé la droga otra vez porque fue poco tiempo lo que estuve otra vez, fue mientras él estuvo en la calle, pero claro yo tenía que ir a verle a la cárcel, estuve tres años yéndole a ver, yo tenía que llevarle la droga, tenía que llevarle el tabaco, el dinero de todo... Yo estaba enamorada de él, yo lo hacía por eso porque estaba muy enamorada y claro yo iba a verle allí y a lo primero yo lo veía como fumaba y tal, pues no, pero claro tanto, tanto ir, me puse a fumar ¿sabes?, pero solo fumaba los fines de semana cuando yo iba a verlo a la cárcel, yo mientras no iba a verlo, la verdad es que no consumía nada la verdad que no (E16)”

Otras mujeres narran haber vivido infancias difíciles, en entornos donde han ido interiorizando modelos familiares de consumo, a través de los cuales terminan normalizando el recurrir a esta posibilidad como mecanismo de afrontamiento de la vida cotidiana.

“empecé a los 11 años a beber..., empecé los fines de semana con las amigas y entonces pues sales el fin de semana y quieres ser pues, como la mejor y llegas a hacer un poquito la chula: yo soy la que más bebe, la que más aguanta, la que más. A raíz de ahí pues lo vas cogiendo un poco más también cada vez que te pasa un

problema. Como en casa lo hacen, cada vez que les pasa algo o tienen un problema pues cogen la botella. Entonces, tú como ejemplo, imitas (E3)”

Algunas experiencias se vinculan a la insatisfacción vital, al aislamiento y a la escasez de apoyos en la red social. El consumo acentúa entonces la incomunicación y el retraimiento convirtiendo paulatinamente su existencia en un mundo cerrado y encapulado.

“me encerré mucho en mí misma y no me apoyaba en otra gente y... no tenía ese apoyo cercano externo de la familia, supongo... y bueno, allí fue cuando el problema... no sé que fue lo primero, pero yo no me encontraba bien...”

–no te encontrabas bien

“y fumaba mucho, hachís y eso, eso, no conseguía exteriorizarme, ¿no?, mis sentimientos y tal (E10)”

Otro de los relatos se vertebra en torno a la aparición de una grave enfermedad –tardíamente diagnosticada– con repercusiones y cambios importantes a nivel físico y sobre la imagen corporal que fue el detonante fundamental del consumo de alcohol. Éste funcionaba para ella como un recurso para ir adaptándose a los cambios sufridos y a la incompreensión acerca de un malestar que suscitaba dudas y recelo entre el personal médico que la atendía. Paulatinamente, esta mujer relata como ha ido evitando el contacto social y, a su vez, el consumo de alcohol ha reforzado su aislamiento a lo largo de los años

“entonces todo comenzó por una enfermedad que me diagnosticaron muy tarde y que me hizo mucho daño, es una enfermedad rara que se llama síndrome de Cushing y que me hizo mucho.... me deterioro el cuerpo, me cambió muchísimo todo lo que era mi estructura del cuerpo y todo eso, engordé muchísimo y los médicos me trataron francamente mal, yo era una persona que tenía una vida muy abierta con amigos y yo los fines de semana salía con ellos a tomarme mis copas, pero tampoco era nada del otro mundo, pero empecé a cerrarme mucho en mí misma (E7)”

También emerge el recuerdo de experiencias traumáticas no elaboradas como origen del problema. Una de las participantes relataba los efectos de la culpa y las huellas que ésta deja en la subjetividad. Durante años se acostumbró a mitigar el sufrimiento con el consumo de alguna sustancia que transitoriamente la “anestesiara” emocionalmente y evitase el dolor.

“yo empecé a beber cuando tendría unos 12 años... con 11 años cuando estaba cuidando a mis hermanos, iba con mi hermano y le mató un coche. Entonces, pues

mis padres me echaron la culpa a mí. Entonces a mí me quedó una cosa con que yo le había matao, con que había sido yo. Aunque si lo hubieran visto en el momento, a lo mejor lo hubieran comprendido. Pero no, estuvieron diciéndome durante un tiempo que lo tendría que haber cuidado más, que no miré por ellos... Eso, que se me quedó una cosa ahí que yo sentí que no se me iba (E14)”

En otros discursos emergen otras motivaciones para iniciar el consumo: la búsqueda de nuevas experiencias, la curiosidad, el deseo de crecer y dejar la infancia atrás se convierten en motores para probar algunas sustancias, en especial entre las mujeres que consumen cocaína y otros psicoestimulantes.

“me ofreció una raya, que yo eso no lo había visto en mi vida, claro, como me hacía la mayor, era mi forma de actuar, pues dije que sí que claro que yo también y ahí ya probé la cocaína por primera vez y bueno, para mí fue..., bueno...una pasada, me enamoré, me gustó mucho (E5)”

8.2. Principales necesidades expresadas

a) Autoestima

Una de las principales necesidades manifestadas por las mujeres para mejorar su propia existencia tiene que ver con la autoestima. Ha sido un concepto muy utilizado en el curso de las entrevistas, ya que las participantes reconocen importantes carencias en esta área. Las duras experiencias por las que han pasado muchas de ellas, el rechazo social, la presencia de traumas, la violencia, las redes sociales empobrecidas –donde no circula el reconocimiento ni el refuerzo– constituyen la base de esta imagen precaria de sí mismas que, según propia experiencia, se expresa en la dificultad para tomar decisiones, en la valoración devaluada que tienen de sí mismas, en la dependencia emocional. Muy especialmente, el escaso aprecio que pueden sentir hacia sí mismas, se manifiesta en la falta de deseo por el propio cuidado, al no encontrar un sentido al hecho de transformar sus existencias. En este sentido, la realización de conquistas en este ámbito es uno de los aspectos mejor evaluados en el tratamiento y demandan seguir trabajando en ello y con mayor profundidad.

“Sobre todo la autoestima porque veo que aquí lo que falla mucho, es que nos han tratado mal (...),y esa falta de autoestima, pues el alcohol, digamos que te ayuda a sentirte como fuerte, ¿sabes? te tomas unas tragos y sales pisando fuerte. Me gustaría mucho trabajar el hecho de mi autoestima, debería de trabajarla más y debería de ser ahí más voluntariosa y no dejarme y enseguida decir: venga, estás sola, vives el momento y hazlo, y no, pues justamente ahí decir, venga vales mucho mas que todo esto, ¿sabes? a mi eso es lo que mas me gustaría trabajar (E7)”

“tengo la autoestima por los suelos con mi padre que me está todo el día diciendo que no valgo para nada (E2)”

“mi falta de autoestima es lo que me hacía dudar de mí misma o no estar segura de mí misma. No ser capaz de enfrentarme a los demás o a decir, pues mira, ¡estoy aquí! Estoy aquí y no pasa nada, soy así y no pasa nada, no es malo (E10)”

Las entrevistadas en proceso de recuperación reconocen una mejora de la autoestima en los siguientes elementos: aumento de la autonomía, mayor capacidad para estar solas, desplegar cualidades y fortalezas propias, sentirse mejor con ellas mismas, cuidarse más y, muy especialmente, en la consideración de tener un mayor conocimiento sobre sí.

“Les diría que vinieran aquí porque es lo mejor (...), coges confianza en ti misma y la experiencia que es una experiencia muy buena y es que coges fuerza y aprendes cosas nuevas, te encuentras a ti misma, es verdad te encuentras a ti misma, yo nunca me imaginaria aprender las cosas y en cómo soy realmente, yo no pensaba que era así (E12)”

“conocerte a ti mismo es muy importante, y saber en que fallas para poder en los momentos mas... controlarte, hombre y es que te viene mucho lo que has hecho mal y claro vas conociéndote lo bueno y lo malo que has tenido y como evitarlo y en autoestima es muy importante, que muchos tenemos una autoestima muy baja y es mucha inseguridad la autoestima y tenemos todos mucha falta de autoestima, te van dando clases de autoestima que es muy importante, darte cuenta de tus fallos de los que son tuyos y de los que son del otro, muchas veces tienes tal lío, que no sabes, dudas de todo, empiezas a reconocer tus fallos, que es muy importante (E18)”

“empecé a pensar en mí, en cuidarme, en subir la autoestima, en posicionarme más, toda una cadena y empiezas a cuidarte y a preocuparte, te ve mejor, quieres más(...) empiezas a cuidarte por ti y para ti...(E17)”

En este sentido, las mujeres valoran especialmente el acompañamiento que han tenido en la terapia individual porque ha supuesto una posibilidad para hablar de ellas mismas, comenzar a darse importancia, reconocer su dolor y legitimar sus percepciones y experiencias. El vínculo con las terapeutas puede ser una oportunidad para construir relaciones en las que una persona significativa para ellas les reconozca su autoridad y capacidad.

“la forma que tiene de preguntarte... porque no te da la respuesta, te lo pregunta así para que te la busques tú. Porque además ella me dice: “Tú sabes, tú sabes contestar, tú sabes lo que son los sentimientos”... ¡y claro! Confías un poco en ti y al

final sales diciendo: “Pues es esto, es lo otro” y ella dice: “¿Lo ves como sí sabes?”, te da un poco más de... te sube la autoestima (E14)”

“me ayudan y me aportan fiabilidad para vivir y ver si yo puedo sola y ver si yo puedo sacar a mi hija adelante y no tenerme que juntar a un hombre solo para salir adelante, es que tengo que hacerlo yo sola y ella me ayuda en ese sentido, es como tener a alguien ahí, no sé (E8)”

Las usuarias que han accedido a espacios grupales valoran muy positivamente la influencia positiva que ha tenido sobre su autoestima el apoyo recibido por sus compañeras y compañeros, así como el aprendizaje que permite el grupo sobre todo respecto a desarrollar habilidades y destrezas sociales. Esto es así cuando el grupo se ha conformado desde la creación de un clima respetuoso y confiable.

“Y hacemos actividades: actividades escritas, actividades de autoestima para nosotros... que nos puede ayudar un poquito más con el interés. Para nosotros y para no caer. Nos podemos ayudar un poquito más entre nosotros. La autoestima, todo. Lo trabajamos todo, está genial. Con una psicóloga que tenemos ahora mismo muy buena, genial (E3)”

“pensé que como no había estudio, no tenía estudios, siempre fregando, siendo una fregona, pues parece que vas con... cuando ves gente y veías cómo se explicaban, ¡dios mío, cómo hablaban! ¡Con gente de carrera!, ¡dios mío! Y no, he llegado a la conclusión de que no, ¡hasta yo me explico como una diputada! Cuando voy a mi pueblo me dicen: “es que vienes diferente, hablas diferente” (E14)”

La baja autoestima aparece vinculada en los discursos con los **sentimientos de culpa**. Las mujeres han expresado esta vivencia en relación con muchos de los problemas y circunstancias por los que su vida ha atravesado. Son reconocidas las dificultades para desprenderse de estas interpretaciones dañinas para ellas y para tomar una distancia que les permita para hacer un análisis más comprensivo hacia sí mismas. Estos sentimientos de culpa se manifiestan especialmente en relación con el consumo, la violencia sufrida y la presencia de hechos traumáticos.

“con lo de mi hermana, me sentí una culpabilidad que estuvimos trabajando... 4 meses, a mí me quitó un peso de encima que no te puedes ni imaginar. Estuvimos trabajando sobre el sentido de la culpabilidad ahí... machacando, machacando, machacando... y ahora, hablo de ello y ya no lloro, ya no lo siento tanto... sentir sí, doler. Pero ya no es la cosa de decir que tuve yo la culpa. (E14)”

“yo no sabía donde vivir..., además al no estar bien yo, no podía estar bien nadie al lado mío, no podía parar yo, no sabía que me pasaba, no podía hablar, claro

es que si hablas, no sé..., es que me da vergüenza no haber podido, porque yo antes de beber ya me pegaba, ya me insultaba y que me ha hecho de todo (E12)”

“había perdido el control de mi vida. Me daba igual todo. El haber perdido mi casa, el haber perdido mi trabajo, no me lo perdonaba. No me perdonaba ni la recaída, ni mi intento de violación, nada... me daba igual ocho que ochenta... es que no me lo perdono (E11)”

Es común que las personas del entorno refuercen con su actitud estos sentimientos de culpabilidad que oprimen y asfixian a las mujeres.

“porque esto ha sido porque en su momento no lo has podido sobrellevar y todo el daño que me han hecho a mí, el trato de los médicos, el trato de algunos amigos incluso el trato de la familia, el oír a tu madre decir que el tumor te lo has buscado porque las juergas que te pegas con el alcohol y todo esto, pues es duro, es duro porque no es así, pues esto por mucho tiempo que pasa, pues.... todavía te duele y te hiere (E7)”

b) La maternidad

Los discursos sobre la maternidad de las entrevistadas que han pasado por esta experiencia se encuentran repletos de contradicciones y ambivalencias. En sus relatos muestran la presión sentida por intentar compaginar los mandatos sociales internalizados sobre el hecho de ser madres con sus circunstancias y necesidades personales. Los escasos referentes sobre diversas formas de vivir la maternidad, la censura del entorno cuando se expresan sentimientos negativos en relación a este tema y los escasos espacios dónde plantear y discutir sus dificultades conforman una trama compleja de temores y culpas. La mayor parte de las participantes que han tenido un hijo o hija reconocen haber tenido un embarazo no deseado, incluso expresan que esta posibilidad no entraba en un principio dentro de sus expectativas vitales o han cedido a coacciones externas para seguir adelante. Estas mujeres relatan como han llegado a ser madres sin albergar un proyecto previo en relación con esta posibilidad pero desde luego es incuestionable que para ellas ha supuesto un cambio relevante en sus vidas.

“Yo tenía 31 años, tardé 9 años en tenerle desde que me casé, no quería y llegó uno, de chiripa (E13)”

“Yo no quería tener niños, pero mira, me vino y muy bien. Es el punto, yo creo, que ha cambiado las cosas (E1)”

“yo me quede embarazada fui a abortar, tenía 21 años porque yo ahí no veía una seguridad, no lo veía bien tener una niña o tener un niño lo que fuera (risa) pero

bueno su familia, yo me llevaba muy bien con su familia, me decía su hermana, no, no, no abortes que te vamos apoyar, que te vamos a dar de todo, yo lo veía excesivo y su hermana es buena y yo dije..., al final...cedí (E5)”

Ya desde el embarazo tienen sentimientos de culpa y preocupación en relación con el daño que la sustancia y/o el escaso autocuidado puede causar en el feto. A estas inquietudes se les añaden las dudas e incertidumbres sobre la idoneidad de seguir adelante con la gestación en sus circunstancias personales.

“yo me casé con 20 años y también seguía bebiendo, lo que pasa es que no sé, quizá me sentí responsable, desde muy joven y con los embarazos sabía que hacía daño y no bebí. Yo no bebí, en los embarazos no bebía. Entonces por ejemplo, pues, pues no sé... pero después volvía otra vez a beber. Ya podría haber dicho ya que hace mal, también hace mal para mí... yo pensaba que me podrían salir los niños mal (E14)”

Después de dar a luz, aparecen otros sentimientos relacionados con el miedo a afrontar la crianza y el temor a fracasar como madres o no poder atender satisfactoriamente las necesidades de sus hijos e hijas. Sin embargo, en los discursos resalta la preocupación y el interés que para ellas tiene desarrollar este rol de la mejor forma posible. Cuando las mujeres tienen hijos e hijas ya mayores, mantienen un sentimiento de culpa por haberles podido causar daños con su comportamiento. Esta percepción se puede acentuar en relación con la toma de conciencia que genera el proceso de recuperación; proceso que ayuda a resignificar la relación entre la mujer y sus hijos e hijas y darle otro sentido.

“no quería criar a mi hija, porque no me veía capaz, no, yo lloraba mucho por eso, veía que yo no era una madre y yo no veía la posibilidad de que yo pudiera criar a mi hija, yo estaba muy afectada, entre muy afectada, muy mal, pero fue entrar allí y pasito a pasito, poco a poco (E5)”

“ahora mis hijos ya son grandes, pero yo reconozco el daño que les he hecho, a todos: mis hermanos, mis padres, mi marido, mis hijos... yo principalmente pienso en mis hijos, porque cuando me han podido necesitar no he estado ahí, entonces a mí eso todavía me... ahí dentro de... y eso que intento hablar más con ellos de esto y lo otro... y ellos me dicen: “Mamá, si te curas, vale. Pero lo pasado, pasado está”. Pero yo lo pienso, o sea, que... a mí eso me duele mucho, la verdad sea, mucho. Porque ahí los hermanos, es otra cosa, es diferente... pero mis hijos, que han salido de mí, me duelen más. Y no sé si será eso, ¿eh? Pero la verdad sea dicha, me he dado cuenta de que, pobres hijos míos, ¡lo han tenido que pasar mal! (E14)”

A la vez que la experiencia de la maternidad conlleva una importante dosis de angustia, también reconocen el cambio que ha generado en sus vidas. Como otras mujeres, que no abusan de sustancias, las entrevistadas echan de menos el tiempo propio y los márgenes de libertad de los que antes disponían pero a la vez se convierte en una discontinuidad que puede posibilitar un replanteamiento vital. La responsabilidad sentida es tan grande que para algunas mujeres se convierte en un motor que las moviliza para tomar decisiones, reducir el consumo, rebajar sus resistencias al cambio y/ o implicarse con más intensidad en el tratamiento.

“es que no tienes vida propia, todo lo tienes que hacer pues pensando en otra persona (...), antes como tenía mi vida, yo hacía lo que me daba la gana y ahora ya no puedo. Es que es salir a las cinco y no puedo decir: “me siento en el sillón”. No, tengo que ir al parque a pasearla. Pero lo haces, porque la ves a ella tan contenta, que te llena (E1)”

“cuando me quedé embarazada, como que mi cabeza cambió un poco y vi más la realidad de cómo vivía y decidí que bueno, mi hija tenía que tener sus pañales, su leche, su ropa y di un vuelco, pero tampoco lo dejé del todo ahora, no (E8)”

“Ahora mismo quisiera disfrutar de mi hija, disfrutar de..., por eso me brinda la Cruz Roja...y por eso quiero coger todo esto, lo cogeré porque realmente para eso lo tenemos, para eso nos lo ha puesto la sociedad (E9)”

Algunas atraviesan por momentos muy complicados y contradictorios en la vivencia de la maternidad, los cuales quedan reflejados en la narración, por ejemplo una de las participantes expresa la ansiedad vivida ante la dificultad de compatibilizar sus deseos por consumir con las tareas de “madre convencional” y los requerimientos de su hijo.

“tengo un hijo que la verdad, él ahora me ve, porque él quería una mamá, lo que era una mamá, no como yo, él decía:”mamá, vamos al parque” y yo le llevaba un rato al parque, pero yo quería ir a casa, pues para beber y en el parque no me iba a poner, no me iba a llevar allí una botella de vino y beber ahí en el parque, yo salíamos del colegio y le llevaba el bocadillo y tardaba una hora, pero se lo comía y cuando jugaba un poco, yo a lo que quería, que era beber (E13)”

Otra importante causa de malestar es el temor a que les retiren la custodia de sus hijos e hijas. Esta presión suele provenir tanto del entorno familiar como por parte de los servicios sociales.

“tengo una niña, por el seguimiento..., porque creo que me la quitan que es mi paranoia y que tengo que buscarme la vida y es que he tenido 20.000 asistentes sociales en el CAD1 y en el otro lado y me siento... que no soy libre, vamos que tengo que hacer algo visual para que se crean que estoy bien(...) también yo re-

conozco que tengo mucha paranoia, con que me quiten a la niña, que a lo mejor no es real, pero para mi es real, a mi me dicen en la Cruz Roja: “que no, que no te la van a quitar”, pero yo no me fio (E9)”

“¿sabes lo que hice ya de ultimas? mi madre me quería quitar a mi hija, eso a mi me dolió muchísimo, porque claro yo a mi hija siempre la he querido y no podía tenerla como yo quería que esa era la historia mía y claro yo...mi madre ya decía que me la iba a quitar y que me la iba a quitar(...), eso me dolió mucho, fui a la asistenta social, que es muy buena persona y le dije la situación y le dije me voy a meter en un centro y se lo dije, digo, dime donde puedo ir (E5)”

Alguna de las mujeres vivencia el vínculo con su hija como la exclusiva razón de su existencia, priorizando las necesidades de la niña por encima de todo.

“mi hija tiene que ir como tiene que ir y yo para mí soy la última, la verdad, ahora mismo, yo para mí soy la última y es así las madres lo damos todo por los hijos (...), no necesito a nadie, a mi hija sólo y si me faltase mi hija no estaría a aquí, eso si que lo tengo claro (E8)”

La resistencia a separarse de sus hijos e hijas –fundamentalmente cuando tienen una corta edad– así como el no disponer de ayudas y apoyos para cuidarlos son las principales barreras expresadas para ingresar en una comunidad terapéutica. En este sentido hablan tanto de sí mismas como de las experiencias que han observado a su alrededor.

“por ejemplo el niño está interno, cuando viene algún fin de semana de momento va a dormir a casa de mi madre. Yo tengo un hijo, pero si yo tengo cuatro hijos y yo me voy y dejo a mi madre los cuatro churumbeles, me dice mi madre: “maja, quédate como estas, que yo no me cargo con cuatro” tu imagínate una persona que tenga cuatro críos ¿a quién se los deja? (E13)”

“Por los hijos, mayormente por los hijos, no, saben dónde dejarlos, no saben que hacer con ellos, no hay centros donde dejarlos, ni nada (...) Yo no tenía donde dejarlos y los dejé, porque abandonados no los vas a abandonar aunque estén abandonados de cierta manera (E12)”

“que no me apetece que me metan en un Centro para eso y que yo no necesito vacaciones de ningún tipo, yo tengo mi hija y me busco la vida para ella (E9)”

También se convierte en un obstáculo para acceder a algunos puestos de trabajo, ya que las ofertas laborales más frecuentes se hacen incompatibles con los horarios y las necesidades de cuidados que puedan tener niños y niñas. Aunque este obstáculo no es exclusivo de las mujeres drogodependientes, hay que señalar que es especialmente

relevante en el caso de estas mujeres, ya que muchas de ellas carecen de redes de apoyos que les puedan ayudar a atender a sus hijos e hijas.

“me da igual, cualquier cosa me vale, pero que se me adapte al horario del colegio de mi hija, mi hija y yo madrugamos a las 7,30 de la mañana y la puedo dejar en el comedor hasta las 7 de la tarde, tengo ahí doce horas que puedo trabajar, pero claro se me tiene que adaptar, en hostelería no hay nadie que te deje horario (E8)”

Respecto a las **demandas** expresadas en relación con la maternidad algunas mujeres han expuesto la necesidad de contar con apoyo para aprender a relacionarse con la maternidad y mejorar la crianza y educación de sus hijos e hijas.

“a lo mejor me gustaría ir ... pero claro, no les compete ahí... a un taller sobre cosas para la niña, o sea, cosas que pueda hacer para estimularla, para educarla mejor, cosas así... Que a lo mejor, como yo ya no estoy con mi madre, no tienes una persona de apoyo que te diga cómo hacer las cosas, a lo mejor mi madre no sabe más que como ella lo ha hecho, a lo mejor un profesional te puede dar unas pautas mejores. A mí es lo que ahora mismo me preocupa, ¿sabes? (E1)”

“Quizá las madres, el tema... no sé, la maternidad (E10)”

Otras peticiones giran en tono a la necesidad de servicios de guardería o de cuidado en los tiempos en los que ellas acuden al tratamiento o en el momento de reinserirse laboralmente.

“tendría que haber algún sitio donde recoger a los niños (E12)”

“si tuviese, pues eso un trabajo que se adaptase al horario, pues algo para los críos, pues decir”puedo dejar a mi hija aquí”, eso sería lo único, porque dejar a mi hija aquí un ratito para yo poder trabajar(...) un servicio de guardería, un servicio de taller de niñas, pero nada más, que está todo muy bien (E8)”

“poder llevarla a algún sitio. A lo mejor si el CEAS tiene contacto con ACLAD que tuviera una persona que me la llevase y me la trajera, ¿sabes? Lo que yo tardaría en llegar. Por ejemplo cuando yo llego en el bus de la una y media, llego a menos cuarto. Son quince minutos que no tengo a nadie que esté con la niña si mi pareja trabajase. ¿Sabes? Entonces, ese momento, si hubiera una persona que se encargase de ella (E1)”

c) El mundo relacional y afectivo

El mundo relacional de las mujeres se ha revelado como una fuente de insatisfacción para ellas. De hecho, son frecuentes las alusiones al sentimiento de soledad.

“Me he sentido tan sola (E14)”

“yo creo que muchas de nosotras, si hemos caído en esto es porque estamos muy solas, (E7)”

“al cogerme una habitación cuando salí yo sola que estás..., y al querer yo sola meterme en el mundo, porque allí estás como fuera del mundo, ¿no?, tenía una ansiedad y una cosa, que aunque había cogido esos hábitos es que no podía, no podía, la soledad y una ansiedad, sobre todo, tremenda y yo decía: “¿qué me pasa, qué me pasa?”, era la soledad...(E18)”

– Familia y amistades

El apoyo de las personas cercanas es fundamental para ellas y saben que contar con su afecto es un elemento de peso en su recuperación.

“el apoyo de la gente que tienes cerca, de la familia, porque son los que más cerca tienes. Para la gente que no tiene familia pues, me da mucha pena... Porque la familia es... cuando la familia te da de lado es lo peor (E1).”

Aunque algunas mujeres cuentan con el apoyo de algunos miembros de sus familiares.

“he tenido suerte con el apoyo de mi madre, por ejemplo una madre y una hija que nunca van..., una mujer de ochenta años y una niña de pocos años (E9)”

“me hizo aprender que con todo lo malo que había, lo bueno siguió estando ahí, que era mi familia, mi gente (E15)”

Otras no tienen este sostén y han tenido conflictos y rupturas con su familia. En relación, con estas pérdidas expresan sentir daño y dolor por la pérdida.

“La pérdida de mi hermana, la pérdida que mi padre... que es raro que no me mande dinero, que sabe que estoy en la calle. Lo extraño (E11)”

“es muy difícil, criar a una hija sola, sola, sola, sin mis padres y sin su padre, sin...porque si dices tengo un tío que me está respaldando o a alguien que se está preocupando por ti, pero mis padres me llaman una vez al año y el resto les llamo yo, yo como si no existiera y tengo dos hermanos, pero uno está casado y tiene ya su vida y antes sí, íbamos mucho juntos, pero se casó y tiene su vida y ya no me llama tanto y mi hermana prácticamente no me habla, porque tiene celos, así que...porque claro si tienes a alguien que te ayuda, pero es que no tengo a nadie (E8)”

“No tenía nada..., la familia no quería saber nada, hay madres que sí, pero mi madre, por ejemplo, si es que me ve mal es que no, es que pasa de mí (E18)”

Las amistades tampoco son un punto en la vida de estas mujeres. Algunas sí citan a amigas que han estado presentes en este proceso.

“unas amigas mías de anteriores veces me ayudaron muchísimo ahí, me ayudaron un montón y estuvieron ahí conmigo me acompañaron a todo los sitios (E5)”

“Tengo dos amigas hermanas gallegas y me siento apoyada por ellas. Y esta gallega era la que me esperaba en Alcohólicos Rehabilitados para llevarme a mi casa. Venía en el autobús de las 8 y a las 9 me esperaba (E14)”

Sin embargo, la mayor parte de las entrevistadas no cuenta con este apoyo. Muchas de las personas con las que se relacionaban pertenecían al mundo de la drogadicción y con las provenientes de otros momentos de su existencia se han ido produciendo pérdidas y separaciones derivadas del distanciamiento afectivo, decepciones o de las diferentes formas de vida. En otros casos, el consumo –como en el caso de algunas de las mujeres alcohólicas– es un acto tan solitario que va generando cada vez una mayor lejanía con el entorno.

“Mis amigas, como habían dejado de beber, no querían saber nada de mí... (E3)”

–¿no tienes amistades?

“–no, nadie, y tampoco quiero la verdad, porque no los hay, porque son amigos cuando estás bien, cuando estás mal, no hay nadie, nadie quiere escucharte, nadie quiere, no sé, no (E8)”

En el caso de las entrevistadas que sufren violencia, este aislamiento se produce también por las coacciones del maltratador a que la mujer se relacione con otras personas.

“yo por ejemplo a mi hermana la tenía que llamar a escondidas, con él no, enseguida:” ¿a quién has llamado, tú que tienes que contar?” En cambio yo llamaba a su familia, no pasaba nada, yo sé que al final era una manera de encerrarme (E12)”

Otras mujeres agradecen el apoyo y la implicación proporcionada por sus hijos e hijas cuando estos son mayores.

“Yo sí que tengo claro, están mi hijo también y mi hija también (E6)”

En este sentido, muchas mujeres valoran especialmente el apoyo y el sostén proporcionados tanto por el personal que les atiende en los recursos, como por sus compañeras y compañeros; este último elemento lo mencionan las mujeres que han estado en recursos dónde cuentan con terapia grupal.

“La psicóloga te da consejillos así y... vamos, como tener una amiga porque ahora realmente donde estoy no tengo ninguna... es que es un pueblo donde no conozco a nadie, acabamos de llegar y no... es complicado (E1)”

“me han ayudado muchísimo, siempre que he estado ingresada han ido compañeros a verme siempre, están pendientes...(E3)”

“luego también con la gente que estaba conmigo cuando yo hice esto, que no hace nada, teníamos muy buen feeling, me he sentido querida, me he sentido arropada, valorada, no sé, me he sentido entendida..., cosa que en 36 años con mi familia, jamás me había pasado (E17)”

En esta dirección, comprenden que las personas del entorno no suelen conocer cuál es la mejor forma de prestar ayuda y reconocen la importancia de la atención profesional. La terapia puede contribuir, también, a mejorar las relaciones con su familia.

“las personas que te atienden, claro, es muy importante las personas, muy importante las profesionales que te suministran toda la asistencia, más que la familia, jehj incluso la acogida, la familia no sabe, no sabe... con mi madre he empezado la amistad después de estar en la Unidad (E18)”

“Te sientes arropado, es como otra familia y te ayuda luego a hablar con tu familia de cosas que no se te habría ocurrido hablar (E10)”

– La pareja

Las relaciones de pareja y el amor de pareja ha sido uno de los elementos que han emergido con mayor frecuencia como causas de malestar, frustración e insatisfacción. En este apartado, es imposible obviar las experiencias de violencia que se exponen en el apartado destinado a este tema. Muchas de las entrevistadas han sufrido decepciones, deslealtades, infidelidades, y falta de apoyo y cariño por parte de su pareja.

“tuve una pareja que para mi lo era todo, lo que no tenía en mi casa, me lo daba esa persona, se terminó (E17)”

“Me mentía mucho eso es una falta de respeto muy grande, no, hay parejas que son consumidores, que se respetan, tienen confianza, no hay agresión, porque la agresión, la falta de confianza, que te mientan...(E18)”

“contar lo que he hecho, lo que no he hecho, si a mí me gusta contarlo, tener a quien contárselo, aunque no salga de casa y no haga mucho, a mi pareja se lo cuento, pero él pasa de todo, él solo me habla de que le van a echar, de que tiene que pagar, de que cuando tenga un poco de dinero que quiere tal y yo que sé, no me aporta nada nuevo (E8)”

El abuso de sustancias se revela entonces como un mecanismo que les ayuda a soportar estas relaciones insatisfactorias. Ellas mismas dan cuenta de las dificultades que experimentan para romper el vínculo. Ante una ruptura también aumentan las posibilidades de tener una recaída.

“él también cojeaba, era un hombre que le gustaban mucho las mujeres y eso y tenía un rollo muy torcido de liarse con chicas o dejarme de lado y ya ahí empecé otra vez a consumir (E5)”

“mi hija me dijo: “¿Mamá por qué bebes?” y le dije: “Hija, porque no tengo forma de aguantar a tu padre”. Si... entonces empecé, para olvidar, ¡me lo pasaba pipa! Ahora tengo la mente muy lúcida y quiero vivir. Ahora quiero vivir (E6)”

“yo he recaído por una relación que tuve, que bueno, fracasó y la verdad es que estaba muy apegada y bueno... fracasó y la verdad es que no, no... me frustró mucho, la verdad. Me frustró mucho y no lo aceptaba que se acababa la relación y bueno. Ahora ya está, ahora sí lo tengo aceptado y voy a seguir adelante (E3)”

Hay testimonios que dan cuenta de cómo han priorizado que su compañero entrase en un recurso antes de hacerlo ellas. Otras continúan siendo un apoyo para él, con entrega incondicional, aunque la relación no funcione o esté rota. En algunos relatos las mujeres explican cómo desempeñan una función de contener y controlar el consumo de su compañero, también como estrategia para protegerse y limitar su propio consumo.

“lo hemos dejado porque cuando hay una agresión..., aunque yo quisiera ayudarlo a salir, porque yo no era capaz de irme sola y dejarle solo en la tienda, le tuve que dejar y saber que estaba bien, porque si no, yo no puedo estar bien, me dieron a elegir en el Centro él o yo, y yo le elegí a él y lo dije, que yo hasta que no le viese bien y terminase él el proceso yo no podía irme al Centro tranquila (E18)”

“¿Sabes qué pasa? Que yo estoy detrás de mi marido y estamos viendo porque él me pidió ayuda y no se la voy a negar, porque no se la puedo negar en la vida, ¡nunca! Aunque él me haya dejado tirada, yo la ayuda no se la puedo negar a nadie (E4)”

“antes era todo los días y a grandes cantidades y ahora es una vez al mes, a lo mejor, y no la misma cantidad, yo prefiero mantenerlo así y a mi novio ya le paro yo los pies para que no se le vaya la olla, porque éste es de que como tenga un día ya los quiere todos (E8)”

Otras mujeres narran el abandono de comunidades terapéuticas por haberse enamorado o como, en esta situación, las fantasías amorosas provocan que su propia recuperación quede en un segundo plano.

“yo tenía unas expectativas de llegar juntos a la inserción y luego vivir juntos, poner un negocio y cuando llego la inserción no hubo nada de eso, yo quise crear también mi familia ahí y eso no funcionó... (E17)”

“yo abandoné, abandoné porque empecé a juntarme con un chico de aquí, fue una relación y claro (E16)”

Como explica con lucidez una de las participantes en muchas de las relaciones amorosas, las mujeres están en una situación asimétrica y de dependencia emocional que puede ser muy dañina para ellas y resultar de alguna forma comparable a la adicción a una sustancia.

“Las mujeres son muy dependientes de los hombres, porque yo aquí lo he visto muchísimo y esa dependencia los hombres no las tienen (...), es más de mujeres, dependemos tanto, depender de una sustancia es igual que depender de un hombre, no deja de ser una dependencia incluso más perjudicial (E17)”

– Los cuidados

Las responsabilidades de cuidar a personas del entorno es también uno de los aspectos relevantes en sus vidas y muestra cómo los mandatos de género articulan la identidad y la interiorización de una serie de roles y mandatos, que se mantienen a pesar de los problemas que tienen estas mujeres, del estado de ánimo negativo, de sus dificultades físicas y de la relación previa que hayan tenido con las personas a las que ahora atienden. Como vemos a continuación, es común la asunción del cuidado de personas ancianas o enfermas.

“Además es que yo tengo mis obligaciones también, yo tengo que hacer las compras todos los días, tengo que cuidar a mi padre todos los días, tengo que hacer la casa (E2)”

“luego estuve cuidando a su madre, tres años, que tenía Alzheimer, la tuve que estar lavando, cambiándola de pañales y curándola las heridas, yo vamos, tendré mi parte mala, pero también tengo mi parte buena (...), yo estuve tres años, yo me tiraba mucho tiempo con ella en el hospital, pendiente de ella, iba a casa y atendía a su padre también, y le atendía a él, pero claro él eso no me lo valoraba, ¿sabes? él lo que me valoraba es que le trajera la droga, se murió la madre, me tocó con el padre (E15)”

“no tengo a nadie, a nadie, mi abuela está enferma ahora de cáncer, y hace poco estuve con ella que la estuve cuidando un par de semanas y tal, que solo quería estar conmigo, solo conmigo, solo conmigo y después de haberme tratado tan mal quería estar conmigo, de hecho a la última charla no pude venir, me pilló la qui-

mioterapia de mi abuela, estuve un ratito y me tuve que ir un ratito con mi abuela (E8)”

Una de las mujeres más mayores explica que el sentimiento de “deber” atender a su madre enferma era tan fuerte que se convirtió en el escollo más importante para tomar la decisión de ingresar en una comunidad terapéutica.

—¿qué es lo que más te costó para tomar la decisión de venir?

“—dejar a mi madre. Yo para mí, pensé que era imprescindible, porque yo era la que les hacía la comida, les atendía... había estado a punto de morir, que lo que es la naturaleza... yo ya llevaba la ropa para amortajarla y salió adelante... aparte de la metástasis tiene Alzheimer... Yo para mí, lo que más me costaba era dejar a mis padres, pensaba que se iban a morir si me marchaba yo (E14)”

Alguna de las entrevistadas expresa una conciencia clara sobre el peso de las normas y roles que construyen la relación de las mujeres con los cuidados.

“hay millones de personas, yo que sé, que son drogadictas, que son mujeres que están en sus casas, que están hechas una mierda y que están funcionando porque tienen responsabilidades de ...,que están ahí llevando un montón de peso (E9)”.

d) Violencia

De las 18 entrevistas realizadas, 11 mujeres han reconocido sufrir o haber sufrido malos tratos. El reconocimiento del maltrato físico y psicológico ejercido por su pareja ha emergido en una gran parte de las entrevistas, así como las consecuencias de ésta sobre la salud mental. Las informantes expresan angustia, ansiedad, estrés, sentimientos de baja autoestima, tristeza. En estas experiencias se observa cómo muchas mujeres abusan de sustancias para poder soportar la violencia de que son objeto, utilizando el consumo como estrategia para sobrevivir al maltrato, calmar la ansiedad y afrontar las situaciones cotidianas de su vida, con la angustia y el estrés que conllevan.

“cuando yo tenía 5 meses de embarazo empezó a tratarme mal, empezó a reaccionar mal, a insultarme, si hacía la comida estaba mal, que me mandaba a la mierda cada dos por tres, no venía a dormir yo me asustaba, me había quedado sola, yo estaba con cinco meses de embarazo y me había quedado sola, pero sola, sola, ahí si que ya no se lo quería decir a nadie, estuve aguantando desde los 5 meses de embarazo hasta los 6 de dar a luz, 6 meses tenía mi hija y fue cuando ya exploté y le denuncié y nos volvimos a Valladolid (...), creo que a los 4 meses de nacer la niña yo empecé a consumir otra vez porque yo estaba muy triste, muy triste (E5)”

“el padre de mi hija nunca me ha dado un duro y me tenía que haber dado la casa entera porque eran malos tratos, y si ahora está en la cárcel es porque se la ha montado buena a otra novia (E9)”

“Empecé a beber pues bastante... tenía muchos problemas con mi marido, teníamos muchas peleas, él bebía pues ¿cómo se llamaba, socialmente?, todo eso lo aprendí en el centro y aparte de insultos... me pegaba... entonces yo, para poder seguir aguantando pues cada vez bebía más, para olvidar y para seguir aguantando (E6)”

“Entonces le denuncié, le denuncié, pero luego le defendí delante la juez, pero claro, me dio la razón porque tenía los cardenales y me hizo daño en el cuello y el juez me daba la razón, pero le defendí, porque no quería dejarle y les dije que no era violento, que lo estábamos dejando, que no era mi novio, entonces él estaba en el calabozo y entonces al haberle defendido le dejó salir (E18)”

“no a lo último ya cuando bebía, eso era siempre, era de siempre ha llegado a darme patadas en la barriga cuando estaba embarazada, de tirarme por la escalera y llegar luego abajo y decirme ¿todavía no te has matado, hija de puta? Palizas muchas y ya llegar hasta saber cuando metía la llave en la cerradura, yo ya sabía la forma de meter la llave en la cerradura como venía a casa, si era a tocar o no, es que lo sabía, y bueno un día te iba a pegar una paliza y luego no lo denuncié (E11)”

También hablan de experiencias de maltrato por parte de la familia de origen. Para algunas mujeres este es el detonante que las conduce a irse de casa siendo muy jóvenes, sin haber terminado sus estudios y con pocas perspectivas laborales. Como ellas mismas cuentan, estas decisiones suelen ser poco meditadas y responden más bien al deseo de huir, sin pensar mucho con quién y dónde, lo cual acaba condicionando la aparición de diversas problemáticas. Otras continúan durante años soportando estas agresiones porque no tienen otra alternativa de vida, al no disponer de trabajo ni de un lugar donde estar.

“he recibido palizas constantes desde muy pequeña de mis padres y cuando cumplí los 18 años me fui de casa, recién cumplidos, mi padre me puso las manos por última vez encima y me fui con mis maletas y entonces claro poniéndome a vivir con mi pareja, pues claro el consumo era más constante hacíamos todo tipo de trapicheos, nos lo bebíamos todo (E8)”

“Mi padre me maltrataba. Ma pegado muchas veces. Pero tampoco se lo tengo en cuenta porque está dispuesto a ayudarme, ¿me entiendes? Entonces... ¿quieres que haga? ¿Qué le vaya a denunciar a mis 48 años? ¿Y qué me va a ayudar eso a mí? Nada. En nada me va a ayudar. Porque sé que lo hace para ayu-

darne, sé que lo hace por eso. Él piensa que el castigo, me va a ayudar (...) él pegaba a mi madre... era un hombre de "estos". Y ahora tengo la sensación de que cada vez se está pasando conmigo (E2)"

Además las agresiones se pueden producir también en el ámbito familiar como castigo ante la drogadicción.

"todo el día venga dormir y dormir, mis padres me insultaban, mi hermano me pegaba (E5)"

Una de las entrevistadas narra con muestras de gran sufrimiento los abusos sexuales vividos durante la infancia y la violación sufrida siendo adulta, haciéndose consciente de la relación entre estas experiencias y el consumo de sustancias.

"la violación, el intento de abuso de mi tío sobre mí... El abuso que tuvo mi abuelo hacia mi madre... todo eso me dolía y no lo quería sacar. Yo prefería tenerlo ahí guardadito y que nadie me lo sacara y que nadie me lo juzgara. Yo lo empaqué y luego lo tuve que sacar, yo pensaba: "Esto no hace falta para salir del alcohol y de la droga". Y me entraron unos miedos, unas cosas que empecé a... a ser agresiva, a ser impulsiva, a no querer hacer nada (E11)"

La soledad con la que han afrontado la violencia es común en los distintos testimonios. El temor, la presencia de otros problemas vinculados a la drogodependencia, el deseo de no involucrar a sus familiares y los escasos apoyos afectivos con los que cuentan crean un cerco de silencio y aislamiento.

"Mi padre me decía: ¿Qué te está haciendo? y le decía: "nada", "¿te está pegando?", "que no, papá" y me decía: "no digas que no", pero como no me sacaba nada pues claro mi padre decía: "¿Qué hago?" y, claro, como no le contaba nada...(E16)"

"Aquí no tenía amigas, no salía de casa, a él tampoco le gustaba que saliera de casa, ni que tuviera amigas, ni que hablara con mi familia, solo con la suya, con mi familia no, solo con la suya (E12)"

"lo que no quiero es saber nada más de él, y en el momento en el que ponga una denuncia va a ser peor verle la cara otra vez... además mis hermanos y mi padre, le tienen unas ganas... ¿sabes? Y tampoco quiero implicar a mi familia...(E15)"

Por tanto, la constitución de espacios donde puedan elaborar estas experiencias traumáticas se revela como una necesidad fundamental; la repercusión de las agresiones sufridas tiene un grave impacto en su subjetividad, como da cuenta el siguiente fragmento discursivo.

“parece que fue ayer, todo lo malo, parece que fue ayer, porque cada vez que yo recuerdo cada paliza de mi padre, parece que fue ayer, cada vez que recuerdo algo malo, es que parece que fue ayer (E8)”

“me he olvidado de él, cuando ingresé tuve los primeros días muchas figuraciones, mucho sufrimiento, me puse fatal, y a veces me vuelven, son como fotografías que te vienen de lo de atrás y sufres mucho en la siesta justo y lo pasaba muy mal, son cosas de atrás, hasta que me mentalicé yo sola de que eso ya no está (E18)”

Enfatizan la relevancia de recibir apoyo psicológico que les permita elaborar los traumas vividos, reducir el menosprecio hacia sí mismas y recuperar la autoestima dañada por el maltrato, así como descubrir y desplegar sus potencialidades; todo ello con el fin no sólo de reiniciar su existencia, sino de fortalecerse para poder ir afrontando las distintas etapas y aspectos aún pendientes en su recuperación. En muchos momentos no existen palabras reconocidas para comunicar la clase de impresiones que genera la violencia; el llanto o el silencio toma su lugar. Este es un elemento prioritario que permite comprender la incomunicación que sufren las mujeres. Por tanto, es esencial que cada profesional con quien contacte la mujer, explore por un lado, sobre esta posibilidad y por otra, dé el tiempo necesario y ponga en marcha todas las habilidades de escucha que les ayude a construir una narración sobre la violencia.

“la psicóloga me decía me decía: “es que no te veo yo”, ella me quería decir que algo pasaba, que algo pasaba, pero que no sabía el qué y claro, es que sabía que algo pasaba o por parte de mi marido o por parte mía y claro, hasta que se ha roto todo, he roto y he dicho todo ya y ahora ya ha entendido (E12)”

Es especialmente importante que el personal que las atiende no minimice la violencia sufrida por parte de las mujeres y consideren los nexos de unión que puede tener con el abuso de sustancias. Las entrevistadas comentan que difícilmente hablan de estas vivencias en los centros donde reciben asistencia por su problema de drogas y no se suele explorar o preguntar sobre esta cuestión. En este sentido, resulta fundamental que las intervenciones no han de restar importancia a la violencia padecida, no hagan interpretaciones “justificativas” y tolerantes hacia el maltratador, ni condicionen la gravedad otorgada a los abusos al hecho de que haya una denuncia.

“según me han enseñado en el centro, él no tenía la culpa, pero bueno... eso lo he ido aprendiendo poco a poco. A mí me entraba agresividad, pero yo pienso que él siempre ha sido agresivo con el alcohol y sin el alcohol, yo lo era con el alcohol (E6)”

—¿en el centro donde estás ahora te lo han preguntado alguna vez?

“—me lo ha preguntado la psicóloga, sí.”

—¿y qué te dice?

“—que mi padre, pues que es muy mayor y que... pues que también está ayudando mucho, y es verdad, y tienen razón... se le va la mano alguna vez, pero tampoco me está... ¡dando palizas! ¡No exageremos! No quiero exagerar, ¿eh? (E2)”

“la directora, ¡la madre que la parió!, me dijo: “Es que no veo que has puesto ninguna denuncia, si hubiese una denuncia lo habríamos hecho de otra manera”, en su momento me dijo eso (E15)”

También es fundamental que desde los distintos recursos se tenga presente la posibilidad de que las mujeres puedan estar sufriendo malos tratos; las entrevistadas que se encuentran en esta situación dejan constancia de que el maltratador, o alguien de la confianza de éste, las suele acompañar —sobre todo a los servicios de salud— para controlar lo que la mujer dice. La presencia del agresor y las amenazas que previamente él haya proferido van a inhibir el relato de las mujeres, con lo cual es fundamental buscar un espacio para hablar a solas con ellas.

“el médico me dijo que como no lo había dicho antes, de todas la maneras tampoco lo conté, solo que bebía y no le conté nada más, siempre tenía a alguien al lado mío y cuando iba al psicólogo o al psiquiatra siempre tenía al lado a alguien(...), siempre estaban conmigo o mi marido o mi cuñada (E12)”

Estas mujeres apenas conocen ni han tenido contacto con los recursos destinados a la atención a mujeres maltratadas ni han sido derivadas desde la red pública. Tampoco las que han formulado una denuncia o han solicitado información en relación a esta posibilidad. En este sentido, aparece alguna experiencia negativa.

“no tuve ningún apoyo de hecho cuando fui a denunciar, fui a..., fui dos veces, una vez fui andando y no me atrevía a denunciarlo o algo así fue o llame por teléfono algo así, y entonces estuve hablando con la policía de la calle Gerona, las especialistas estas del maltrato a mujeres, bueno, tiene un nombre y me dijo que si estaba segura, que me lo pensará muy bien y que no denunciara porque podía volverse peor contra mi, claro eso me estuvieron...y claro yo en esa situación pues no denuncié cogí me volví para casa (...), al cabo del tiempo sí le denuncié (E5)”

Esta misma mujer narra como el acceso a un recurso para mujeres maltratadas ha estado condicionado por su drogadicción, siendo un obstáculo para ser considerada como receptora de ayuda. Incluso, como se muestra a continuación, la profesional que la atendió desliga el problema de la violencia de su adicción a las drogas y no le ofrece ningún recurso alternativo.

“empecé con la de mujeres maltratadas, pero claro yo ahí, hablaban sobre los maltratos que tal...y no sé que...y veía que ahí no estaba la raíz del problema, me lo dijo ella, no estaba ahí la raíz del problema y que había otro problema que no era ese, yo ya la había dicho que consumía y claro, me dijo que no podía hacer nada por mi (E5)”

Otras entrevistadas reconocen la resistencia a formar parte de actividades específicamente dirigidas a mujeres maltratadas. El temor a enfrentar su pasado, el deseo de olvidar y el temor a ser etiquetadas son esgrimidos como argumentos para explicar este rechazo.

“tampoco quiero ir a muchos colectivos, no yo quiero estar en mi casa, estar con mi hija y no, no me va mucho el rollo colectivo (...), no quiero ir a nada más y que me estén recordando y que me estén diciendo, prefiero olvidar y no seguir pensando, prefiero olvidar y ya está (E8)”

e) El suicidio

Una parte importante de las mujeres que han formado parte de esta investigación han reconocido tentativas de suicidio relacionadas con el sufrimiento, la impotencia padecida y el sentimiento de fracaso.

“he pasado maltrato, he pasado por las drogas, he pasado abusos, he pasado pues eso...un poco de todo, soy muy blanda, pero a la vez estoy muy dura, ¿sabes?, me he intentado suicidar tres veces, pero cada vez soy mas dura, desde la última vez ya me he vuelto más dura (E8)”

“me había tomado pastillas y alcohol, que dos veces me las he tomado, pastillas y alcohol, porque no quería vivir (E6)”

“cuando intenté suicidarme, por ejemplo, esta amiga fue la que se presentó en mi casa y llamó a mi marido, porque... eso fue hace más años. Piensas mucho hasta que te suicidas, lo intentas, vamos... sabía que estaba en casa y llamó al timbre y vio que estaban todo, las ventanas cerradas y llamó a mi marido. Y según llegó yo estaba en la cama que me había tomado pastillas y bebido vino, yo quería acostarme, no sufrir, acostarme y no despertar (E14)”

Otras expresan fantasías y deseos de muerte, como mecanismo de escape frente a una situación vital insoportable, sobre todo cuando la tensión y el dolor llegan a un punto álgido, difícilmente elaborable por el psiquismo.

“lo último ha sido brutal, como de dos años o así ha sido brutal, a lo bestia, de tomarme cantidades de dos litros de pacharán, dos de vino al día, todo a diario,

a lo bestia porque no quería....o sea como un intento de suicidio, pero sin querer también a la vez, como se dice, que no te atreves o sea te quieres morir, pero no te atreves a suicidarte, es una cosa así, de no existir, pero sin matarte (E12)”

f) Trastornos de la alimentación

Algunas entrevistadas han reconocido padecer trastornos diagnosticados de la alimentación. Para unas mujeres es un problema anterior al consumo, mientras que otras lo relacionan con el aumento de peso y los cambios en la imagen corporal producidos, sobre todo, por el consumo de alcohol. En estos casos también pueden recurrir al uso de cocaína para reducir la sensación de hambre y controlar el peso.

“yo tengo problemas de la alimentación desde pequeña, bulimia y yo me veo gorda ahora mismo y estoy normal (E18)”

“por el consumo de cocaína caí en la Anorexia Nerviosa. Yo sabía que estaba muy delgada en algún momento, pero vamos... ni tenía hambre, ni ganas de comer... no comía prácticamente nada. La psicóloga fue la que cayó en el problema y mira, ha sido la que me ha ayudado (E15)”

“el alcohol, claro tiene muchas calorías y yo bebía de tal forma que me engordaba muchísimo y llegué a desarrollar una bulimia y muchísimos problemas. Llegué a una bulimia exagerada. Yo bebía muchísimo y me daba atracones, vomitaba... luego tenía periodos que no comía nada... o sea, exagerado, yo nunca me he medido cocaína para divertirme, pero sí para adelgazar (E3)”

Uno de los testimonios da cuenta de la pérdida paulatina del apetito y del rechazo a la comida en la medida en que el consumo de alcohol era cada vez más autodestructivo.

“no comía, no entraba por mi boca nada, solo alcohol, ni un trocito de pan es que no podía tragar, no podía, el alcohol nada más, ya coñac....eh...todo lo que pillaba, al alcohol de curar me lo bebía, era lo más fuerte, el vino ya no me hacía nada, cogía el alcohol de curar (E11)”

g) La Inserción Laboral

Excepto una de las mujeres que trabaja en el sector limpieza y otra que se dedica a las tareas domésticas –y por su edad, no alberga este proyecto–, las demás están en situación de desempleo y expresan la necesidad perentoria de encontrar un trabajo, ya que atraviesan por una situación económica precaria. Es común que sobrevivan de ayudas públicas o familiares.

“yo dependo ahora de mi hermano y de mi familia, yo estoy aquí y me vengo aquí a comer y cenar, ¿sabes? porque mi familia no tiene para....porque mi cuñada está de baja, mi hermano está trabajando a destajo, pero no llega, hay que pagar muchas cosas y entonces mi cuñada vino a hablar con el monitor y me dijo, pues te bajas a comer y a cenar y duermes en casa y luego te levantas como haces todos los días a llevar el currículo (E16)”

“Ahora estoy cobrando 400 euros de una ayuda (E9)”

La adicción a las drogas influye negativamente en las posibilidades de encontrar un empleo. Además, en algunos momentos puedes ser difícil compaginar algunas circunstancias ligadas al consumo con la ocupación laboral. Estar tiempo sin trabajar repercute en la menor experiencia que entonces ofrecen, lo cual limita las oportunidades de obtener un trabajo.

“he perdido un trabajo que lo dejé, lo dejé sin más, discutí con la jefa y dije que no volvía y no volví, pero claro, porque estaba ya mal, estaba ya enganchada y no podía levantarme a la hora (E15)”

“¿qué hice? Encontré un cartón de guisar en la cocina, de guisar y bebí. La supervisora me vio por la mañana, lo lógico... no había bebido mucho, pero yo no estaba normal. Lo notó y me dijo que al día siguiente fuera para hablar con ella y me mandó para casa. Eso es lo que más me ha jorobado en la vida. ¡Tanto como he trabajado y ese ha sido el único trabajo donde me han echado! (E14)”

Otra barrera es la imposibilidad de compatibilizar la actividad laboral y el tratamiento de las drogodependencias, en especial en el caso de los tratamientos de carácter residencial.

“si le dices a un empresario: ”voy a dejar de trabajar porque me he quedado embarazada” y el empresario te deja, pero dile :”voy a dejar de trabajar porque me voy a ir a un centro de rehabilitación de alcohólicos”, pues...(E13)”

En los discursos ha quedado patente la prioridad absoluta que para ellas tiene el hecho de encontrar un empleo. Principalmente por la necesidad de tener autonomía económica pero también porque consideran el efecto positivo que tendría en aumentar su motivación y en sentirse útiles. Las tareas domésticas con su carácter rutinario, repetitivo y no reconocido no contribuyen a mejorar la imagen de sí mismas porque no les permite desarrollar nuevos aprendizajes o habilidades. No tener un trabajo les genera desánimo y preocupación. Sin embargo, en la atención que reciben esta necesidad ocupa una posición periférica.

“Tu propia vida, lo primero es un trabajo y las llaves de tu casa, que es por lo que luchamos todos por las llaves de nuestra casa y un trabajito (E18)”

“Un poco desanimada, por ejemplo, por la cosa laboral. Porque tener una actividad..., en una casa siempre tienes que hacer, te levantas abres la habitación, quitas la ropa de cama, mientras desayunas, te lavas, vas a la compra..., pero yo he estado trabajando, ó sea, te organiza, te organiza (E13)”

“estoy trabajando los sábados en la peluquería de 4 a 7 limpiando, pero es queya no sé que hacer en casa, limpio, coso, barro, yo tengo todo impecable, ya no sé que hacer..., yo necesito trabajar, sí, porque como además no salgo, porque es que como no salga a trabajar es que no salgo y claro, ya no sé ni qué coser, ni qué hacer, ni que nada...(E8)”

“estás ahí fuera, estás en la búsqueda de trabajo, la cosa está muy mal, no encuentras trabajo por ningún lado, tienes que llevar...tienes que estar en la calle, tienes que llevar el currículo aquí, al otro lado y tú llegas y dices, a ver si me llaman (E16)”

8.3. Barreras de acceso y utilización de recursos

a) La escasez de información

De cara a las barreras de acceso al tratamiento, las mujeres que han sido parte de este estudio detectan diferentes dimensiones. Nos centraremos en aspectos generales para después detallar, en otro apartado, las dificultades específicas que detectan en función de si el tratamiento es ambulatorio o asistencial.

Por un lado, las entrevistadas opinan que hay carencias de información acerca de los posibles recursos y apoyos destinados a su atención, lo cual les genera confusión y alarga el tiempo de demora hasta que reciben ayuda. En relación con este aspecto, las mujeres se quejan de que resulta muy frecuente que se les ofrezca un solo recurso o modalidad de tratamiento y no se les brinda un abanico abierto de posibilidades y alternativas que puedan estar más acordes con sus necesidades.

“más información, mucha más información, es que esto se tiene que conocer y es que yo no he visto nada, ningún programa, nada (...) Nada de nada, lo único que sabía es que había lo de Alcohólicos Anónimos (E12)”

“poco a poco me fui espabilando, pero muchas veces la falta de información de donde están los sitios, a mi me ha costado mucho encontrar donde estaba esto, años, salía de (Centro no acreditado) y estaba perdida, no sabía para donde ir, luego poco a poco me he ido enterando, hay mucha gente que está perdida y no

sabe donde ir(...), yo digo la Policía podría decir, decíselo a la Policía, yo muchas veces decía: ¿se lo digo a la policía?, a ver si me saben decir donde puedo ir, pero es que te cortas, al final ¿dónde vas?, pues a sitios que conoces (E18)”

“ir a un centro si que me decía esta psiquiatra, me decía de ir a un centro y claro yo no sabía a que centro ni nada, al final el centro era (Centro no acreditado), pero yo no me quería ver ahí (E5)”

Algunas de las mujeres relatan como el acceso a un servicio que ha resultado útil para ellas ha llegado a través de la red informal. En estos casos, se suele tratar de una persona conocida que ha tenido una experiencia previa y que les transmite una opinión positiva y más ajustada a su realidad.

“Es que mi cuñado hizo el programa también, es que tengo un cuñado que también es toxicómano y me dijo que viniera porque él había estado ya y sabía lo que era esto (E16)”

“me lo contó un chaval que estuvo aquí, decidimos, aunque yo no había estado (E17)”

“estaba al lado un chico que había estado aquí y me dijo que estaba muy bien y fue el que me animó y un día estuve hablando con otro chico que había terminado todo el programa, él estaba en un piso y me lo comentó y tal (E15)”

Otro de los obstáculos se relaciona con los estereotipos y etiquetas que las propias mujeres tienen en torno a lo que pueden encontrar en algunos de los centros destinados a la atención de drogodependencias y el “perfil” de personas que acceden a éstos, anticipando que puede ser un lugar poco apropiado para sí. Ellas mismas participan, de algún modo, de las representaciones sociales en torno al abuso de sustancias y los diferentes servicios destinados a su tratamiento. Estas percepciones se ligan con imágenes y prejuicios transmitidos por parte de los medios de comunicación y con la información fragmentada y escasamente clarificadora que en ocasiones les ofrecen en los recursos con los que han tenido contacto. Estas impresiones son más acentuadas en las entrevistadas que han tenido problemas con alcohol, hachís y psicofármacos.

“yo no sabía como funcionaba esto, venía asustadísima, pensando qué voy a encontrar aquí, lo primero que te esperas, es gente destrozada, gente hecha polvo, yo vine destrozada, sobre todo a nivel anímico, yo no sabía hacia donde tirar, era increíble (E17)”

“había oído hablar de ello, de Proyecto Hombre. Pero no... no sé, lo tenía así como un concepto que no comprendía muy bien, ¿sabes? Sabía que existía pero a nadie conocía que hubiera entrado. A lo mejor pensaba que era para gente que es-

tuviera muy mal, ¿no? Gente muy adicta a drogas muy duras... pero hombre, también me abrí un poco a la perspectiva... (E10)

“—ya te digo que yo pensaba que no existía para nosotros, para gente de dinero y para gente famosa como hay en las revistas o en las televisiones: “pues ha ido a un centro...”

—¿falta entonces un poco...?

—de información y de decir: “Hay estos centros”. Ahí quizás sí, porque como yo a lo mejor hay un montón de gente que no sabe que existen estos centros. Saben lo de Alcohólicos Anónimos y Alcohólicos Rehabilitados, jeso sí! Pero quizás lo de los centros estos de rehabilitación no lo sepan... (E14)”

En este sentido, y en total consonancia con el objeto de la presente investigación, la observación de una de las mujeres respecto a cómo el propio nombre de un recurso puede resultar, sin proponérselo, excluyente para las mujeres resulta muy significativa. Esta consideración puede ser tomada como una muestra de la escasa perspectiva de género con la que muchas veces se implantan y desarrollan los programas, así como del impacto que puede tener sobre las potenciales usuarias.

“¿por qué Proyecto Hombre?, ¿ahí las mujeres dónde entramos? No sé... otro nombre: Proyecto Humano o Proyecto... no sé, o que no suene a Proyecto Hombre, pero no sé, otra cosa. Eso es una de las cosas que sí que he pensado y he comentado en varias ocasiones en el tiempo que llevo ahí. Y varía gente lo ha comentado: ¿Por qué Proyecto Hombre? ¿Y las mujeres qué? Y eso la verdad es como que echa un poco para atrás el nombre... (E10)”

b) Exigencias del programa

Las mujeres identifican otros problemas relacionados con las condiciones impuestas por parte de los servicios para que la población reciba tratamiento. Estas pueden ser inviables o no deseables para las usuarias. Un ejemplo lo constituye la necesidad de acudir a la terapia acompañada por una persona de referencia. Como se verá en otro apartado, es muy común que las mujeres expresen un fuerte sentimiento de soledad y no siempre cuentan con esta persona, no tienen suficiente confianza con quienes las rodean o no quieren convertirse en una carga. Además la presencia de un tercero puede incomodarles y restar sinceridad a su relato.

“en (CAD 2) necesitas un responsable que vaya a por las medicinas contigo y yo en ese momento ya no tenía a nadie con quien ir. Y en (CAD 3) pues vas tú sola y te tomas la medicina y tal, y pues es distinto. Me venía mejor. Para mí sí era un problema, porque tenía que estar diciéndole a alguien que viniera, contándole el

problema, si tenías a alguien a quién contárselo pues bien. Pero sino, ¿a quién se lo cuentas? ¿A una vecina? El día que estás tú sola por ejemplo... pues era complicado (E1)”

“tenía que ir acompañada siempre de mi padre, era una de las normas (...), cuando iba allí iba con mi padre, mi padre estaba hasta los cojones, estaba hartísimo, no sabíamos por donde cogerlo y ya (E5)”

Otro de los requisitos difíciles de cumplir para algunas de las entrevistadas tiene que ver con la necesidad de un periodo previo de abstinencia antes de recibir algún tipo de atención y, en este sentido, reclaman la posibilidad de contar durante este periodo con algún tipo de apoyo que lo facilite.

“es una asociación contra el alcohol y que eran... majísimos, de verdad muy bien, que es los que me ayudaron a meterme en el hospital, que es que luego he intentado yo volverme a meter. Pero como no conseguía estar limpia sin beber, no me admitían (E2)”

“a mí lo que sí que me gustaría no simplemente en (CAD2), sino en muchísimos más centros, de que vaya una mujer de cocaína y que no la hagan esperar ocho días a que esté limpia para atenderla. Yo fui a los ocho días... pero claro, tú vas... o por ejemplo, te hagan esperar, pides la cita y te hagan esperar nueve días o ocho, que es lo que hacen, tienes que ir limpia (...), el apoyo psicológico lo tienes después de que vas limpia. ¿Me explico? O sea, eso es una condición (E4)”

c) Demora en la Atención

La opinión de las mujeres entrevistadas respecto a la inmediatez en la respuesta de los servicios asistenciales cuando optan por pedir ayuda es bastante satisfactoria, coincidiendo en la rapidez y prontitud con la que éstos prestan asistencia. Este es un aspecto muy valorado, ya que cuando se produce una demora excesiva, ellas mismas reconocen que lo pueden reconvertir en una oportunidad para cambiar de parecer y aparcar su recuperación en tiempo.

“Normalmente suelen tardar bastante, en (CAD2) tardaron más. En (CAD2) me la dieron por lo menos, dos semanas después. Y yo claro, pensé: “Yo quería dejarlo ahora, ¿y voy a tener que estar consumiendo dos semanas hasta que me cojáis? Y me pasó eso bastantes veces además... porque, cuando empecé la primera vez, me pasó eso. Empecé a drogarme con la pareja que tenía antes y entonces quise dejarlo, fuimos, me dieron cita para dos semanas (...), si tú estás decidida a dar un paso así es mejor aprovechar ese momento. Que luego... es que si sigues consumiendo, la cabeza ya se te empieza a recargar otra vez y te da igual (E1)”

Así mismo, a lo largo del seguimiento, la dilación –por la alta presión asistencial– para tener una cita en el centro donde reciben asistencia ambulatoria es un aspecto que genera quejas y se convierte en una fuente de desmotivación. Las experiencias en diversos recursos les permiten contrastar y valorar otras prácticas de atención en las que hay una mayor cercanía y accesibilidad.

“me acuerdo en el (CAD4), un día que me fui a la consulta de la psicóloga, cuando llamé para pedir cita, me dieron para el mes siguiente. Y con la psiquiatra que tengo ahora, la llamo por teléfono y me dice: “Ven mañana”, ¿sabes? O me dice: “Pues pásate si tienes un problema y hablas conmigo...”. Está muy pendiente (E15)”

d) Distancia y transporte

Cuando están en tratamiento ambulatorio, las informantes de este estudio coinciden en valorar la cercanía del recurso como un facilitador para mantener el seguimiento. Las entrevistadas que viven en núcleos rurales señalan el esfuerzo de desplazamiento –importante cuando no tienen un buen estado de salud– y la necesidad de cuadrar distintas responsabilidades para poder asistir. A algunas mujeres se les suman otras dificultades por la situación de precariedad económica en la que se encuentran. En estos casos la distancia y tener que pagar el transporte interurbano se convierte en un obstáculo de peso para continuar la terapia y se demandan ayudas económicas para costearlo.

“el transporte tengo que pagarlo yo... mucha gente yo pienso, que eso también les..., gente que viva fuera y que no tenga trabajo ni nada, que esté en la calle... pues claro a ver de dónde sacan el dinero para venirse hasta aquí. O se vienen a vivir en la calle aquí o... ¿sabes? Eso también...creo que los centros deberían tener alguna ayuda para el transporte para la gente que tenga que venirse para acá porque al principio te cuesta, porque son muchos días y es mucho dinero, entonces, pues lo estás quitando de casa para otras cosas y eso sí me jorobaba (E1)”

e) Estereotipos y prejuicios sociales

Los estereotipos y mandatos de género imperantes en la sociedad pesan brutalmente sobre las mujeres consumidoras, ya que con su comportamiento se convierten en transgresoras del orden hegemónico respecto a los valores y roles que “debe” asumir una “buena mujer”. Ellas cargan, entonces, con dos tipos de discriminación: por ser mujeres y por consumir alcohol y/o drogas ilegales. A veces la segregación es exponencial si han ejercido la prostitución o se reconocen como lesbianas. Estas actitudes constituyen todo un ejemplo de estigmatización social y se convierten en un impedimento para que estas mujeres reciban ayuda. Además la censura del entorno y el etiquetaje

inciden negativamente sobre ellas aumentando el aislamiento y erosionando su autoestima, ya que contribuye a devaluar la imagen que tienen sobre sí mismas; todo lo cual tiene el efecto de restarse importancia y no priorizarse, elementos fundamentales para su recuperación.

“el perfil de la mujer consumidora y de hecho siempre, la puta, la yonki, la chupa pollas, ¿sabes?, aunque no lo hagas eso, porque a mi eso me ha pasado de no trabajar en la prostitución o no saberlo nadie, pero claro el yo tener dinero y tener drogas, eso ya es lo peor, envidia, yo he sufrido mucho por eso, yo cuando trabajaba en la prostitución lo tenía que ocultar, pero luego claro yo me movía por donde quería, yo hacia lo que quería con el dinero, pero claro estaba mal visto, mira esa que tiene tanto dinero, tanta droga, ¿de donde la habrá sacado?, y ya pues lo malo y aunque lo fuera, pues ya está mal, aunque fueras puta, pues ya estás mal y te van a machacar porque sí, aunque tengas las razones mejores del mundo para haberlo sido o para serlo, sí que encuentras mucho machismo (E5)”

Las entrevistadas que han participado en este estudio coinciden en percibir un doble rasero, que juzga de forma mucho más laxa y tolerante a los hombres que tienen algún tipo de adicción que a las mujeres con esta misma problemática.

“—Es muy difícil, muy difícil. No puedo. Encima cuando te sientes más degradada, cuando vas a un bar a tomarte el chupito, como eres una mujer, pues...”

—¿Notas eso?

—¡Jo! Te miran como si fueras así una... una caca.

—¿En qué lo notas?

—En las miradas, los comentarios... que se permiten decirme: “¡No tendrías que beber tanto porque no se qué, porque no sé cuál!”. Si es un hombre no se permitirían decirle eso. Se callarían la boca (E2)”

“Una mujer si bebe es borracha y un hombre no, porque una mujer si bebe es algo más... Una mujer si bebe además es una puta (E12)”

En este contexto, el sexismo no sólo es un impedimento en el momento de solicitar apoyo sino que, como da cuenta el siguiente testimonio, es un prejuicio fuertemente arraigado también entre quienes están dentro del mundo de la drogadicción. Por tanto, muchas mujeres han de enfrentarlo cuando forman parte de los programas.

“una mujer que consuma droga se la ve peor, siempre mucho peor. “Es que una mujer yonky, es que sois peores, es que tenéis mas vicio, es que tal”, yo me tuve que enfrentar con un compañero de la Unidad y le dije yo: “mira, tío, habrá de todo, porque yo con mi novio, he tenido que trabajar yo, ponerme yo la metadona,

y ponerme yo a trabajar en la tienda, levantarme a las 10 y darle a él el dinero para que se fuese a quitar el mono” digo yo que habrá de todo, pero por lo general tenemos muy mala impresión de ellas, no se como puede ser, pero este chico..., un asco las tenía a las mujeres (E18)”

Aunque con distintos grados de conciencia, la reflexión compartida por las mujeres que han formado parte de este estudio es que en el ámbito de las drogodependencias se expresa, como en otros, la desigualdad y jerarquización social existente entre hombres y mujeres. En este sentido, alguna reivindica la necesidad de una perspectiva que contemple las diferencias y desigualdades de género, y se enmarque en un contexto social de grandes contradicciones en el que, por un lado, gozan de nuevas libertades pero, también, sufren la presión provocada por la responsabilidad de cuidar a otras personas en detrimento de sí mismas. La sobrecarga laboral, la angustia por satisfacer múltiples y, muchas veces, incompatibles roles, configuran identidades escindidas y condiciones de existencias que acarrear altos niveles de angustia e impotencia.

“el hombre siempre será el hombre, ¿no? Siempre será el hombre. El hombre te va a poner los cuernos, ¡aunque esté casao! La mujer no, porque sería una pilin-gui. Y si una mujer mata un hombre, ¡qué mal está hecho! Y si un hombre mata a una mujer, ¡será porque tiene un querido! O le habrá dejao y se habrá echao un querido. ¿Me explico? Y con las drogas, pasa lo mismo (E4)”

“Pues que no somos iguales que los hombres..., y que somos madres generalmente todas y que no queremos llegar a perder los niños, que hay un montón de causas, que las mujeres estamos encerradas muchas en un montón de mierda, fuera y dentro del trabajo, aguantando una situación en que ya no sabe la sociedad el papel que tienen el hombre y la mujer, que nos estamos creando unas cargas que yo alucino y que la mujer lo único que está haciendo es guardar la botella de whisky en el horno, pero sin tener tiempo para una misma, sola, eso es lo que yo pienso, la mujer está sola, o así me he sentido yo (E9)”

Sin embargo, para una de las participantes, el hecho de ser mujer puede constituir una dimensión protectora frente al abuso de sustancias.

“somos muy machistas, pero de todas las maneras, yo creo que somos muchas menos mujeres las que consumimos, porque nos da más miedo las consecuencias (E18)”

De cualquier manera, en el siguiente fragmento, se observa la importancia y el valor otorgado a la mirada en relación con los estereotipos de género. Este punto de vista puede ser un estímulo para reflexionar y tomar conciencia sobre la perspectiva de trabajo y cómo ésta puede condicionar la atención prestada.

“yo creo que depende de cómo te mire la persona, no de que seas hombre o mujer, ¿sabes? Yo creo que es, no sé... por ejemplo hay gente que mira a alguien que tiene el mismo problema y dice: “él pobrecillo porque no tenía trabajo y se ha visto mal...” y a lo mejor ven a una mujer y dicen: “¡bah!, ésta...” y lo ven de otra manera porque seas mujer o no. Depende de la persona que mira, o sea la persona que mira es la que decide eso, no sé (E1)”

Algunas participantes han expresado la preferencia de ser atendidas por profesionales mujeres, con la expectativa de que puedan facilitar la complicidad y el entendimiento, así como favorecer la posibilidad de abordar algunos aspectos que para ellas son íntimos y difíciles de desentrañar.

“¿Qué mejoraría yo? Pues eso, que hubiera más mujeres, ¿sabes? Que los terapeutas fueran más mujeres porque tendría ahí una persona en quien confiar. Aunque yo siempre, un amigo mío siempre ha sido un hombre, no una mujer, como soy lesbiana... ¿sabes? Nunca he tenido una amiga, amiga de mujer, nunca. Pero yo no digo que quiera más mujeres para ligar ni para nada (E11)”

“lo que pasa es que el psicólogo que había no era muy así, no era ..., pues era un chico y ya no es lo mismo y luego ya me pasaron con una psicóloga y la verdad es que me encantó, a ella enseguida le conté, enseguida se lo estampé todo y con él como que me cortaba el hablar (E8)”

“—para hablar de esto que me has contado del trato que te da tu padre ¿sientes la misma confianza si es un hombre o una mujer?”

—mira, es que... no me lo había planteado pero..., prefiero que sea una mujer porque los hombres, pienso, que van a pensar que exagero. Van a pensar que exagero, que me lo merezco. Que me habré pasao, que me lo merezco (E1)”

f) La invisibilidad social del problema

Los tabúes y estigmas culturales determinan que sus problemas de consumo de sustancias no sean frecuentemente reconocidos por ellas mismas. La vergüenza y el miedo a la desaprobación del entorno dificultan muchas veces el reconocimiento de su problema.

“yo siempre he tenido vergüenza de ir o vergüenza y más en esa circunstancia porque yo lo tenía escondido era..., ese tipo de vida lo sabía yo y mis amigos de rollo (E5)”

Particularmente, entre las mujeres que abusan del alcohol, y como ellas mismas reconocen, la barrera de la vergüenza y el pudor se vincula íntimamente con un consumo

solitario, en casa (sobre todo entre las mujeres de más edad); todo lo cual contribuye a la invisibilización y minimización del problema. Esta actitud de esconder las dificultades es muchas veces compartida por las personas del entorno próximo. La conjunción de estos elementos provoca que las mujeres no soliciten ayuda hasta el momento en el que las consecuencias sobre su salud o las repercusiones en su vida familiar, social o laboral son insostenibles.

“Las mujeres no salen de casa más que nada por el que dirán, solamente por eso ella todo lo hace en casa(...) es miedo, miedo a contarlo porque la mayoría no sale de casa y al no salir de casa no se sabe, la familia no sabe, vamos se imagina o si sabe, pero como no sales a la calle no te ve nadie, y claro y que no se sepa, que no te vea la gente y bueno es así un poco(...) la familia, pues también hace oídos sordos y como tampoco lo quiere ver y tampoco quiere que lo sepa la familia, no se lo cuentas a nadie, te encierras y no hablas, no hablas nada, no quieres ir a un centro, no quieres hacer nada, o sea, que no te quieres mover para que los niños no tengan que ir a ningún sitio, no sabes que hacer, aunque quieras pedir ayuda no puedes, porque no sabes que hacer con los niños(E12)”

Las propias entrevistadas otorgan, desde la conciencia actual, mucha importancia a la “ocultación” de esta problemática, que tiene para ellas una gran relevancia social, tanto por su magnitud, como por los efectos que conlleva.

“La mujer siempre ha solido beber en casa, que no se la vea. Y el hombre más en el bar con los amigos. Pero una mujer no. Entonces sí que hay una gran diferencia. Oír que una mujer es alcohólica... todavía se ve poco. Se va a empezar a ver más, ¿eh? Con los jóvenes (E3)”

“no se da el paso, evitamos las cosas por la vergüenza, por ser mujer, porque en un hombre se ve más fácil que sea alcohólico, ja mí no me gusta la palabra borracho, eh! ¡Ni borracha! Se ve más fácil que sea alcohólico, pero en una mujer es más... es más vergonzoso, y no se ve... pero hay cantidad, ¿eh? ¡Pero cantidad! (E14)”

Una de las entrevistadas, con adicción a las benzodiazepinas y al alcohol, relata la facilidad para conseguir el fármaco y como su problema pudo ser enmascarado durante años. La supuesta apariencia de “normalidad” y el no responder a un perfil estereotipado de consumo son vectores que contribuyen a que la problemática de las mujeres pueda pasar desapercibidas, incluso pueden favorecer la complicidad médica

“durante 5 ó 6 años nadie se entero, fue muy progresivo, tomaba por la noche una benzodiazepina, al día siguiente otra, hasta que ya llega el momento que durante el día eran unas cantidades increíbles, fui a un Centro de desintoxicación, vieron la cantidad de somníferos que yo podía tomarme al día, ciento cincuenta o sea

era algo increíble(...) luego la propia médica de la empresa me hacía las recetas para tres meses con su número de colegiado y tal, luego tampoco te lo he dicho, pero tengo muchas habilidades, iba siempre muy bien vestida, con el uniforme, muy bien maquillada, muy educada (E17)”

Y finalmente, el conocimiento se convierte en un núcleo central para mejorar la atención dada a estas mujeres, como reclama una de las participantes. Según ella, resulta necesario investigar y comprender mejor los condicionantes de vida de las mujeres y los aspectos que pueden estar favoreciendo y manteniendo situaciones de opresión y sufrimiento que influyan sobre el abuso de sustancias.

“a esa mujer que está bebiendo o que se está drogando, ayudarla de alguna manera. Y no dejar que la coja el marido por los pelos... porque eso pasa, por desgracia (...), estar más dentro de las familias o de las mujeres en general, ¿sabes? Hacer más estudios como estás haciendo tú para entrar en sus problemas (E15)”

g) Rechazo por parte de la pareja

Una de las dificultades manifestadas por algunas mujeres para acceder al tratamiento es la oposición mostrada por su pareja.

“cuando yo fui al centro no quería que yo fuera, porque para él era una deshonra, saber que le miran los compañeros...(E6)”

Según otras experiencias, aunque las parejas no manifiestan una actitud tan negativa son, sin embargo, reacios a participar en el tratamiento, es decir, no lo censuran, siempre y cuando ellos no tengan que acudir al recurso ni asistir a las actividades que desde éste se proponen. Las entrevistadas en esta situación se muestran comprensivas con esta actitud de sus parejas.

“En cambio (CAD 2) sí, te obligan a llevar al responsable, sea quien sea..., le llevaba, se aguantaba la charla y me decía: “¡Pero bueno! ¿Por qué tengo que aguantar yo esto?”. Porque él no tiene nada que ver con este mundo ni nada, ¿sabes? (...) Por eso me cambié a (CAD 3) porque veía una tontería, tener que llevar... encima, también como él lo ve desde fuera, bastante que me aguanta a mí, para llevarle allí. Él decía: “pero, ¿por qué tengo que estar rodeado de toda esta gente? No quiero que me vean a mí entrar ahí, van a pensar que yo lo hago...”. Él se sentía bastante mal por eso. Decía: “Cuando yo voy contigo por las medicinas, mi madre... ¿y si me ve pasar por aquí?, ¿o algunos amigos de mi madre? Van a pensar que yo soy toxicómano.” Así que ya la segunda vez pensé, “tengo que buscar otro sitio”, porque si no, le mato de un disgusto a éste (E1)”

“Ahí mi marido no me apoyó nada, por ejemplo... Fue solamente dos veces a la terapia de familia que había y dijo que era una tontería, que era yo la que tenía que dejar de beber... nunca me recriminó nada, ni me echaba regañinas ni nada... es una persona muy reservada y muy callada, entonces si me veía mal, cogía y se largaba y nada más. Nunca... excepto un día que explotó y dijo que estaba harto, que no sé qué y que no sé cuánto y que se quería separar. Y le dije: “Pues vale, lo veo muy bien”, pero esto no fue hace mucho. Y nos fuimos a separar y el día que entrábamos por la puerta para firmar los papeles, me dijo que me quería y volví para atrás. El apoyo en el sentido de beber, no. Claro que decía: “Déjalo, si no lo dejas es porque no quieres” (E14)”

8.4. Opiniones Sobre La Atención Sanitaria

Muchas de las mujeres que han formado parte de este estudio han establecido un contacto inicial con los servicios sanitarios en relación con este problema.

8.4.1. Recursos asistenciales integrados en el Servicio Castellano Leones de Salud (SACyL)

a) La atención primaria

Son las mujeres consumidoras de alcohol las que más acuden a su centro de salud por problemas físicos serios relacionados por el consumo o por síntomas de ansiedad y depresión. Según el relato de estas entrevistadas, es infrecuente que los y las profesionales infrecuente que indaguen y profundicen acerca de las causas del malestar, al menos en las fases iniciales. Según la experiencia de las participantes, resulta bastante habitual que el personal médico prescriba ansiolíticos y/ o antidepresivos o derivan a los servicios de salud mental.

“Pedí ayuda cuando estaba fatal, unas taquicardias me daba, digo me va a dar algo, estaba super hinchada, es que no podía ni coger una bayeta para retorcerla, no podía andar, no podía dar casi ni un paso, no, o sea, es que no podía hacer nada, era como un vegetal y entonces llamé al médico de cabecera (E12)”

“Esa semana cuando fui a quitarme los puntos, me vio el médico de cabecera y me hizo un volante para ir a urgencias. Y yo le dije: “yo ya no tengo que ir a urgencias, que vengo a quitarme los puntos, yo ya no tengo que ir, no tengo que ir” y es que era para psiquiatría. ¡Me mandó a psiquiatría! (E14)”

En uno de los casos, el médico de familia sí ha canalizado directamente la demanda hacia un recursos específico.

“Yo llegué a la asociación y dije: “Mire, que vengo de parte del médico de cabecera”, ahora se llama de familia, pero bueno... de cabecera. Y enseñé, que viera que tenía la tarjeta de la Seguridad Social y dije: “Y es que me ha dicho que venga aquí que dan charlas de alcoholismo” (E6)”

b) Salud mental

Respecto a los servicios de salud mental, las mujeres no consideran que hayan sido de gran ayuda en su problemática, excepto cuando han sido un canal de derivación a los recursos específicos. Muchas de las mujeres han estado largo tiempo en tratamiento psiquiátrico por problemas de ansiedad y depresión. Según la experiencia de la mayor parte de las participantes, su labor estriba casi exclusivamente en la prescripción de psicofármacos y en realizar el seguimiento de los mismos. Alguna de las usuarias se queja de los consejos rápidos apresurados y estereotipados, que no contemporizan con su situación.

“—este psiquiatra del que me hablas, ¿te ayudó mientras ibas a su consulta?

—nada, nada.

—¿no?

—no, nada más que me mandaba pastillas y se acabó.

—y tú aparte de pastillas, ¿qué necesitabas?

—aparte de pastillas, pues que... una ayuda, otra, no sé. Es que no, no hablaba, ni te preguntaba cómo te sentías, ni qué te pasaba (E2)”

“que me pusiera a trabajar, tú coges lo dejas y te pones a trabajar, es lo que me han dicho siempre, tu déjalo y ponte a trabajar, así y ya está, es lo que me han dicho en la seguridad social, en psiquiatría, porque yo he estado en psiquiatría, me han dicho que simplemente:”déjalo, déjalo, déjalo y ya está, si simplemente es dejarlo” y yo claro, yo decía: déjalo, es que déjalo es muy difícil (E5)”

De cualquier manera, valoran cuando esta labor se ha realizado desde ese marco de calidez, calma y respeto a sus decisiones, que tan importante resulta para ellas en la atención que reciben.

“la mujer esta transmitía mucha seguridad, mucha calma... me preguntaba, me escuchaba y nada... empecé con la medicación y vale (...), luego yo misma pedí que no quería seguir con la medicación mucho tiempo y la doctora lo tuvo en cuenta y vio que estaba mejor y me la fue reduciendo enseguida, así que en seis meses ya había terminado (E10)”

Como comentábamos anteriormente, la valoración más positiva se relaciona con la posibilidad de que se les facilite el acceso a un servicio especializado. En este sentido, aprecian no sólo la información concreta que les dan sino la disponibilidad para ofrecer explicaciones y desmontar temores y prejuicios respecto a lo que pueden encontrar allí.

“tanto la trabajadora social de salud mental, como luego el psiquiatra, me estuvo diciendo: “¡Qué va! Eso es un espacio abierto, puedes hablar con los compañeros, esto y lo otro... hay unas normas, no puedes salir cuando tú quieras, pero estás en el campo, puedes hablar con la gente...” (E14)”

“yo iba al psiquiatra y bueno la primera vez fue él, cuando fui a Zamora me mando él, me dijo: “mira, hay aquí uno cerca de Palencia, pero yo prefiero que vayas a Zamora, porque está más lejos de casa y así cada 15 días va la familia a verte” (E13)”

c) Ingresos en psiquiatría hospitalaria y Unidades de desintoxicación Hospitalaria

Parte de las participantes en este estudio han estado ingresadas en distintos servicios de psiquiatría hospitalaria. En relación con uno de ellos, se han recogido una serie de testimonios que critican el tipo de trato y atención que se les da en este servicio. Critican especialmente la dificultad para convivir con pacientes que tienen trastornos diversos y graves que hacen muy dura la estancia en el hospital. Además durante este tiempo, y según su propia experiencia, el tratamiento se centra en darles medicación sin prestarles otro tipo de apoyo.

“me ofrecieron ingresar en la once de psiquiatría y sí ingresé. Estuve allí quince días y bueno, la verdad es que bien. Lo único que no hacen terapias. No hacen terapias. Te meten allí...”

—¿Y en qué consistía el tratamiento?

—lo único que te meten a alcohólicos con anoréxicas, con problemas psiquiátricos, mentales...

—¿y a ti eso qué te parece?

—la verdad es que las compañeras de habitación que he tenido siempre un caos. Siempre lo he pasado bastante mal. A mí siempre que ingreso, en psiquiatría me meten siempre con las compañeras más duras (E3)”

“he estado en la once, en el hospital pero es que no es apropiado porque hay psicópatas, hay de todo, pero no es un sitio para mí.

—¿cómo te sentías allí?

–fatal, fatal. Me sentía fatal. Aunque la gente era muy... nos hicimos amigos, eran majos, majísimos, nos llevamos mucho y tal (...) pero... no es un sitio para esto, no es un sitio para una desintoxicación, no es un sitio pa eso...Allí lo que te dan es pastillas pa dormir y ya está (E2)”

“Nada, nada, comíamos, cenábamos, nos daban medicamentos y nada más (E6)”

A pesar de la dureza del trance, algunas mujeres aprecian esta experiencia en el sentido de que ha supuesto cierto revulsivo para ellas y el contacto con personas que tienen otras problemáticas les ha resultado enriquecedor y ha sido un acicate para la reflexión.

“es verdad que conoces a gente maravillosa, no te lo puedo negar, porque también he hecho amigas allí que todavía tengo y hay gente, de verdad, estu- penda...(E3)”

“en el hospital yo entré llorando, llorando, no creas que hablo por hablar y he salido riéndome. Riéndome de mí misma, porque he valorado lo que perdí y lo que podía perder (E6)”

La usuaria que ha estado ingresada en otro servicio de psiquiatría tiene una opinión positiva de la atención prestada, tanto por el trato recibido por parte de los y las profesionales como por el hecho de que han sido la puerta para entrar en un recurso específico dirigido a personas que tienen problemas con el alcohol, del que ella no conocía nada previamente.

“me quedé sin conocimiento y ahí ya me ingresaron en la Unidad de Psiquiatría(...) me han atendido muy bien, personalmente en todo, o sea, simplemente escucha- rme, entendían el problema que tenía, no era, es que no era médico solamente, tómate esto y tómate lo otro, no, me entendían lo que quería decirles, entonces les estaba pidiendo ayuda simplemente de que quería dejarlo y no sabía cómo (E12)”

Una de las entrevistadas expresa una opinión muy favorable sobre la calidad de la atención de una Unidad de Desintoxicación y Patología Dual, destacando su carácter integral. Es la única usuaria de la muestra que ha estado en este recurso, de forma previa a su entrada en un Centro de Día.

“Es una Unidad de Desintoxicación y Patología Dual, que es cuando la droga te ha afectado a la salud mental, es la única en Castilla León que tiene patología dual y ahí ya conseguí hacer terapéutica. Teníamos una terapeuta ocupacional, teníamos una asistente social que nos daba clases por la mañana, una psicóloga, que

es la directora, dos psiquiatras que son los que te ponen la medicación, que todos los días te llaman. Con la psicóloga hacíamos terapia, con la asistente ocupacional y la asistente social estaban toda la mañana dándonos clases, se van a comer y vienen por la tarde hasta las 8 de la tarde, la asistente ocupacional, la terapeuta ocupacional viene por la tarde, nos da relajación...ya digo es aquello, es otra cosa, es un oxígeno del pulmón, y luego enfermeras y auxiliares que están allí todo el día con nosotros y luego todo el hospital que tienes a tu servicio, que si te pasa cualquier cosa... (E18)”

8.4.2. Medicalización

Respecto a la medicación, si bien en algunas situaciones las mujeres que los han usado pueden reconocer cierto alivio o mejoría en algunos síntomas, también es cierto que otras mujeres manifiestan muchas resistencias para tomarla. De todo ello, se deriva la importancia de hacer una correcta exploración y valorar la adecuación y la necesidad del uso de medicación en cada uno de los casos; además es fundamental tener en cuenta el punto de vista de la usuaria y su deseo sobre este tema, los síntomas concretos, así como el momento concreto que están atravesando para ofrecer diferentes alternativas.

“además me gustaría, si fuera posible, que me quitaran las pastillas (...), lo que pasa es que ya son años, pero ya no solamente de pastillas para dormir, es que es también para quitarme la ansiedad, para los dolores, para...¿sabes? es que, lo mismo que el alcohol, eso también hace daño al hígado o sea y aquí es que te expelen pastillas para todo, ¿sabes? el otro día dice mi hermana: “a ver que tienes”, y yo sacando cajas y cajas y había cosas de las que no me acordaba ni para que valían, podría montar una farmacia en casa , ¿sabes? (E7)”

“estuve en terapia y me querían poner medicación de ansiolíticos y no quería (E18)”

“A mí no me gustaba tomarla... pensaba que la medicación de ese tipo... nunca la había visto demasiado bien, me costaba aceptarlo... y pensaba que era muy burra y tendría muchas consecuencias que no quería, pero al final, bueno..., casi mejor tener consecuencias y estar un poco más tranquila con los demás (E10)”

“la psiquiatra me encanta, pero es otro tipo de planteamiento, si no tomo la pastilla parece que no soy persona, si me la meto ya me ve de otra forma, porque el problema era psicológico y de vida, desde mi punto de vista y realmente mi psiquiatra es más: “hola, ¿qué tal estás?”, y el pastilleo y si tomo la medicación, porque si yo no estoy de acuerdo en tomarme los tranquilizantes que me dejan medio groguis y yo tengo que ir a trabajar, a llevar al colegio a mi niña y hacer un montón de cosas y claro, no estoy de acuerdo (E9)”

En relación con el uso de psicofármacos, y sin obviar la utilidad que estos tienen, es imposible olvidar la dependencia que pueden generar en quien los consume. El siguiente fragmento revela la adicción a benzodiazepinas, usadas por prescripción médica, sufrida por una de las mujeres.

“me había quedado amarilla y me había quedado superdelgada, vacía por dentro, iba al medico iba al psiquiatra , les decía que no sé que me pasa, que estoy muy triste, que no levanto la cabeza, que... y claro me empezaban... su solución era... me daban..., que es horrible que... les tengo una manía a las pastillas estas, las benzodiazepinas, empezaron a darme eso(...), empecé a consumir las benzodiazepinas y venga consumir benzodiazepinas y todo el día venga dormir y dormir (E5)”

8.4.3. Los recursos específicos de atención a las drogodependencias

a) La importancia del buen trato

El momento de la **acogida** es especialmente importante para las participantes. La actitud con la que se recoge su demanda, el interés mostrado y la capacidad de comprensión van a convertirse para ellas en un estímulo que potencie la motivación para volver e implicarse en un proceso de transformación. Este primer encuentro puede ser una oportunidad de dar dimensión ajustada al problema padecido, al observar en la mirada ajena por un lado, gravedad y por otro, la capacidad para normalizarlo y, por tanto, atenderlo y buscar respuestas.

“Con esta persona que me vio al principio en parte también, fue un poco contacto humano... veía pues, que me entendía, que entendía la situación por la que estaba pasando... que, no sé, que no se reía, ¿no? Que lo veía como algo natural, que comprendía... (E10)”

“nada más entrar, cuando entras, pues todo el mundo te mira como...muy respetuosamente, cosa que ya lo habías perdido (E5)”

“apoyos en la asociación todos. Desde el principio. Allí mucha gente dice que eso ha sido su segunda casa, para mí, es mi primera casa (E6)”

El ofrecimiento de una **atención cálida, empática y respetuosa** por parte de cada profesional con quien entran en contacto se ha convertido en una reivindicación permanente en los discursos, que aparece conectada con la motivación para continuar el proceso de cambio. De hecho es uno de los aspectos más valorados por las mujeres que en un momento u otro de su itinerario han contado con un trato de este tipo y con la disponibilidad que contiene.

“la verdad es que yo creo que ha sido muy bueno, la verdad que ha sido mucho acercamiento, mucha comprensión mucha, mucha, no sé..., empatizan mucho, no se, sobre todo te enseñan lo que es la afectividad (E5)”

“es que lo hace de maravilla, yo no sé, esta chica, parece no sé, es como un angelito que está ahí, de verdad, no sé, es que nos tratan bien, nos tratan bien a todas, tiene tanta calma ella y así, no sé lo que tiene, pero todo muy bien (E8)”

La sensibilidad, el respeto y la implicación mostradas con las usuarias pueden ayudar a crear y sostener un vínculo, incluso con las mujeres que expresan más resistencia al tratamiento y más rechazo hacia la intervención institucional. Este aspecto es muy importante puesto que aunque se nieguen a recibir tratamiento se puede mantener una puerta abierta donde, si lo desean, pongan palabras a su sufrimiento y delimiten su problemática

“la asistente social que me encanta, por cierto, es la del (Centro 1), para mi la mejor que existe. A mi realmente es una persona que sin tener la titulación de psicólogo o psiquiatra o lo que quieras, que no entiendo muy bien, esta mujer, esta mujer me ayuda mucho

—¿en que te ayuda?

—veo que es una mujer muy humana al hacer este trabajo, veo la vocación, la educación y el gusto de hacerlo (E9)”

Un valor fundamental para las entrevistadas es que los y las profesionales que las atienden las respete en lo esencial y las trate como **“personas”**. Esta palabra ha sido repetida insistentemente en los discursos ofreciéndose como antagonista a los conceptos y tratamientos que etiquetan y generalizan las problemáticas ligadas al abuso de drogas y que priorizan una asistencia de protocolo, por encima de la flexibilidad para dar respuesta a las necesidades concretas. La reivindicación constante en los discursos de la palabra **persona** implica también el reconocimiento de haber tenido experiencias deshumanizadoras a lo largo de su vida, en las que se han sentido cosificadas.

“¿porque yo hubiera bebido o porque tuviera un problema con el alcohol no merezco ser tratada como una persona? No dejo de ser una persona. Tengo un problema o una enfermedad y además que yo ya estaba, en ese momento, estaba ya en tratamiento, o sea, que había tenido una recaída. Si yo no hacía más que llorar, me sentía culpable por la recaída que había tenido (E3)”

“que consideren más a cada persona individualmente, que no piensen que somos todos iguales. Cada persona es diferente.

—que se personalice

—exactamente, exactamente. Que no piensen que los drogadictos son todos iguales. Alcohólicos, todos iguales... (E2)

“te ayudan, es que el trato es muy especial porque te ayudan a tí mismo, no te facilitan las cosas, mira que aquí tienes... no, no, te ayudan a que tú mismo te hagas curriculum o te formes, no sé, a buscar la esencia de la persona, a trabajar la persona, eso es, te ayudas a ti mismo y ayudas a los demás (E5)”

“Yo soy una persona que a mí, yo admito lo que soy, lo que soy... pero ante todo soy persona (E4)”

En este sentido, una de las cualidades más apreciadas es la disponibilidad, la capacidad desplegada por cada profesional para **“estar presente”** y disponible, para escuchar las preocupaciones y dificultades de las usuarias. Esta opinión confirma la importancia de contar con personal que les haga sentir atendidas y comprendidas, lo que desde su punto de vista es esencial para su consolidar su decisión de iniciar y permanecer en tratamiento.

“Te escucha, habla, te da consejos. En un papel, si no entiendes las cosas y tal, si te las tiene que repetir 100 veces, te las repite, te hace croquis... ¡Todo, todo! ¡Te llama por teléfono! Cuando yo he salido de psiquiatría me ha llamado por teléfono para ver qué tal estoy. Si hace falta 50 veces, 50 veces. “¿Y qué tal estás?” y tal. Te daba pautas, hasta por teléfono y te escuchaba. “Y cuando tengas ese pensamiento tal, pues bueno, haz esto y esto”. O sea, ha estado pendiente, pero todo el tiempo. O sea, esa mujer además es que es majísima. Se pasaba por la habitación a verte, en cuanto tenía cinco minutos, si se tenía que quitar cinco minutos del café, se los quitaba para venir a verte (E3)”

“Yo tengo mi psiquiatra para llamarla en cualquier momento si me encuentro mal. Que no la he llamado nunca, te lo juro (E15)”

b) La confianza

La **confianza** ofrecida y establecida por el personal que les atiende es entendida como un elemento central y uno de los más demandados en las entrevistas. La posibilidad de narrar sus experiencias y vivencias —muchas de las cuales se han ocultado durante largo tiempo por vergüenza, sentimientos de culpa y soledad— sin temor a la censura y sin juicios de valor es un camino abierto para poner palabras a su dolor y romper el muro de aislamiento en el que transcurren muchas de sus existencias. Para ellas es fundamental la calidad del vínculo creado y la cercanía de una relación que ha conseguido traspasar el mero contacto teórico-técnico para dejarse tocar por lo humano.

“yo creo que lo importante es eso, que haya una confianza extrema, porque si algo he aprendido es que cuando una tiene este tipo de problema hay ser muy sincera, no hay que mentir porque, porque te estás mintiendo a ti misma (E7)”

“te da confianza, igual que en la casa te dan mucha confianza, al final hablas con ellos cosas que no te pensabas tú que ibas a hablarlo (E18)”

“puedes hablar con ellos en confianza, hablar con ellos las cosas y es que tú, a lo mejor hay cosas que tu no has podido hablar con nadie, ¿sabes? porque yo cuando estuve en segunda fase con una monitora que tenía, abrí mucho la confianza con ella y yo le conté cosas, vamos, que yo aquí no las he contado (E16)”

La cercanía y **horizontalidad** en la relación entre profesionales y usuarias es un elemento señalado de forma intensa por parte de las mujeres. Las experiencias de aislamiento, incomunicación y/o rechazo sufridas a lo largo de sus biografías pueden ser un motivo para apreciar espacialmente la construcción de una relación en la que la simetría no esté reñida con el mantenimiento de roles y el establecimiento de límites básicos. Este aspecto es especialmente destacado entre las mujeres que están en una comunidad terapéutica donde tienen la ocasión de compartir espacios y tiempos con los y las profesionales, de forma mucho más amplia que en los centros ambulatorios.

“ellos están donde están, pero con cercanía, están contigo desayunan contigo ó sea que ellos no se apartan en otra mesa, no, no, donde hay un hueco se sientan (E12)”

“y te trataban de tú y nosotras de tú (E13)”

Las mujeres reclaman que quienes las atienden y los programas destinados a su tratamiento tengan un conocimiento amplio de las condiciones de existencia de las mujeres, así como sobre el origen, las consecuencias y la evolución de los problemas del abuso de sustancias. Su petición pasa por comprender que para ellas el consumo se liga con muchas de sus circunstancias y vivencias personales acontecidas en el marco de una historia de vida. Esta mirada comprensiva se convierte para ellas en una posibilidad de romper con una forma de vida enajenada; ruptura que comienza por entenderse a sí mismas y comprender las coordenadas que han construido su biografía.

“primero ver a la persona que tienen delante y no el estereotipo, que lleve vestido seda o cintas de colores o la tontería esa y luego ver a la persona humana de cualquiera, eso es lo que yo creo primero, y luego pienso que la otra persona es humana como yo, como es esa mujer, hace un trabajo que si me tiene que quitar la niña me la va a quitar y me lo va a decir, pero va a hacer lo posible para saber quien es mi hija y quien soy yo (...) Cómo soy yo lo primero, la situación de cómo funciono o cómo he funcionado estos años y por qué he llegado a tener este estrés,

esta psicosis, esta paranoia y estas historias, por qué he llegado ahí, que se valore por qué yo iba, por desgracia he tenido que oír tonterías, porque me cago en la mar que mal lo pasé, porque yo no entiendo ¿por qué me pasan a mí estas cosas?, ¿no? tampoco lo ligué con que yo me estaba metiendo speed, porque yo me estaba metiendo anteriormente, sí, cuando me separo y tal y los malos tratos y todo el rollo, el padre de mi hija está en la cárcel, el otro casi me intenta matar, me han pasado movidas muy fuertes y estoy viva de milagro, por debilidad o por lo que sea y estoy volviendo a nacer, mi persona que se había perdido por completo (E9)”

“comprender a la persona, primero que nada que traten de comprenderla porque si no la comprenden..., si no saben el porqué, todo tiene un porqué yo creo, yo estoy metida en ese mundo porque no tenía nada más, yo creo, que mis padres tal, que mi pareja cual y al final acabas ahí, y no sabes salir de ahí, pero una vez sales, lo primero es saber qué pasa y por qué estás ahí, pero, ya digo, yo estaba en el mundo este, pues porque no veía ninguna otra cosa más que me agradara (E8)”

c) La confidencialidad

Respecto a las condiciones manifestadas para sentir una relativa comodidad a la hora de ser atendidas, algunas entrevistadas expresan especial preocupación en relación con la confidencialidad y con la construcción de un clima de privacidad.

“ellos te ayudan, porque claro eso es confidencial, tú haces una cosa con un monitor, como estamos tú y yo y ellos, no van a decírselo a la gente, ¿sabes? (E16)”

En algunos de los relatos aparecen algunas quejas en este sentido, remarcando el sentimiento de invasión y pudor producido por actuaciones sin el debido respeto hacia la intimidad de la usuaria

“un error, porque pregunté: “¿Puede pasar mi hijo?” y me dijo: “Sí, sí”. Y ahí no debí hacerlo porque mi hijo había cosas que no... pero claro, yo no sabía qué preguntas me iban a decir, hay cosas que no... ¡pero bueno! ¡Ya está hecho! ¡A lo hecho, pecho! (E6)”

“en una sala de observación con más gente, de espera, se puso a quitarme la ropa para ponerme el pijama y es que eso no se puede hacer porque hay hombres y mujeres. Lo que debería haber hecho, que es lo que le dijimos, es que por favor me diera el pijama que mi abuela me acompañaba y yo me cambiaba, pero que no me desnudara delante de hombres y mujeres (E3)”

“A mí me cogían todas las cartas. ¡Te las abren! Te abren carta por carta. Y a mí me las leían (E4)”

d) El papel de la información

Para las entrevistadas resulta muy importante que el personal que les presta asistencia facilite información y explicaciones acordes con sus intereses. Destacan la oportunidad de expresar dudas e inquietudes en un contexto donde van a recibir respuestas adaptadas a sus necesidades.

“es muy agradable te lo explica todo, no sé, le pides cualquier cosa, no sé, papeles, ¿sabes? cualquier cosa que se le pueda pedir y enseguida se brindan, todos, pero todos y te lo buscan y te dicen pues está aquí o, pues pregunta allá (E8)”

“tenemos los sábados que las terapias las dan los doctores, que son más técnicas, nos ponen un tema, para hablar y hablamos sobre ese tema. Por ejemplo sobre la soledad, levantamos la mano y hablamos sobre la soledad. Y de todas formas, se puede hablar de lo que quieras aparte de la soledad... y nos resuelven todas las dudas que tengamos (E3)”

8.4.3.1. Los centros ambulatorios (CAD)

a) Aspectos generales

Para las mujeres que reciben atención en estos centros es importante la cercanía, el seguimiento y la continuidad en la atención sin tener que abandonar su entorno. Sin embargo, también depende de sus expectativas y de la fase en la que se encuentran respecto al consumo, ya que también es un recurso considerado idóneo por aquellas mujeres que no se plantean por el momento reducir el consumo y que tiene objetivos muy concretos respecto a éste, más en el sentido de limitarlo y contenerlo y mantener una puerta abierta.

“En (CAD 2) y el psiquiatra, de verdad que bastante bien. La psicóloga que tengo es bastante maja, bastante comprensible, me conocen muchísimo... me conocen mucho. Saben hasta dónde puedo llegar... saben cuando me puede dar un bajón y cuando me da un bajón saben que es cuando estoy más quemada con mi marido. En (CAD 2) llevo ya muchísimo tiempo, son recaídas, son recaídas, ¿me entiendes? Y bueno... la última fue en septiembre. Es que no sé cómo decirte, es que son por etapas... por etapas... cuando tú estás mal, estás metida, estás metida y vas a lo básico, a lo hecho (E3)”

“—¿Y que la psicóloga te vea una vez al mes para ti es suficiente?”

Sí, me parece suficiente (...) porque tampoco hay que comerme el coco cada quince días. Tampoco (E2)”

En este sentido, algunas de las entrevistadas se plantean la posibilidad de acceder a un programa de metadona como la mejor opción.

“Es que claro yo siempre he estado convencida de que quería tomar metadona y claro (E1)”

Este elemento resulta muy controvertido, ya que muchas de las críticas que otras usuarias hacen de estos centros es precisamente el lugar que ocupa este tipo de tratamiento que ellas perciben como dañino y les genera un gran rechazo.

“En (CAD 5) yo los engañaba con el consumo, porque no quería que me subieran la metadona, les engañaba (E18)”

“yo veo a los de la metadona y eso es un tapar más (E5)”

b) Aspectos mejor valorados

Las participantes que en el momento actual reciben asistencia ambulatoria en un centro valoran especialmente el **apoyo psicológico** recibido a nivel individual, por tanto el vínculo con el o la terapeuta resulta fundamental para ellas

“a mí en (CAD 6) la atención la mejor del mundo, hablo con el psicólogo, hablo muy bien, muchísimo, porque además hemos conectado muy bien y es que lo entiendo todo muy bien (E7)”

“La psicóloga te da caña cuando te la tiene que dar, bien, está bien. Yo me encuentro bien con ella. Te da bastantes salidas cuando tienes un problema, te hace pensarlo... porque a veces tú piensas una cosa y luego vas hablando con ella y te das cuenta de que ella misma te dice: “me acabas de decir otra cosa distinta a la que me has dicho al principio que pensabas”. Tú misma te vas dando cuenta de cosas, que ni siquiera te dabas cuenta así de primeras. Así que está bien (E1)”

“La psicóloga es una persona que me escucha y lo agradezco muchísimo. Se lo dije también hace poco y le gustó mucho escucharlo (E10)”

En algunos centros ambulatorios ofrecen actividades y **terapias grupales**. Este es otro de los recursos mejor valorados por quienes los conocen. El grupo proporciona apoyo, aprendizaje entre quienes han pasado por situaciones parecidas, posibilidad de comprender mejor las emociones y las propias reacciones, desarrollar habilidades sociales, y sobre todo, es una palanca para salir paulatinamente del aislamiento.

“Las terapias de grupo, fundamentales, fundamentales. Está clarísimo. A mí es lo que más me ayuda eso. Tenemos un grupo joven, que eso es importante. Porque, sí que es verdad que a los jóvenes nos cuesta mucho más, porque está ahí más relacionados con el mundo del alcohol, ahora, y las fiestas y las discotecas, los ba-

res... y es cierto. Tenemos un grupo joven, entonces, nos reunimos los lunes y hacemos grupos jóvenes y hablamos de cosas más relacionados con el ambiente... hablamos más cara a cara de lo que es el mundo joven. Y muy bien. Hablamos además de lo que nos interesa a nosotros (E3)”

“Yo he aprendido bastante de los demás, de mí misma porque ya... poco a poco te vas obligando, te obliga un poco la terapeuta también, diciendo: “A ver, ¿cómo podemos cambiar esto?, ¿qué puedes hacer?” Y ayudándome hablar... al principio me puse la regla de un día sí, un día no hablo. Y sintiendo eso, el contacto en grupo y cuando hay varios ojos que te están mirando, cuando estás hablando al principio eso da mucho respeto, ¿no? Impone. Pero yo reconozco que a la hora de mi vida diaria, me ayuda a enfrentarme a otras situaciones y a perder el miedo de enfrentarme a los ojos de las personas. Que cuando estoy ahí delante de una persona, es igual que yo, ¿no? (E10)”

También aprecian poder disfrutar de programas diversos que engloben el tiempo libre, el ocio y el ejercicio de actividades placenteras donde aprender a divertirse y donde lo lúdico tenga un lugar. Sin embargo, estas actividades apenas se realizan en los centros ambulatorios.

“Hace poco hemos tenido el curso de ocio para todo, toda la gente que no sabe qué hacer y... para nosotros es muy importante sobre todo, ocupar nuestro ocio. Entonces hemos hecho un curso de ocio y hemos estado allí nos lo hemos pasado genial. Ha ido un monitor de ocio y tiempo libre, hemos estado allí en ocio haciendo juegos, talleres... gymkhanas, nos lo hemos pasado genial...(E3)”

El apoyo en la búsqueda de empleo por parte de los y las trabajadoras sociales es un aspecto básico para algunas entrevistadas.

“La trabajadora social te suele preguntar lo mismo: qué sueles hacer a diario, cómo te va la vida, qué tal con la pareja, con la niña, siempre las mismas cosas... Lo único que ella se centra más en decir “pues vamos a reestructurar la vida, el trabajo”, para buscar un trabajo y eso... que es lo que más... ahora mismo es lo que más necesito (...) ahora me encuentro bien (E1)”

c) Aspectos negativos

Las críticas se centran en la escasez de tiempo, el trato distante y la atención rápida y estereotipada que dan en algunos centros, donde consideran, además, que prevalece en el tratamiento la atención médica centrada en los psicofármacos sin dar relevancia a otro tipo de apoyos. En relación con la atención psicológica, algunas usuarias tam-

bién se quejan de los consejos apresurados, estándares y poco adaptados a su realidad y necesidad, lo cual es una razón para que decidan abandonar.

“—Y en el CAD, ¿en qué consistió el tratamiento?”

—Pues... es muy... muy limitada, los recursos son muy limitados, ¿sabes? Tienen una psicóloga, que te veía 15 minutos... ¡y ya ves tú qué le puedes contar! Es lo que ella decía, que teníamos que romper la pareja, ¿sabes? y en ese momento pues no queríamos, ni más ni menos, queríamos seguir juntos y ya está. Y luego, te veías con la médica de vez en cuando.

—¿Y con la médica?

—A mí me pusieron un tratamiento de pastillas para la ansiedad y para dormir, con eso es siempre con lo que... las dos veces que he tenido un problema grave ha sido con lo que he dejado de... ¿sabes? Ella subía la dosis, la bajaba... (E15)”

“estuve en (CAD 2) 4 meses, pero el trato era horrible, era más de lo mismo, dejar las drogas y ya esta, si que me daban pastillas, una serie de pastillas de muchas clases para diferentes momentos del día, pero claro, si una persona está desbocada, no la puedes encauzar de esta manera (...). Aparte de esas pastillas, ibas una vez al mes a la psicóloga y como que nada, es que no, es que no, tu hablabas con ella y te decía: “tú deja las drogas”, le decía: “pues estoy mal, tengo días malos o tengo días muy buenos” y te decía: “es que con las drogas es lo que pasa hay días que te tiras de los pelos y hay días que llevas un pelotazo”, en (CAD 2) mezclaba las drogas que yo consumía mas las pastillas que siempre me estabilizaban (E5)”

Una de las entrevistadas propone el aumento de personal, en el recurso que ella utiliza, para reducir la presión asistencial, lo que permitiría una atención más tranquila y personalizada

“creo que serviría que hubiese un par de médicos, un par de psicólogos más, más, pero con... o sea, no sé cómo decirte, no te voy a decir la perfección, porque la perfección no, no la hay, no existe. Yo, no me gusta rozarla, no es mi trabajo, pero... sí que se necesita en (CAD 2), sobre todo en (CAD 2) digo porque es un sitio muy presencial donde está to (nombre de ciudad) y fuera y gente que no es de (nombre de ciudad), con lo cual tenían que tener gente muy cualificada (E4)”

d) Propuestas de mejora

En algunos de estos centros no suele haber actividades grupales, por lo que varias mujeres lo demandan, ya que echan de menos poder compartir sus experiencias y preo-

cupaciones con personas que hayan pasado o estén actualmente en una experiencia similar.

“lo único que echo en falta a lo mejor, es como algún tipo de reunión con gente que tenga tu mismo problema, ¿sabes?, de vez en cuando para poder... que te digan ellos sus problemas y poder decir: “mira, pues esto también me ha pasado a mí”. La psicóloga te da su consejo de ella, pero claro, a lo mejor otra persona que tiene el mismo problema que tú lo ve de otra manera y lo ha afrontado ella misma ese mismo problema de otra forma... entonces también estaría bien eso..., yo solamente ir y ver qué hay gente como tú y que te sientes apoyada por esa gente ya... ya es un aliciente. Saber que hay gente que ha salido y que está perfectamente bien, ¿sabes? Verlo pues dices: “si lo ha conseguido, yo puedo conseguirlo”. Porque no es lo mismo que te digan que hay gente que lo ha hecho, pero no la conoces, no sabes nada de esa persona. Entonces juntarte una vez al mes y hablarlo, o incluso con gente que está peor y también le puedes dar tú esperanzas de ver cómo estás y también le puedes decir: “pues mira yo hice esto y esto” (E1)”

Sin embargo hay que aclarar que se han expresado otras opiniones reacias a formar parte de ningún grupo. En estos casos, la opción de relacionarse con personas que también tienen problemas les resulta poco atractiva y consideran que no sería positivo para su estado de ánimo y prefieren relacionarse con personas de otros entornos. La resistencia a ser etiquetadas es también un argumento más o menos explícito para comprender estos puntos de vista.

“Yo, personalmente, prefiero encontrarme con gente que esté bien o, entre comillas, tenga otro tipo de existencia o que tenga una positividad que yo perdí, pero una gente ahí de “es que todos son iguales”, es que no sé (E9)”

“Yo es que además, con grupos... no sé cómo decirte, yo soy muy sociable y muy tratable, pero es que si se hacen grupos allí con la gente que va allí, no (E4)”

Y por último, sería de su interés conocer mejor otros programas y alternativas que se estén desarrollando en cada centro.

“Y luego sé que tienen más cosas, porque sé que en la parte de arriba hay gente como ingresada, no sé... (E7)”

8.4.3.2. Las Comunidades terapéuticas

a) Aspectos generales

Las mujeres que están en una comunidad terapéutica valoran especialmente la posibilidad que éstas les ofrece para dedicarse en exclusiva a sí mismas y a su recuperación.

Reconocen que la lejanía de su escenario de vida habitual es nuclear para poder afrontar el problema y consideran que la asistencia ambulatoria no es suficiente para ellas.

“No es lo mismo estar en la calle e ir a la consulta del médico que estar conviviendo aquí, ellos te ven todos los días, como actúan, ellos se pasean por aquí y te están viendo cómo comes, porque comen con nosotros, porque están ahí se sientan en nuestra mesa, comen nuestra misma comida, un día en una mesa otro día en otra, comen con nosotros, te están viendo, te observan como actúas en cada momento y parece que no te ven, pero te están viendo y claro, eso también es una forma de analizarte (E11)”

“si estoy en la calle ambulatoriamente... no iría al ambulatorio. Creo que no iría, ni a los servicios psicológicos ni nada... terapia psicológica, ni nada. No, porque me gusta tanto la calle... yo en la calle, me sentía libre. ¡Y más, cerca de mi ciudad! No iría (E10)”

“había hecho tratamientos ambulatorios de desintoxicación y no me había servido para nada, entonces yo sabía que podía....es que el problema no es el consumo ó el que consumes, el problema es ¿por qué consumes?, ¿qué te lleva a ti a consumir? No profundizan, que tú esto no lo puedes solucionar en un ambulatorio ni en dos ni tres, ¿sabes lo que te quiero decir? Porque si tú quieres engañar, puedes engañar. Porque ¿cuánto tiempo tiene que pasar para que tú puedas hablar...? (E17)”

La atención, una vez que solicitan el ingreso, suele ser inmediata, ya que como ellas mismas explican las plazas reservadas a mujeres siempre tienen vacantes. Los primeros momentos son difíciles para ellas. La distancia de su vida cotidiana, la ansiedad anticipatoria que experimentan, la necesidad de adaptarse e incorporar cambios, así como el temor a abrirse y relacionarse con personas desconocidas son elementos presentes en las fases iniciales.

“No tengo miedo a hacer cosas nuevas, pero sí que pensaba que iba a estar días, y días, y días, y días en un sitio completamente nuevo y, ¿qué iba a ser de mí? (E15)”

“Fue llegar a comunidad y fue torcerse la cosa, fue torcerse. Creo que fue el miedo a conocerme a mí misma porque yo pensaba: “Estos, me van a sacar cosas aquí que no quiero, no quiero sacar cosas” (E10)”

Uno de los elementos más difíciles de encajar son los relativos a las normas que tienen que seguir, aunque esta percepción depende mucho de la rigidez o flexibilidad de

cada centro, de la pertinencia y sentido de las reglas y de las expectativas y valores que tenga cada mujer.

“el no poder hacer las cosas como tú quieres, el no tener esa libertad que tú has tenido antes (E16)”

“lo único es que cada equis horas tenías que pasar horarios y si no estabas a los horarios, por ejemplo, te mandaban a fregar (E12)”

Unas normas excesivamente rígidas pueden provocar problemas entre las personas que residen en la comunidad y son fuente de angustia y tensión, incluso entre las mujeres más dispuestas a seguirlas.

“ahora por ejemplo he tenido un pequeño problema, me siento un poquitín... porque claro, yo eso es permitir y no permitir, yo veía a una persona, como jefa de cocina, tomar café y entonces yo estaba dudando si decirlo o no decirlo, había un lío con el café, había un lío de café de mil demonios, yo decía: “Caray, yo soy la jefa de cocina, como se enteren me voy a llevar yo el marrón”, pues lo conté. Pues ahí ahora en el centro soy una chivata y a mí eso me hace sentir mal (E14)”

Algunas mujeres valoran la importancia de cierta disciplina en la medida en que ésta facilita la convivencia y supone una experiencia que se puede trasladar a la propia existencia. En esta visión positiva resulta fundamental que ellas comprendan el sentido que tienen las normas, el *para qué*.

“el tener una rutina diaria, el tener que levantarte a equis horas, tener que ducharte todos los días, hacer tu muda, ir a tu sector, regirte por un horario, esto es superimportante(...), eso es muy importante para mí porque eso te prepara luego a la hora de salir (E17)”

Las mujeres no expresan malestar respecto a que estos centros sean mixtos. No parece que sea un aspecto crucial para ellas, aunque reconocen que se viven momentos de incomodidad, sobre todo al principio y cuando hay un gran desequilibrio en el número de mujeres y hombres. Cuando han estado solas entre un grupo grande de hombres, sí reconocen la dificultad experimentada.

“que era la única chica que entraba y a los tíos yo no los podía ni ver y me sentía pues mal, muy mal, como que me engañaron, no es que me engañaran, pero debía de haber otra chica que iba a entrar como yo, pero como esto no se sabe (E5)”

También la posibilidad de que haya relaciones amorosas y/o sexuales entre chicos y chicas es un disruptivo y para algunas mujeres ha supuesto un grave problema, no sólo

porque desvíe de la propia recuperación, sino porque se considera motivo de expulsión.

“me dijeron eso, que me había saltado normas y ya está. Que yo sé que hice cosas mal, por supuesto, pero no cosas como para que me echaran. La directora me ha llegado a decir: “Es que tú te has acostado con un compañero” y yo no me he acostado con ningún compañero (E15)”

b) Aspectos mejor valorados

Según su perspectiva, además del tiempo para sí mismas, los pilares sobre los que se asienta su recuperación son: la posibilidad de aprender en grupo y la terapia individual.

“las terapias y la ayuda de todos y el estar aquí, que piensas mucho, te da tiempo a pensar, reflexionas sobre algunas cosas y ya tú misma te dices que ya está bien y que ya ha llegado...(E11)”

En relación con el primer elemento, el grupo se convierte para ellas en una posibilidad de aprender a convivir, conversar, conocer otras miradas. Las **terapias grupales** son especialmente valoradas para ellas, sobre todo cuando se centran en aumentar el conocimiento sobre ellas mismas y en reconstruir su propia historia de vida.

“lo más importante sobre todo los grupos históricos que hacen aquí, el contar tu vida desde muy pequeña, desde que tú tienes uso de conocimiento (E16)”

“es que puedes hablar y todos te escuchan y te dan su opinión y te dicen: “yo pienso lo mismo, pero ¿sabes lo que te digo? que puedes hacer esto” y dice la psicóloga: “ya estamos dando opiniones todos”, o sea que es muy abierta, muy familiar, muy familiar (E12)”

“Para mí es poner atención en lo que te están explicando y con la mayor tontería, que la gente cree que es una tontería, ¡aprendes! Y de cualquier tontería, de cualquier historia puedes aprender un montón... Cada historia refleja a uno mismo, aunque sean distintas historias, distintas circunstancias, ¡te ves reflejada en muchísimas cosas con los compañeros! (E14)”

Dentro de las actividades grupales que se desarrollan en grupo, se valora positivamente el abordaje de las habilidades sociales y de comunicación.

“los talleres que había, pues talleres de psicología, talleres de habilidades sociales... no sé, muchas cosas. Cuando tienes un problema, estas cosas te ayudan a que se pase el tiempo volando (E15)”

En relación con la **terapia individual**, valoran especialmente disponer de un espacio de escucha, donde poder poner palabras a su dolor y trabajar aquellos aspectos que para ellas son más íntimos. El vínculo terapéutico, con sus dosis de confianza y aceptación, constituyen un nutriente emocional y es una pieza fundamental para elaborar, a otro nivel, las experiencias que se van produciendo en la dinámica cotidiana de la comunidad.

“la terapia es superimportante, los psicoterapeutas te van marcando objetivos, autoestima, posicionamiento, no sé, tomar decisiones, vivir cosas que estamos perdiendo durante el camino, recuperar valores perdidos, también es superimportante que una persona tenga sus valores (E17)”

“puedes hablar con ellos en confianza, hablar con ellos las cosas y es que tú, a lo mejor hay cosas que tú no has podido hablar con nadie, ¿sabes? porque yo cuando estuve en segunda fase con una monitora que tenía, abrí mucho la confianza con ella y yo le conté cosas, vamos, que yo aquí no las he contado (E16)”

Aunque las entrevistadas saben que la recuperación no es fácil y son frecuentes los relatos de recaídas y abandonos, algunos relatos son esclarecedores respecto al impacto positivo que la estancia en estos centros ha tenido en sus vidas. El tiempo que han pasado en éstos supone una discontinuidad que les ha ayudado a transformar perspectivas, reconstruirse, curar heridas, cambiar hábitos y costumbres, aprender a cuidarse, desplegar capacidades y, por supuesto, tener otra relación con las drogas.

“Personalmente, como persona, como madre, en la autoestima, a trabajar dificultades, a trabajar temas del sin drogas, a valorarte, a trabajar las apetencias, cuando te apetece algo o no te apetece y no es bueno si te apetece siempre algo, no es bueno pues te acostumbras, hay que esforzarse cuando se quiere algo, sobre todo me han enseñado mucho a que la prisa es mala, también a valorar, a volver a valorar cosas que había perdido que antes no las valoraba, que se me habían olvidado, no sé, a hacer deporte, a ponerme unos horarios muy marcados, porque yo empecé en Comunidad ahora estoy en programa ambulatorio (E5)”

“ahora voy a la biblioteca, que antes no iba, he retomado la lectura, estoy haciendo punto de cruz, empecé un paño cuando empecé en (Centro 2), el ordenador, que no sabía meterme con él, también te enseñan tratamiento de textos, también y, sobre todo, lo que es muy importante la impulsividad y todas esas cosas tuyas que..., conocerte a ti mismo es muy importante, y saber en que fallas para poder en los momentos más..., controlarte, hombre y es que te viene mucho lo que has hecho mal y claro, vas conociéndote lo bueno y lo malo que has tenido (E18)”

“Ahora veo las cosas muy distintas a como las veía antes, piensas más las cosas, ves las cosas de otra manera y lo piensas y es que es así, y por mucho que tu quieras ver las cosas de otra manera, ves que no, que es imposible (E16)”

Para las usuarias es muy importante también que el centro programe actividades relacionadas con el ocio, el deporte, el juego y el placer. Aprender a relacionarse con su cuerpo de otra manera, descubrir aficiones, explorar su capacidad de disfrutar se convierte en una parte fundamental de su estancia en estos centros

“luego los talleres, la cerámica, informática, yoga y gimnasia (E18)”

“el paseo, a ver, manualidades, la risoterapia me encanta y ¿qué más?, más las obligatorias que hay que ir ¿qué más tengo por ahí?, no me acuerdo más, ¡ah! bueno, claro, cocina que esa me apunto yo los lunes fijo, que esa me viene muy bien para luego hacerlo bien, eso me obligo yo, bueno más lo obligatorio que tenemos claro y ¿qué más te digo?, debate que es también para apuntarse, ahora vamos a hacer juegos para esta semana santa, gimkhana y todas esas cosas, total que no nos aburriramos que nos da tiempo a todo(...), hay muchísimas cosas, ¡ah!, hay también relajación para el que se quiera apuntar (E12)”

“notas cambios, mejoras porque te estas cuidando haces deportes, los lunes y los viernes se hacía deporte, los martes y los jueves por la mañana hacíamos media hora de natación (E5)”

c) Aspectos negativos

Sin embargo, hay mujeres que después de haber estado en alguna de las comunidades expresan verdadera angustia al recordar esos momentos de su vida. Básicamente las críticas y quejas se relacionan con el uso que se hace en algunos centros de métodos coercitivos y de castigo. Para algunas de las usuarias ha supuesto un motivo de abandono y relatan los efectos negativos que ha tenido en su proceso.

“me metieron en (Comunidad terapéutica 1), pues allí entré y duré 2 meses, muy mal allí (...) Está bien que te hagan trabajar y tal..., trabajas, trabajar trabajas. Y los castigos que tienen, mal... el sin rol y tal, el cual... El sin rol, no sé si sabes lo que es... Bueno pues el sin rol es sin hablar con nadie y sin que nadie te hable siete días y haciendo trabajos para la comunidad. Tienes que estar pues arando, segando, barriendo, pelando patatas, de todo, de todo... limpiando cristales. Así siete días. Y no te puede hablar nadie, ni tú hablar con nadie, ni nada (E3)”

“Ahora tengo a la compañera de habitación que está “sin rol”.

—¿Qué es esto?

–Sin hablar, no puede hablar con nadie. En mi habitación, sí. Hasta que le digan. Y está “sin rol” porque lo ve todo negro, es muy negativa, luego crea mal ambiente... está en cocina también y crea muy mal ambiente entre todos, dice que no nos interesa su vida privada, no profundiza, no...(E14)”

“el chicle que estoy comiendo, allí no había chicles y comer chicles era una falta, te ponían una falta en un papel así de grande: “Falta de X” (E4)”

También se producen críticas en relación con el trato recibido que no tiene en cuenta su dignidad y con la falta de respeto a la intimidad que se produce en alguno de estos centros, según su experiencia.

“no me gustaba el hecho de estar, el trato del médico no me gustó nada, porque me dijo de repente: “desnúdate”, sin ducharte ni nada, que normalmente cuando llegas a un Centro lo primero que haces es ducharte y te pones en chándal, llego sin ducharme, de estar por ahí todo el día..., me dieron la metadona que no me la habían dado hasta última hora, con un mono de la leche(...), un lío tremendo, me tuvieron por ahí andando sin ducharme, luego me vio el médico y me dice que me desnudase y me tumbase ahí, solo el médico conmigo, yo no lo veía muy claro, el caso que al día siguiente, desde luego yo no me desnudé y dice: “es que yo tengo que hacer mi trabajo a ver como estás”, y le digo: “no, tiene ya todos mis análisis ¿no sabe ya como estoy, qué tienes que ver para que me desnude yo aquí?”, y me dice: “bueno, pues quítate que te tengo que ver los pies, no se qué”, al final un rollo tremendo, el caso es que me dieron una medicación tan fuerte y la metadona a última hora, estuve todo el día de mono, al día siguiente discutí con el médico y me fui, me vi en la calle, casi sin darme cuenta ni de la habitación que tenía, ni que había hecho.... (E18)”

“tenían el rumor de que yo estaba con un chico de allí, a cada una le decían que estaba con uno.... Como yo era la más pequeña, pues también decían que... no sé, en fin. Que había un rumor por ahí. El caso es que me castigaron. Y como te castigaban por la mínima... Había áreas de trabajo, en la huerta, en la cocina, la lavandería, mantenimiento, cultura y recepción. Yo estaba en huerta, estuve y en lavandería y me metieron a mantenimiento, que allí sólo trabajan hombres. Y me metieron a mantenimiento, de castigo. Y el castigo era que yo me tenía que cambiar, ponerme el mono de trabajo y quedarme en sujetador y en tanga, delante de los hombres. Con todos los hombres y ponerme el mono. Me dijeron: “¿Quieres hombres? ¡Toma hombres!”... y allí me tenía que cambiar. Y a trabajar con ellos (E3)”

En relación con las prácticas de uno de estos centros, las mujeres se quejan del uso abusivo de la medicación, los efectos secundarios que éstos les generan, la falta de transparencia y la negativa a darles información respecto a los fármacos usados.

“Yo duermo muy poco por las noches, me tenéis que dar algo para dormir” y me dijeron: “No te preocupes que te damos”, lo que me dieron yo no sé lo que era y yo dije: “¡Quiero saber lo que me dais! ¡Quiero saber lo que me dais!”, “Es que aquí eso no se dice”. Y yo dije: “Pero bueno, vamos a ver, a ver si me vais a dar algo que no...”. Bueno pues cómo serían, que yo por la noche llego y me dan tres submarinos, que es como lo llamaban allí, tres pastillas así. Y yo decía: “¿Cómo me voy a tragar esto? Decidme qué es, yo no me lo voy a tragar”, “¡tú trágatelo!”, “¿pero cómo me lo voy a tragar sin saber lo que es?” “no, que te lo ha recetado el médico que has ido esta mañana”, digo: “Pero bueno, vamos a ver...” “¡no, que te lo tragues!”. Y me lo tragué y mira que me he puesto hasta arriba y hasta el rabo de la boina, ¿no? ¡Veces! Pues en mi vida me he visto tan hasta el rabo de la boina como me pusieron allí: Bueno, las chicas que estaban conmigo alucinando y yo decía: “¿Qué será eso que me han dado?” y me decían: “No te lo van a decir. No te lo van a decir”. Cuando me marché dije: “Dame un parte médico con lo que a mí me habéis estado dando” y dice: “Lo sentimos mucho, pero como tú te has ido, te vas, te vas por tu decisión, no porque hayas cumplido el año...”. Me iba a (CAD 2) y yo decía, allí que hay un doctor bastante bueno: “¡Que no sé lo que me han hecho!”, y allí ellos llamaron a (Comunidad Terapéutica 2) diciendo: “Por favor, tenemos que saber lo que le habéis dado a esta chica” “Están ocupados. Están reunidos. Están ocupados...”. ¡Siempre ponían excusas! (E4)”

“(Comunidad Terapéutica 2) no me gusta. Estas muy encerrada, mucha medicación, muy fuerte, muy fuerte y muy encerrada (E18)”

Los métodos de confrontación y cuestionamiento seguidos en algunas comunidades, sin haber construido previamente un clima de respeto y un marco relacional basado en la calidez y confianza, les resultan dañinos y perjudiciales. Cuando las usuarias no entienden el sentido de que estos procedimientos y se niegan a seguirlos constituyen faltas de disciplina que conllevan castigo.

“va una mañana y dice: “Hay... hay reunión”. ¿Qué era esa reunión? ¡Vamos a ver! Si yo no te conozco a ti, yo no puedo hablar mal de ti. Te hacían coger un lápiz y un papel y tenías que decir todo lo que te parecían uno y aquello y cómo era uno y cómo era el otro. Y yo decía: “¡Pero bueno, vamos a ver! ¿Cómo voy a decir cómo es esta persona si yo no la conozco? ¿Cómo le voy a poner faltas? A lo mejor pasao mañana cuando ya le voy cogiendo el truquillo, pues no sé cómo decirle... Cada uno, cada uno...”.

—a ti eso no te gustaba...

—ja mí eso no me gustaba! Y yo decía: “¡Pues no! ¡Yo eso no lo escribo! ¡Yo no lo escribo y yo no lo escribo!” Pues entonces, una falta. “¡Ponme las faltas que te dé la gana!”. Pues me echaron al huerto. Había un huerto donde había que cavar

allí una hora y ahí con mis lechugas y todo... pero luego yo entraba y me entraba una de rabia, una desazón (E4)”

En este punto, es necesario aclarar que los métodos de cuestionamiento y confrontación no han suscitado opiniones negativas cuando han hablado mujeres que han residido en otras comunidades. Más que la técnica en sí, la cuestión es el contexto relacional en que se utiliza, y la significación que tiene tanto para los y las terapeutas como para las propias usuarias.

“yo este fin de semana he tenido un traspíe, porque he tenido un consumo muy corto , bueno muy corto, una raya fue, para mi ha sido fuerte porque han sido muchos recuerdos y entonces yo he llegado al grupo y lo he expuesto ese consumo y ahora tengo 8 compañeros conmigo, bueno 9 o así y dos terapeutas nos conocemos muy bien y ya otros llegan nuevos y tal y allí tú sabes, les vas confrontando al otro, le vas abriendo los ojos preguntándole, que por qué hace eso, qué estaba pensando, que si no sabía que esto es así, las repercusiones, no sé...muchas cosas, es muy profundo la verdad, el trabajo personal es muy completo (E5)”

“la falta de respeto que puede haber entre compañeros... eso es una cosa buena, porque te enseñan a confrontarla, a decir: “Te estás pasando”, porque eso luego es muy importante, aunque hay situaciones que sólo te pasan aquí, en la calle no te pasan. Pero es importante el saber decir: “Respétame” y a eso te enseñan aquí (E15)”

d) Propuestas de mejora

Se han demandado más actividades centradas en la prevención de recaídas, que les ayude a identificar, conocer y relacionarse con sus áreas de vulnerabilidad y con los principales riesgos en su vida cotidiana.

“los factores de riesgo que podríamos tener. ¿Cuáles son de los que nos tendríamos que proteger, me entiendes? Cuales son las cosas que verdaderamente nos deberíamos de quitar. Porque por ejemplo a mí, yo aquí no hay situaciones que a mí me llevan a consumir, estoy todo el día... ¿sabes? Y a eso no le dan importancia, no le digo que no se lo den las terapeutas. Pero hay gente que está siempre con el “bum, bum, bum”... no sé, o gestos, cosas, ¿sabes? Siempre hay cosas que te llevan al consumo, que anteriormente tú tenías... como ropa, ropa no, porque ropa no te vas a comprar ropa nueva... pero siempre hay algo que tú anteriormente tú tenías con el consumo, alguna música, algún grupo en especial (E11)”

Esta misma usuaria, con problemas de abuso de cocaína y alcohol, reclama que se conceda más importancia al alcoholismo. En su opinión, el tratamiento no otorga al abuso de alcohol la misma relevancia y gravedad que al consumo de otras drogas.

“el alcohol no me fio de mí que lo deje del todo, la cocaína sí. Pero qué pasa, que si no dejo el alcohol me viene seguido lo otro (...), aquí por ejemplo, te ponen una película un fin de semana y sale una “raya” y quitan la película, pero ponen una película que sale alcohol y dejan la película. El otro día salió en una película que salían un montón de rayas y quitaron la película, pero pusieron otra que salían un montón de botellas de vino y dejaron la película. Se ponían ciegos y no quitaron la película. Y en ese momento no sentía nada, pero al día siguiente, me levanté muy mal. Como con una especie de resaca... una mala leche (E11)”

También solicitan más alternativas para las mujeres que continúan acudiendo a la comunidad pero en régimen ambulatorio

“Yo por ejemplo, después de tres meses, me llevan para casa, estuve dos meses más en casa y luego ya estuve dos meses en Zamora con dinero, suelta del todo y lo único que te dejan es un teléfono por si te tienes algún problema. No me parece que sea lo más... porque tienes una adicción y es un problema muy grave (...). Se necesitan más actividades para la gente que estamos en tratamiento ambulatorio. Hemos tenido un taller de prevención de recaídas, ha durado dos meses, ha estado muy bien, veníamos los miércoles de 6 a 8 de la tarde, éramos 6 o 9 personas, no éramos más y estaba bien. Pero más actividades, porque la mayoría de los que estamos en ambulatorio, todavía no trabajamos ni nada, porque acabamos de salir y... y no. Ellos dicen sí, que lo importante es tener trabajo, pero nos dan con la puerta en las narices. Y claro, la mayoría estamos sin trabajar (E15)”

Otras sugieren que aumente la diversidad de actividades de ocio y tiempo libre que se ofrecen en las comunidades.

“aquí está el gimnasio, hacer deporte, luego, es que, cuando estuve la otra vez si que había más cosas, había una actividad para hacer pulseras, también estaba un cursillo de PLADUR, ahora ya no lo están haciendo (E16)”

Otras mujeres consideran que habría que mejorar las instalaciones y aumentar los recursos materiales con los que cuentan.

“El espacio, la casa, yo metería más... porque cuando necesitas dejar las drogas necesitas mucho deporte, hacer mucho deporte y metería mas equipamiento, pues por ejemplo una bici de chicas porque aquí tienen pesas y claro, los chicos sí se ponen con las pesas, pero yo me tenía que poner con una bicicleta del año la pera, pues cosas de esas, un edificio mas grande, más naturaleza porque creo que es muy positivo eso, un edificio apartado, no es que fuera todo apartado, porque uno de los objetivos de (Centro 3) es que cuanto antes te hagas a la sociedad, a la vida normal, a la vida laboral (E5)”

“Si están dando ahora para hacer currículo, están dando también de informática, inglés..., lo que pasa es que no hay ordenadores (E12)”

8.4.3.3. Grupos de mujeres

Por el interés que tiene para el presente estudio y porque ha sido un tema relevante para parte de las entrevistadas, se dedica un apartado específico a los grupos de mujeres.

Hemos visto que tanto la experiencia terapéutica como el trabajo grupal constituyen una nueva posibilidad y oportunidad para reconstruir la autoestima y potenciar el respeto y aprecio hacia ellas mismas. Así lo han manifestado las mujeres que han participado en este estudio. Aunque no es un recurso común en todos los centros, hay mujeres que forman parte de un grupo exclusivamente de mujeres. Las experiencias son muy positivas y aprecian que les ayuda a potenciar la percepción y el discurso centrado en ellas mismas. Esto, inevitablemente, les conduce a darse cuenta de aspectos ligados a los condicionantes de género en su vida y les ayuda a convertirse las protagonistas de su propia situación y de su vida. La oportunidad de hablar sobre el amor, las relaciones afectivas y la sexualidad es muy enriquecedora para ellas. También son una ayuda para desarrollar la conciencia y el cuidado corporal y conseguir espacios personales gratificantes.

“la verdad es que estoy muy contenta y me están ayudando mucho y lo de tener las reuniones estás de chicas, que están en las mismas situaciones, diferentes pero parecidas, vamos y quieras que no, te desahogas, acabas llorando siempre, pero te desahogas mucho(...), compartimos muchas cosas, a muchas nos han pasado las mismas cosas, a unas peor a otras mejor y así (E8)”

“luego hay un grupo de mujeres que nos llevamos muy bien y que hablamos de cosas distintas

–¿por ejemplo?

–de la sexualidad, de nuestras relaciones, de los conceptos que tenemos del amor o de la pareja o del ideal que nos han vendido durante toda la vida, la media naranja, yo contigo pan y cebolla, yo sin ti me muero, todos esos tópicos que nos han vendido y que hoy en día se lo cree la gente, porque a pesar de todo la gente lo piensa y a la gente le gusta, espera confiadamente y aunque no quieras creerlo hay una parte de ti que se queda con eso...(E17)”

“el grupo de mujeres también me gusta (...), en otro centro donde estuve pues nos íbamos por ahí, a lo mejor alquilaba una casa la monitora de allí y pasábamos todo el día, nos llevábamos aunque sea el bocata. Hacíamos un día un este de lim-

pieza de cutis... nos cuidábamos para nosotras, ¿sabes? Y nos cuidábamos así y jugábamos a ponernos un pañuelo y... ¿sabes? Cosas más así, allí éramos más mujeres, claro. Y un día también nos llevaron a hacer la danza del velo, que bailáramos, no sé... (E11)”

Algunas de las entrevistadas demandan que se desarrollen grupos de mujeres en los centros a los que acuden. Por una parte opinan que hay condiciones de vida, valores y experiencias que no son compartidas por hombres y mujeres. También expresan la percepción de que hay temas que no van a ser abordados con libertad en grupos mixtos.

“echo yo en falta sobre todo grupos de mujeres, que los hombres..., veo además qué por lo que yo veo, que yo es que tampoco tengo contacto con ninguno, pero siempre estás ahí esperando y observas, ellos, por lo que veo, son más del tipo dependiente de heroína, tienen que dar sus muestras y demás y controlarse en ese tipo de historias y veo que nosotras somos más dependientes de alcohol y entonces muchas veces pienso que como podría ser la vida de ellas y realmente pienso que puede ser una vida tan solitaria como la mía y que a lo mejor el hecho de la llegada al alcohol ha sido por distintos motivos, el mío ha sido por el motivo que te digo de darme sosiego, tranquilidad, quitarme dolor, darme sueño ¿sabes? y a lo mejor otra es porque su marido le pegaba palizas ¿sabes?, pero yo creo que sería muy necesario que nos pudiéramos reunir por lo menos una vez a la semana (...), que nos dejara un poco explayarnos a nosotras y hacernos ver, pues eso, el problema que tiene la una, el que tiene la otra, ver cómo lo ha resuelto, ¿qué es lo que ha hecho para que tal? (E7)”

“Yo echo de menos, como antes te he dicho... pues eso, grupos de mujeres. Sí. Lo hemos propuesto y están intentando hacer grupos de mujeres una vez al mes o así, porque hay cosas que son más de mujeres, ¿no? Que... no es lo mismo a la hora de entenderlo.... Como mujer hay veces que te gustaría expresar ciertas cosas que sólo si hubiera mujeres las expresarías, es posible. Que te dejas de otra manera, te dejas... sí (E10)”

Ésta última entrevistada narra la dificultad de pasar por la experiencia de integrarse en un grupo en el que sólo había hombres. El hecho de que las terapeutas fueran mujeres supuso una ayuda para ella

“Yo cuando entré sólo había hombres, yo era la única chica. Y esto, la verdad que sí que era jodido, pero yo estaba en un momento en el que necesitaba eso y no me echó para atrás. Y bueno, tenía el apoyo de las dos terapeutas, que eran mujeres. Pero esto sí que cohibía un poco. Al principio sí que me costaba... me costaba hablar (E10)”

En estos grupos puede surgir una conciencia crítica y una afectividad entre mujeres que permita aprender lo nocivo que es para ellas continuar marcadas por subjetividades, mentalidades y prácticas patriarcales entre sí que estén conformadas por la rivalidad y la envidia misóginas. Ellas mismas participan de esta ideología como se señala a continuación.

“las mujeres son más movidas ¿sabes? porque siempre son las mujeres las que siempre buscan las movidas porque aquí, claro, aquí te pones normal, porque aquí no hay droga, aquí no hay alcohol, aquí no hay violencias y aquí habiendo mujeres, la mayoría acaba teniendo una relación (E16)”

Pero también emerge la oportunidad de hacerse conscientes de estas formas no solidarias de relación entre mujeres y de las repercusiones que tiene y ha tenido en sus vidas.

“estamos muy poco apoyadas, no sé... pero entre nosotras directamente, porque... un hombre ve a otro que se droga y no lo ve tan mal, pero una mujer que ve a otra que es alcohólica, que es drogadicta y..., ¿sabes?, somos mucho peores entre nosotras(E15)”



Conclusiones

Conclusiones

Las conclusiones que se exponen a continuación son el resultado del análisis conjunto de los datos aportados por la investigación cuantitativa y cualitativa. Este planteamiento global nos permite tener una visión de las mujeres drogodependientes mucho más real y cercana, complementando el análisis estadístico con las percepciones que las propias mujeres tienen de las diferencias que existen entre ellas y los hombres que están en tratamiento.

Las mujeres adictas al alcohol u otras drogas presentan diferencias, respecto a los hombres, que condicionan la existencia de unas necesidades de tratamiento claramente diferenciadas. Distintos estudios también han evidenciado esta realidad, estableciendo consideraciones prácticas para su aplicación en los programas de tratamiento (OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO, 2004, BRADY, TM. y ASHLEY, OS, 2005).

Las diferencias observadas a través de las dos metodologías utilizadas en el marco de la presente investigación evaluativa, que determinan la necesidad de intervenciones específicas en el tratamiento de las mujeres drogodependientes, pueden agruparse en tres áreas específicas:

- a) Los factores que influyen tanto en el acceso al tratamiento como en la adherencia a éste, ajenos al estado psicopatológico y adictivo de la paciente. En este grupo se incluirían todas aquellas variables que constituyen una barrera para recibir tratamiento, como la falta de información sobre los recursos existentes, la estigmatización y los sentimientos de vergüenza que esta genera, la oposición por parte de los familiares más próximos, las obligaciones laborales y, muy especialmente, las relacionadas con el cuidado de los hijos.
- b) En segundo lugar estarían las diferencias de tipo psicológico, tales como la baja autoestima, la dependencia emocional o la carencia de habilidades de comunicación y asertividad. Este tipo de deficiencias, aun siendo comunes en las personas con adicción a las drogas, evidencian una mayor prevalencia e intensidad entre las mujeres drogodependientes, incidiendo negativamente en el pronóstico de la enfermedad.

- c) Finalmente, un tercer factor claramente diferenciador se sustenta en la coexistencia de patología psiquiátrica o comorbilidad. En este ámbito las mujeres presentan diferencias importantes con respecto a los hombres según los datos aportados por otros estudios, tanto a nivel cuantitativo, como cualitativo. La frecuencia de aparición de otros trastornos mentales asociados al consumo de drogas es sensiblemente superior entre las mujeres, así como su intensidad sintomatológica y la naturaleza de esta comorbilidad. Aspectos como los antecedentes de traumas psicológicos, el riesgo de reincidencia de éstos o los intentos de suicidio, evidencian una realidad claramente diferente respecto a la que caracteriza al hombre adicto.

Evidentemente existen otras diferencias relacionadas con el género, como son las de tipo fisiológico o las vinculadas con la maternidad, que no deben ser olvidadas. No obstante, los tres grupos anteriormente expuestos son directamente responsables del mayor número de las diferencias de género que suelen detectarse en el tratamiento de las personas adictas al alcohol u otras drogas.

En consecuencia, se ha utilizado esta división para el análisis de los principales resultados y conclusiones obtenidas en el marco del presente estudio y la posterior exposición de recomendaciones que deben ser valoradas en los programas de tratamiento, como respuesta a las necesidades detectadas.

9.1. Relativas a la accesibilidad y la adherencia al tratamiento

Un primer aspecto a reseñar, de cuantos pueden definir las necesidades específicas de las mujeres drogodependientes que reciben tratamiento, es la propia accesibilidad a éste. Clásicamente se han descrito tres tipos de barreras al tratamiento. De una parte, las originadas por el propio individuo, también denominadas barreras personales. De otra, las generadas por el sistema proveedor de servicios. Finalmente, las producidas por el estigma social que acompaña a las drogodependencias y al que se añade, en el caso de las mujeres adictas, la discriminación de género que aún predomina en la sociedad española. Todas ellas actúan de forma interrelacionada, dificultando sensiblemente el proceso terapéutico desde su propio inicio.

Las principales barreras que caracterizan al tratamiento de las mujeres drogodependientes son, a juicio de COPELAND, J. (1997), el estigma y etiquetado social, la falta de conocimiento sobre las distintas opciones terapéuticas disponibles, la preocupación por el cuidado de los hijos, los costes económicos, los modelos de tratamiento basados en la confrontación y, finalmente, los estereotipos y las opiniones de los demás pacientes que acuden a centros de tratamiento. La estigmatización, como primer factor que influye en la accesibilidad, aparece de forma más intensa entre las mujeres.

Como resultado, la alienación social y los sentimientos de culpabilidad son más acusados entre este tipo de pacientes. En la muestra evaluada, el 67,3% de las pacientes reconocen haber tenido sentimientos de culpabilidad muchas o bastantes veces. Lejos de tratarse de un factor de escasa incidencia, su relación con distintos problemas psicológicos que posteriormente serán descritos –como la baja autoestima y asertividad, o la dependencia afectiva– puede agravar el efecto negativo de estos factores en el tratamiento. Asimismo, en el estudio cualitativo este sentimiento de culpa se hace explícito de forma muy importante, corroborando los datos cuantitativos.

Otra de las barreras de accesibilidad que más afectan a las mujeres drogodependientes es el temor a perder la custodia de sus hijos. Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que una de cada tres mujeres con hijos menores reconoce tener miedo a que el inicio del tratamiento genere problemas a sus hijos, como que no estuvieran adecuadamente atendidos o que pudieran retirarle su guarda. Este amplio grupo de pacientes viene a significar el 19% del total de mujeres en tratamiento, lo que evidencia la oportunidad de valorar esta circunstancia personal a la hora de evaluar las necesidades de tratamiento de las mujeres adictas a drogas.

Por otra parte, la presión familiar que dificulta el proceso terapéutico también se presenta de forma más intensa entre las mujeres adictas. Un 21,1% de las mujeres evaluadas reconoce haber sufrido presiones por parte de su pareja para abandonar el tratamiento precozmente, factor que incide negativamente en el pronóstico de la enfermedad. Esta interferencia puede mostrarse de forma más acusada cuando coincide con la presencia de una pareja también adicta a las drogas, circunstancia que se objetiva en el 26,5% de las pacientes.

Otros factores, como las obligaciones laborales y la coincidencia horaria de éstas con el tratamiento, o la interferencia con el cuidado de los hijos, deben ser igualmente considerados como factores que dificultan tanto el inicio como el mantenimiento en el tratamiento. En el estudio cualitativo las mujeres señalan también como su rol de madre y la necesidad de su incorporación o mantenimiento en el mundo laboral son unos de los aspectos más importantes de su vida, identificándolos como puntos críticos de cara a compatibilizarlos con el tratamiento.

El estudio cualitativo, por su parte, identifica la falta de información sobre los recursos existentes en la comunidad y su forma de acceso. También se muestra como los profesionales que están en mayor contacto con estas mujeres (servicios sociales, atención primaria, salud mental), no detectan de forma precoz el problema, ni derivan con agilidad a la red específica. Ello implica un mayor retraso en el acceso al tratamiento, siendo este aspecto especialmente relevante en las mujeres alcohólicas.

Todas estas barreras deben ser tenidas en consideración en el diseño de los programas de tratamiento, puesto que su influencia se extiende más allá de la propia accesibilidad, afectando negativamente a la adherencia terapéutica y, en consecuencia, en el pronóstico de la adicción.

El hecho de que los actuales sistemas de información y registro con que cuenta el Plan Regional sobre Drogas no detecten la existencia de diferencias significativas entre los hombres y las mujeres que acceden a los servicios asistenciales, no significa que no existan barreras específicas que dificultan el acceso de las mujeres castellanoleonesas al tratamiento de las adicciones.

A este respecto debe señalarse que del presente estudio se obtienen datos que parecen indicar la posibilidad de un sesgo en el perfil de las mujeres que se incorporan a tratamiento, siendo este un perfil bastante normalizado: nivel cultural de las pacientes (el 20% completó la Enseñanza Secundaria de 2ª Etapa y el 11% estudios universitarios), vinculación al mercado laboral actual (20%) o pasada (54%) alto grado de apoyo prestado por la pareja o la familia. Por lo que una hipótesis que surge es que las mujeres con perfiles más complejos no están llegando a la Red asistencial. De este modo, las mujeres que acceden a los tratamientos serían aquellas con mayores recursos personales y familiares. Un fenómeno (conocido como “efecto Mateo”) ampliamente estudiado en relación con el acceso de la población a los servicios de salud y sociales, que explica porqué los grupos más necesitados de asistencia (en este caso las mujeres con un mayor deterioro de su situación familiar, laboral, económica, social y sanitaria), son las que mayores problemas tienen para el acceso a los servicios disponibles, debido a sus limitados recursos personales y sociales de apoyo.

9.2. Relativas a los factores psicológicos asociados a la adicción

a) Dependencia interpersonal

Independientemente de su incidencia e intensidad entre las mujeres drogodependientes, cabe recordar que la dependencia interpersonal es otra de las características que diferencian a éstas de los hombres adictos. En el presente estudio, la dependencia interpersonal ha sido evaluada mediante la administración del Inventario de Dependencia Interpersonal (HIRSCHFELD, RMA. et al., 1977) y por uno de los ítems incluidos en el Cuestionario sobre Dimensiones Relevantes del Tratamiento. Este último hace referencia al grado de dependencia afectiva y nos ofrece una primera aproximación a la realidad de este colectivo: el 41,1% de las adictas que disponen actualmente de una pareja sentimental reconocen ser bastante o muy dependientes de ésta. Esta cifra significa un 25% del total de mujeres evaluadas en el estudio.

En un análisis más detallado, el Inventario de Dependencia Interpersonal nos permite evaluar tres áreas de ésta: la dependencia emocional hacia otra persona, la falta de confianza social en sí mismo y, finalmente, la reafirmación de la autonomía personal. El primer concepto hace referencia a la dependencia o apego hacia una persona en particular; el segundo, respecto a la gente en general; finalmente, la reafirmación de la autonomía es entendida por los autores como el grado en el que un sujeto es indiferente a la evaluación de otros.

Por cuanto no se disponen de datos normativos en población española, hemos utilizado los promedios indicados por los autores en la muestra psiquiátrica con la que fue validado el cuestionario (HIRSCHFELD, RMA. et al, 1977). Bajo este criterio, el 56,5% de las mujeres drogodependientes presentarían puntuaciones superiores a la media en la escala de dependencia emocional hacia otra persona, en un 81,6% se superaría esta puntuación en relación a la falta de autoconfianza social y, finalmente, el 38,8% registra una puntuación inferior a la media en cuanto a su autonomía.

En su conjunto, estos resultados evidencian la existencia de un amplio grupo de pacientes que manifiestan elevados niveles de dependencia hacia terceros. Un colectivo que, según el criterio utilizado y en el escenario más favorable, podría estimarse en el 40% - 50% de la totalidad de las mujeres incluidas en el estudio.

Estos datos se ven reforzados con el estudio cualitativo donde las mujeres plantean la gran importancia que en sus vidas tienen las relaciones interpersonales y la afectividad y cómo estas influyen en su propia autoestima.

No podemos obviar, por otra parte, que la dependencia afectiva suele acompañarse de una dependencia económica. De hecho, solo el 19,7% de las mujeres evaluadas disponen de ingresos propios.

b) Asertividad

Íntimamente unida a la dependencia interpersonal expuesta anteriormente, surgen las alteraciones en la asertividad, entendida como la capacidad de expresar adecuadamente las emociones ante otras personas, sin alcanzar los extremos opuestos de agresividad o pasividad. En consecuencia, la asertividad evidencia el grado de autoafirmación o confianza en sí mismo que caracteriza a una persona.

Múltiples estudios han objetivado la relación existente en la falta de asertividad y el consumo de sustancias, así como con el autocontrol conductual. Wills et al. (1989) advirtieron la relación entre determinadas dimensiones de la asertividad, como la difi-

cultad para establecer relaciones sociales, de pareja o para rechazar el consumo de sustancias en situaciones de presión social y el consumo de drogas. De igual modo, Baldwin et al. (1993) proponen que el consumo de determinadas sustancias, como el alcohol, podría estar condicionado por las expectativas del sujeto de encontrarse más asertivo bajo sus efectos.

El déficit en la asertividad suele tener origen en edades tempranas y dentro de ambientes escolares y familiares que propician esta carencia. En estas circunstancias, el sujeto que se percibe infravalorado en estos ámbitos inicia una búsqueda de grupos de referencia que suelen caracterizarse por presentar una mayor inclinación hacia las conductas de riesgo como el consumo de drogas. En consecuencia, no es de extrañar que la asertividad presente una íntima relación con el consumo de alcohol y otras drogas, tanto en cantidad como en frecuencia (LÓPEZ-TORRECILLAS, F. et al, 2003).

Utilizando la Escala de Asertividad de Rathus (CARROBLES, JA. 1979) se observa como el 37,5% de las mujeres evaluadas registran puntuaciones inferiores a un percentil 35, según los datos normativos obtenidos por los autores del instrumento (NEVID, JS y RATHUS, SA. 1978). En otros términos, casi cuatro de cada diez mujeres adictas a sustancias presentarían un significativo déficit de asertividad y, como resultado de ello, serías dificultades para afrontar la presión social de consumo y reafirmar su autocontrol ante el consumo de drogas.

c) Autoestima

Como ocurriera en relación a la dependencia interpersonal y a la asertividad, el déficit en la autoestima también ha sido extensamente relacionado con la etiología del abuso de sustancias. De igual modo, este factor influye decisivamente en el mantenimiento de la conducta adictiva, produciendo un círculo vicioso que se retroalimenta. En consecuencia, alcanzar o mantener un adecuado nivel de autoestima, acorde con la realidad del sujeto, es una de las condiciones “sine qua non” para obtener un resultado positivo en el tratamiento de las adicciones.

El nivel de autoestima de las mujeres participantes en el estudio fue evaluado mediante el instrumento más extensamente utilizado para ello: la Escala de Autoestima de Rosenberg (ROSENBERG, M. 1965). Los resultados obtenidos indican que el 25,9% de las pacientes presentan un bajo nivel de autoestima. El número de mujeres que acusan un significativo deterioro de su autoestima puede verse sustancialmente incrementado por otros factores que, como la presencia de patología dual, han sido relacionados con ésta y presentan una elevada prevalencia en el colectivo estudiado.

d) Visión conjunta de los factores psicológicos asociados

El hecho de que los tres factores expuestos anteriormente (dependencia interpersonal, asertividad y autoestima) se encuentren íntimamente relacionados entre sí obliga, a nuestro juicio, a realizar una lectura conjunta de la influencia de todos ellos.

Como principal conclusión, se evidencia que cuando menos una tercera parte de las mujeres adictas presentaría serias dificultades con relación al autoconcepto, su autonomía emocional, las relaciones con terceros y su capacidad para oponerse a las presiones ante el consumo. Por su magnitud, en términos de prevalencia, como por la indudable influencia que estos factores presentan en el curso y pronóstico de la enfermedad, se hace necesario evaluar el grado de disfunción que estas mujeres pudieran tener en este sentido, así como establecer intervenciones específicas dirigidas a alcanzar niveles óptimos que favorezcan una adecuada adaptación social y personal. En este sentido, posteriormente se exponen algunas recomendaciones, que deben ser valoradas en el diseño e implementación de los programas de tratamiento de las mujeres dependientes a sustancias.

Por último, remarcar que muchas de las mujeres del estudio cualitativo han explicado que los inicios del abuso de sustancias se encuentran ligados a la presencia de problemas principalmente emocionales y sociales.

9.3. Relativas a la comorbilidad psiquiátrica (patología dual)

a) Prevalencia general

La comorbilidad o patología dual es un aspecto de especial relevancia en la población que recibe tratamiento por un trastorno adictivo a sustancias. Los estudios más conocidos, como el Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) o la National Comorbidity Survey (NCS) americanos, sitúan la prevalencia de comorbilidad, entre las mujeres dependientes a sustancias, en un rango de entre el 65% - 72%. La presencia de patología dual conlleva una serie de complicaciones en el tratamiento que no deben ser obviadas, tales como:

- Mayor gravedad de la sintomatología.
- Problemas sociales más severos.
- Elevada utilización de servicios.
- Costes más elevados.
- Peores resultados de tratamiento.

En un amplio estudio multicéntrico realizado en España, sobre una muestra de 2.361 pacientes (GUAL, A. 2007) se registra una prevalencia de comorbilidad del Eje I del 33,8%, predominando los trastornos depresivos (21,6%), de ansiedad (11,7%), esquizofrenia (3,1%) y los trastornos bipolares (1,4%). Posiblemente porque este estudio se basó en el criterio clínico de los investigadores y no en un instrumento diagnóstico homogéneo, los resultados son ligeramente inferiores a los obtenidos por otros autores en nuestro país, utilizando instrumentos de cribaje como la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders –PRISM– (TORRENS, M. et al., 2004) o el Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire –PDSQ– (PÉREZ GÁLVEZ, B, et al, 2008).

Recientemente, la Asociación Española de Patología Dual (2008) ha realizado un estudio en la Comunidad de Madrid, observando una prevalencia de patología dual del 53%, entre los pacientes atendidos, tanto en centros específicos de tratamiento de las drogodependencias, como de Salud Mental. Tres cuartas partes de estos enfermos presentarían dos o más trastornos mentales y el 71% evidencia la existencia de un trastorno de la personalidad.

La prevalencia de comorbilidad suele variar dependiendo de la sustancia que motiva el tratamiento. En el estudio de Gual se observó una comorbilidad psiquiátrica superior entre las personas alcohólicas (35%) con respecto a las adictas a la cocaína (30,9%) y los opiáceos (28,6%), si bien las cifras más elevadas se observaron entre quienes presentaban una dependencia al alcohol y a otra sustancia más (48,5%). En la muestra clínica analizada en el presente estudio se mantiene la misma tónica, observándose una mayor prevalencia entre las mujeres alcohólicas (53,2%), seguidas de las adictas a la cocaína (28,6%), mientras que las dependientes a opiáceos presentan una menor tasa de comorbilidad (10%).

Debe advertirse que el género introduce diferencias significativas, tanto en relación a la prevalencia de comorbilidad como a la naturaleza de ésta. El “Estudio sobre Comorbilidad en drogodependientes en tratamiento en Castilla y León” (ÁLVAREZ, FJ. et al, 2005), realizado en el año 2004 entre una muestra de 700 pacientes atendidos en centros ambulatorios, UDH y comunidades terapéuticas, mostraba que la prevalencia de patología dual en mujeres alcanzaba el 38,6%, frente al 27,3% en los hombres. Las diferencias entre mujeres y hombres eran especialmente significativas en determinadas categorías diagnósticas, tales como:

- Los trastornos del humor o afectivos (categoría F30 a F39 de la CIE 10), presentes en un 38,9% de mujeres, frente al 16% de los hombres.
- Los trastornos neuróticos o relacionados con el estrés (categorías F40 a F48 de la CIE 10), que alcanzan un 14,8% entre las mujeres y un 8,7% entre los hombres.

Tanto el ECA como la NCS muestran un predominio sensible de patología dual entre las mujeres, quienes registran una prevalencia entre un 26% y 48% superior a la observada entre los hombres adictos a drogas. Siguiendo con los datos aportados por el estudio multicéntrico dirigido por Gual, las mujeres registran una frecuencia muy superior de comorbilidad, circunstancia que estaba presente en el 47,5% de éstas y sólo en el 30,3% de los hombres que participaron en el estudio. En el estudio de validación inicial del Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire en una muestra de 115 alcohólicos (PÉREZ GÁLVEZ, B. et al. 2008) se obtuvo una prevalencia de patología dual del 51,3% para hombres y del 70,3% en mujeres. Tanto en estas investigaciones como en las realizadas en otros países, las mujeres evidencian tasas sensiblemente más elevadas que las registradas por los varones. De igual modo, las patologías afectivas (trastorno depresivo), algunas relacionadas con la ansiedad (trastorno por estrés postraumático, crisis de pánico y fobia social), los trastornos somatomorfos y los de la conducta alimentaria, suelen ser más frecuentes entre las mujeres adictas a sustancias que entre los hombres (PÉREZ-GÁLVEZ, B. et al., 2008).

De los datos obtenidos en el presente estudio se desprende que la población atendida ofrece una elevada tasa de comorbilidad psiquiátrica, estimada en el 32,7% del total de la muestra evaluada. Considerando que no se dispone de datos en un 34,7% de los sujetos, podemos estimar que la mitad de las pacientes atendidas presentarían un trastorno psiquiátrico añadido a la adicción que genera la solicitud de tratamiento.

Otro dato que incide en la importancia de la comorbilidad psiquiátrica entre las mujeres drogodependientes es que dos terceras partes de éstas (67,3%) han tenido algún tratamiento previo motivado por problemas psicológicos o emocionales. Y, en el momento de realizarse la evaluación, el 58,5% estaba recibiendo tratamiento por estas razones, dato que reafirma la importancia cuantitativa de la comorbilidad psiquiátrica en este tipo de pacientes.

Entre las patologías más representadas y que, en consecuencia, deben recibir una atención especial, destacan los trastornos de la alimentación, los afectivos y la presencia de antecedentes de acontecimientos traumáticos. Resulta llamativa la elevada prevalencia de antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria (bulimia y anorexia), que alcanza un 21,1% en la muestra evaluada, destacando además que en el estudio cualitativo las mujeres plantean que su imagen corporal es un aspecto de gran importancia en su vida. Será motivo de una discusión específica la presencia de ideación autolítica que, aun siendo síntoma generalmente asociado a los trastornos afectivos, merece una consideración específica por su gravedad y elevada presencia entre las mujeres adictas a sustancias.

De forma más objetiva ha sido evaluada la sintomatología depresiva y de ansiedad. Para ello se han utilizado dos instrumentos suficientemente contrastados como son el Inventario de Depresión de Beck –BDI– (BECK, AT. et al, 1961) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI-E/R) de Spielberg CD. et al, (1983). El primero de ellos corrobora la elevada prevalencia de depresión entre las mujeres drogodependientes, situándola en un 33,3%, cifra sensiblemente más elevada que la comunicada mediante la Hoja de Admisión a Tratamiento. De igual modo, los resultados aportados por el STAI-E/R evidencian niveles de ansiedad clínicamente significativos (bajo el criterio de un centil ≥ 75) en cerca del 30% de las mujeres, con un rasgo patológico en el 36% de la muestra.

Debe advertirse que el análisis de los datos procedentes de la Hoja de Admisión a Tratamiento, que se ha utilizado en la muestra del presente estudio, evidencia posibles deficiencias en el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica. Por un lado, sería lógico esperar una elevada prevalencia de Trastorno por Estrés Postraumático, como resultado del elevado número de pacientes que han sufrido acontecimientos estresantes, como el maltrato. Sin embargo, no consta ningún caso entre las mujeres evaluadas, evidenciando una situación de infradiagnóstico en una de las patologías con mayor prevalencia en este tipo de enfermas. Por estos motivos, posteriormente se analizará con mayor detalle la existencia de acontecimientos traumáticos y la afectación de éstos en el tratamiento de las mujeres drogodependientes.

El infradiagnóstico es también llamativo en relación a los trastornos de la personalidad. Los resultados obtenidos muestran prevalencias sensiblemente más bajas de las esperadas. Según los datos procedentes de la Hoja de Admisión a Tratamiento, solo un 6,8% de la muestra presentaría algún trastorno de personalidad, prevalencia que estimamos entre seis y diez veces inferior a la esperada.

b) Acontecimientos traumáticos

La presencia de antecedentes de maltrato infantil se ha relacionado con la aparición de un amplio número de trastornos en la edad adulta, incluyendo la adicción a sustancias y otros problemas psicológicos (BRYER, JB. et al, 1987; KENDLER, K. et al., 2000; MULLEN, PE. et al, 1996; PUTNAM, F. 2003; MULLINGS, JL, HARTLEY, DJ y MARQUART, JW 2004). En comparación con la población general, las mujeres adictas al alcohol u otras drogas duplican la prevalencia de abuso sexual infantil (SIMPSON, TL. y MILLER, WR. 2002). Los estudios más recientes indican que hasta un 62% - 81% de las mujeres que solicitan tratamiento por adicción a drogas han sido víctimas de algún tipo de maltrato infantil (GIL-RIVAS, V. et al, 1997; LIEBSCHUTZ, J. et al., 2002; TEETS, J. 1995) frente al 26% - 30% de la población general (KENDLER, K. et al., 2000; MACMILLAN, HL. et al, 2001).

Los resultados del presente estudio evidencian la elevada presencia de antecedentes de victimización infantil entre las mujeres que reciben tratamiento por su adicción al alcohol u otras drogas, en Castilla-León. Hasta un 45% de estas mujeres habrían sido víctimas de maltrato psicológico durante su infancia por parte de algún familiar. Igualmente llamativas son las prevalencias de maltrato físico (31%) y abusos sexuales (18%). Aún con la limitación de no disponer de datos correspondientes a la población general, en cualquier caso estas cifras nos orientan hacia la importante magnitud del problema en la muestra clínica evaluada.

La naturaleza de esta relación aún no ha podido ser totalmente explicada, aunque parece evidente que interactúan factores como la ansiedad, la baja autoestima o la depresión, habiéndose establecido algunas hipótesis causales. Una de las explicaciones más extendidas se basa en el modelo de la automedicación propuesto por KHANTZIAN, E.J. (1985, 2003). Según este autor, las personas consumirían sustancias de abuso con el objetivo de paliar sus molestias psíquicas. En consecuencia, cada sustancia sería elegida en función de los efectos que produciría su consumo. Basándonos en este modelo, el trauma precedería al consumo de drogas y, a su vez, éste surgiría en respuesta a la aparición de sintomatología relacionada con el estrés, en un intento por aliviar el disconfort psicológico padecido por el sujeto. El modelo de automedicación ha sido extensamente defendido por distintos autores, considerando que el consumo de sustancias se realiza para afrontar el estrés o la depresión motivados por el recuerdo del trauma (CLARK, AH. 1997; SCHUCK, AM. y WIDOM, CS. 2001).

Otro modelo apunta hacia la posibilidad de que el consumo de drogas y sus consecuencias sean la causa del acontecimiento traumático, así como del estrés producido por éste (CHILCOAT, HD. y BRESLAU, C. 1998; CHILCOAT, HD. y MENARD, C. 2003; STEWART, SH. et al, 1998). Según esta hipótesis, el consumo de drogas incidiría tanto en la generación del evento traumático como en la reminiscencia de éste, situación que motiva el Trastorno por Estrés Posttraumático. El consumo de drogas suele asociarse a otras conductas de alto riesgo, que incrementan la probabilidad de sufrir un acontecimiento traumático. Situaciones como las agresiones producidas al acudir a lugares de venta de drogas, los accidentes motivados por la embriaguez o las relaciones sexuales no consentidas en situaciones de desinhibición conductual, son ejemplos de posibles traumas relacionados con el consumo de sustancias. Junto a esta mayor probabilidad de sufrir un hecho traumático, el consumo crónico de drogas interfiere a nivel neuroquímico y genera una disfunción a nivel de los neurotransmisores implicados en el TEPT –como la serotonina–, incrementando la susceptibilidad del sujeto.

También es posible que el modelo de automedicación de Khantzian y las hipótesis de alto riesgo y susceptibilidad interactúen entre sí, generando un círculo vicioso. Autores como STEWART, SH. y CONROD, PJ (2003) han defendido un modelo en el que

las drogas podrían ser consumidas para aliviar los síntomas generados por el trauma inicial, si bien los efectos del consumo conllevarían un aumento de la sintomatología o la aparición de nuevos traumas, motivando el mantenimiento del consumo de sustancias en un intento por disminuir el malestar psicológico.

El maltrato en edad infantil se relaciona igualmente con la aparición de éste en edad adulta. Por ejemplo, existe una relación significativa entre el abuso sexual en la infancia y la posterior presencia de violencia de género o de agresiones sexuales (FLEMING, J. et al, 1999). En este sentido apuntan algunos de los resultados obtenidos en la presente investigación. Valorando la presencia de maltrato y violencia sexual por parte de la pareja actual de las pacientes, el estudio evidencia tasas sensiblemente elevadas. Así, un 20% de las mujeres que participaron en la investigación reconocen haber sufrido abusos sexuales por su actual pareja, el 50% han sido víctimas de maltrato físico y hasta un 67% comunican episodios de violencia psíquica, siempre por parte de su pareja actual. Por su elevada magnitud, estas cifras refrendan la severidad del problema, constatando una mayor vulnerabilidad a la repetición de traumas, entre las mujeres adictas, en la edad adulta.

En este apartado las mujeres entrevistadas exponen la importante presencia de la violencia en sus vidas, expresándose esta violencia de diferentes formas: maltrato infantil, violaciones y violencia de género.

c) Riesgo de suicidio

Los resultados obtenidos en el estudio ofrecen datos, ciertamente alarmantes, relacionados con las ideas e intentos de suicidio. Más de la mitad de las mujeres drogo-dependientes (53,1%) reconoce haber tenido ideas autolíticas, con un ligero predominio entre las adictas a opiáceos y las alcohólicas, respecto a las dependientes a la cocaína. Estas ideas han llegado a consumarse –cuando menos como tentativa– en el 49,7% de las pacientes, quienes reconocen haber realizado algún intento de suicidio. En otros términos, en la muestra analizada, hasta nueve de cada diez mujeres con ideas de suicidio llegarían a intentarlo.

Ambas cifras advierten del elevado riesgo de suicidio en el colectivo estudiado. En una primera aproximación cabría suponer que, tanto la ideación autolítica como los intentos de suicidio, son consecuencia del consumo de sustancias. Esta hipótesis conlleva la conclusión de que el riesgo desaparecería de forma absoluta, una vez que la mujer hubiera abandonado el consumo de drogas. Evidentemente –y aún reconociendo la influencia del consumo de sustancias en el suicidio–, no debe aceptarse una tesis tan simplista, obligando a valorar otros factores coexistentes.

El primer aspecto a valorar es la relación entre el suicidio y los trastornos de personalidad. Autores como SUOMINEN, KH. y colaboradores (2000) recuerdan que hasta un

77% de los sujetos con antecedentes de intentos autolíticos presentan este tipo de patologías. El riesgo se incrementa sustancialmente cuando existe comorbilidad con trastornos depresivos y abuso de sustancias, circunstancias que caracterizan a la población estudiada en la presente investigación. Otras patologías de elevada prevalencia entre las mujeres drogodependientes, como el Trastorno por Estrés Postraumático (HARNED, MS, NAJAVITS, LM. Y WEISS, RD. 2006), de pánico (GOODWIN, RD. y ROY-BYRNE, P. 2006) o los trastornos alimentarios (FISCHER, S. y LE GRANGE, D. 2007) incrementan igualmente la posibilidad de aparición de este tipo de actos autolesivos.

En consecuencia, el riesgo de suicidio en la población objeto del estudio presenta distintas etiologías. De una parte, el abuso de sustancias; de otra, las patologías comórbidas de mayor prevalencia. Esta situación obliga a seguir contemplando la posibilidad de aparición de intentos autolíticos, con elevado riesgo, aún meses después de consolidarse la abstinencia.

9.4. Relativas a la atención recibida por parte de los distintos recursos

Las conclusiones que se exponen a continuación son el resultado de las entrevistas realizadas en el marco del estudio cualitativo:

- Muchas mujeres con problemas de drogas pasan por los recursos de atención primaria de salud y de servicios sociales, sin que los mismos realicen un adecuado diagnóstico de la situación, ni procedan a derivar estos casos a los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones.
- La medicalización genera importantes efectos secundarios que no son bien tolerados por las mujeres, generando rechazo y resistencia entre las mujeres.
- Es importante que los recursos de la red asistencial brinden una atención inmediata, siendo éste un factor clave como facilitador del acceso al tratamiento.
- Para las mujeres es absolutamente central recibir un buen trato que gire en torno a la escucha, la empatía y el respeto a sus decisiones. El momento de la acogida es muy importante para ellas, así como la confidencialidad y privacidad. Cuando el trato es distante, poco respetuoso hacia sus decisiones y estereotipado aumentan las posibilidades de abandonar el tratamiento.
- Las mujeres reclaman una mayor comprensión y conocimiento sobre sus necesidades, visibilizar sus problemáticas y rescatarlas del ocultamiento y de la esfera de lo privado.
- Las participantes solicitan una atención personalizada, no tan centrada en la sustancia y sí en las personas que las consumen, en sus características y en sus condiciones de existencia.

- El trabajo en los ámbitos de la autoestima y las habilidades sociales es muy importante para estas mujeres, así como el contacto con otros colectivos sociales y/o grupos de mujeres.
- Más de la mitad de las mujeres que han participado en el estudio han sufrido malos tratos y abusos. Por tanto, es imprescindible considerar y explorar la relación entre consumo y violencia.
- En el tratamiento ambulatorio se valora especialmente la atención psicológica y la posibilidad de asistir a terapias grupales, en el caso de que existan. Las mujeres que acuden a centros donde sólo les ofrecen asistencia individual reclaman la puesta en marcha de actividades grupales.
- En los centros residenciales resulta fundamental disponer de un tiempo para ellas mismas, dedicado a su recuperación. Además, la convivencia, los espacios grupales y el apoyo terapéutico son ingredientes nucleares a juicio de las mujeres.
- Se demandan más actividades de ocio y tiempo libre. La posibilidad de desplegar la capacidad lúdica y relacionarse de otra forma con el tiempo es muy apreciada por ellas.
- Se han producido críticas en relación con métodos centrados en el castigo y el aislamiento que usan algunas comunidades terapéuticas. Estos procedimientos son generadores de angustia y ansiedad en las mujeres y una razón fundamental para el abandono del tratamiento.
- Aunque los espacios mixtos no constituyen una barrera infranqueable para las mujeres que han participado en el estudio, es necesario comprender que puede ser una dificultad para la integración, sobre todo cuando hay pocas mujeres en los mismos, como es habitual.
- Las mujeres participantes en el estudio tienen conciencia, en mayor o menor medida, de las desigualdades y diferencias entre hombres y mujeres, también en relación con las drogodependencias, y ellas mismas demandan que sean tenidas en cuenta.
- Se ha demandado la puesta en marcha de grupos de mujeres, tanto en tratamiento residencial, como ambulatorio. Las entrevistadas expresan la necesidad de construir otro tipo de relaciones entre mujeres, conversar sobre experiencias comunes y disponer de un espacio que favorezca la intimidad.



Recomendaciones y propuestas de actuación

10

Recomendaciones y propuestas de actuación

A la vista de los resultados obtenidos en el estudio, en base a las experiencias previas y valorando la viabilidad de éstas en la práctica clínica habitual, se plantea valorar las siguientes recomendaciones:

10.1. De carácter general

1. Se hace preciso incrementar la accesibilidad al tratamiento de las mujeres adictas a sustancias, disminuyendo las barreras personales, sociales y del sistema que dificultan el acceso a éste.
2. También son necesarias acciones que ofrezcan a la sociedad una imagen más abierta sobre la drogodependencia y la mujer, de forma que las mujeres que tienen esta problemática se sientan identificadas y disminuya su estigma social.
3. Al objeto de facilitar la accesibilidad y el mantenimiento en el tratamiento, la intervención debe caracterizarse por su naturaleza integral e integrada, evitando la compartimentación en distintos centros o servicios, y aconsejándose su desarrollo por un único equipo de tratamiento.
4. Tanto la prevalencia clínica de trastornos adictivos a sustancias entre mujeres, como los datos de la población general, evidencian una importante representación del género femenino, no inferior al 25%. Se han objetivado diferencias sustanciales en las manifestaciones de la dependencia entre las mujeres, lo que determina la necesidad de realizar un abordaje diferencial teniendo en cuenta el género en los programas de tratamiento.
5. La implementación de este tipo de actuaciones debe realizarse en el marco general de la asistencia a las personas drogodependientes, utilizando los mismos recursos humanos y materiales, y de forma complementaria a las intervenciones generales que vienen desarrollándose en la actualidad.
6. Como manifestación práctica del enfoque de género que se propone, debe disponerse de protocolos específicos de valoración o, cuando menos, apartados específicos en los ya existentes. En este sentido, es aconsejable diseñar un protocolo

de evaluación inicial que incluya la valoración de los antecedentes y las necesidades personales, sociales y clínicas que en mayor medida diferencian a las mujeres drogodependientes.

7. De igual modo, es aconsejable establecer un protocolo de tratamiento –o subprogramas dentro del aplicado con carácter general– que incluya intervenciones dirigidas a dar respuesta a las necesidades específicas detectadas en la evaluación inicial, tales como medidas de protección a la maternidad, grupos terapéuticos de igual género, intervenciones psicológicas de apoyo en las áreas donde se detectan mayores necesidades o intervenciones en las patologías comórbidas más prevalentes, donde el abordaje terapéutico no esté tan centrado en la sustancia.
8. Es importante que los profesionales tengan en cuenta los riesgos y los efectos secundarios de la medicación e investigar más sobre esta cuestión, así como incorporar el rechazo y la resistencia que las mujeres expresan hacia los fármacos.
9. En la medida de lo posible, se aconseja que el equipo de cada centro asistencial disponga de profesionales del género femenino para el desarrollo de algunas de las actuaciones terapéuticas contempladas en el protocolo asistencial.
10. Por último, destacar que tras la realización de este importante estudio, desde el Observatorio Regional se plantea el interés para la realización de este tipo de estudio en la población masculina, con el objetivo de tener datos diferenciales comparativos que permitan un abordaje global de mayor calidad y permita completar la visión en función del género de los drogodependientes en tratamiento en Castilla y León.

10.2. Con relación a las barreras al tratamiento

1. Al objeto de disminuir el estigma social que acompaña a la adicción en la mujer, parece oportuno iniciar actuaciones en esta dirección, trabajando a diferentes niveles:
 - a. Un primer nivel social, a través de la concienciación y visualización de este problema en las mujeres. Siendo necesario para ello un trabajo a medio y largo plazo, donde la difusión de estudios como el presente es un primer paso.
 - b. Un nivel profesional, principalmente en los servicios de atención primaria de salud y los sociales básicos, siendo este un pilar clave donde poder intervenir cambiando las actitudes y creencias de los profesionales y aumentando la sensibilidad hacia esta realidad. Promoviendo actuaciones que favorezcan la detección

precoz del problema en mujeres especialmente con factores de riesgo (familias monoparentales, víctimas de violencia de género, desempleadas, ...), la motivación de las mujeres para el inicio del tratamiento y las intervenciones breves en los casos en los que fuera posible.

- c. Por último, a nivel de las afectadas y las familias, donde los profesionales tienen un papel clave en la transmisión de la información de forma veraz y realista, potenciando mediante las intervenciones psicológicas iniciales, la reducción del autoestigma y la mejora de la autoestima.
2. De forma específica merece la pena hacer mención a la necesidad de promover la detección y la intervención precoz de la drogodependencia en mujeres embarazadas, por el doble impacto que la drogodependencia tiene sobre el feto y sobre la madre.
 3. Así mismo, es necesario difundir la red específica de recursos entre los profesionales de atención primaria de salud, los servicios sociales, las comisarías y otros profesionales que puedan estar en contacto con mujeres con factores de riesgo para la drogodependencia, con el objetivo de facilitar una rápida derivación.
 4. Debe facilitarse la accesibilidad al tratamiento de las mujeres adictas a sustancias flexibilizando los horarios asistenciales y adaptándolos a las obligaciones laborales y de cuidado de los hijos, favoreciendo la conciliación de la vida laboral y familiar con la participación en los programas de tratamiento.
 5. Los programas de tratamiento para mujeres dependientes a sustancias deben ofrecer especial atención al rol que ejercen los cónyuges o parejas de las pacientes en el inicio, mantenimiento y recaídas en el consumo.
 6. De igual modo, es necesario incidir en la participación activa de los familiares más próximos en el tratamiento, ofertando cuanta información fuera precisa para que éstos entiendan la naturaleza de la adicción como enfermedad.

10.3. Con relación a los factores psicológicos asociados

1. La evaluación inicial de las mujeres adictas a sustancias que solicitan tratamiento debe incluir una valoración de la autoestima, la capacidad asertiva y la autonomía respecto a otras personas.

2. Los programas de tratamiento ofrecerán un ambiente terapéutico que aporte seguridad a las pacientes, fomentando la comunicación interpersonal y evitando conductas punitivas o de confrontación. Siendo la acogida o primer contacto de estas mujeres con los recursos asistenciales un momento clave para asegurar su adherencia al tratamiento. Deberá garantizarse que los profesionales encargados de realizar la misma mantienen una actitud de escucha, empatía y respeto a las decisiones de las pacientes.
3. Es importante potenciar el desarrollo de talleres específicos y actividades grupales dirigidas a incrementar las habilidades de comunicación y de afrontamiento, así como la mejora de la autoestima. Si no fuera posible su realización, se deberían abordar estos aspectos de forma individual.
4. Al objeto de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social, es aconsejable desarrollar grupos de autoayuda siempre que éstos dispongan de la adecuada supervisión profesional y constituyan parte inseparable del programa de tratamiento.
5. La participación de los familiares en el tratamiento estará dirigida a fomentar la autonomía personal de las pacientes, favoreciendo la adopción personal de decisiones por parte de éstas, evitando conductas excesivamente directivas que dificulten el desarrollo personal de las pacientes y potenciando el apoyo de la familia en el mantenimiento del tratamiento.
6. Un aspecto que tiene especial relevancia es la presencia de la violencia de género en estas mujeres, por lo que será necesario una adecuada formación de los profesionales de la red, así como el establecimiento de cauces de coordinación con los recursos específicos de apoyo a mujeres maltratadas.

10.4. Con relación a la comorbilidad

1. La situación de infradiagnóstico detectada en patologías de elevada prevalencia –trastornos afectivos y algunos de ansiedad como el trastorno por estrés postraumático–, aconseja mejorar la coordinación con los equipos de salud mental para la realización de diagnósticos adecuados y ágiles, así como reforzar la formación y conocimientos específicos en psicopatología de los profesionales de la red de asistencia al drogodependiente.
2. Con el objetivo de facilitar la detección y diagnóstico de la patología dual o comorbilidad, es adecuado potenciar la utilización de los instrumentos estandarizados de diagnóstico que se plantean en las guías de procesos y procedimientos, dentro de los protocolos de evaluación clínica.

3. Dada la contrastada influencia de determinadas patologías en la etiología, curso y pronóstico de las adicciones, parece oportuno disponer de una adecuada coordinación entre los profesionales de la Red de Asistencia al drogodependiente y los equipos de salud mental de cara al tratamiento de las patologías más prevalentes, como el trastorno de pánico, por estrés postraumático o la fobia social. Esta necesidad incluye, la formación y conocimiento sobre las intervenciones, en especial, las de tipo psicoterapéutico y la exploración de intervenciones complementarias específicas.
4. Siendo muy elevada la prevalencia de antecedentes de ideación autolítica e intentos de suicidio, su detección mediante instrumentos estandarizados debe ser incluida en los protocolos de valoración así como en el seguimiento posterior de los pacientes. De igual modo, debe aportarse la información necesaria a la paciente y sus familiares respecto a las pautas de actuación a seguir ante situaciones de riesgo de autoagresividad; teniendo siempre en cuenta que las intervenciones en situaciones de crisis debe ser realizadas desde los servicios de urgencias de la red sanitaria.



Bibliografía

Bibliografía

- ÁLVAREZ FJ, FIERRO I. (2005). El consumo de drogas en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Valladolid.
- ÁLVAREZ FJ, GÓMEZ-TALEGÓN MT, FIERRO I, MARCOS, A. (2005). Estudio sobre Comorbilidad en drogodependientes en tratamiento en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Valladolid.
- AROSTEGUI, E. URBANO (2004). “Mujeres y Consumo de Drogas”. Oficina contra la Droga y el delito de Naciones Unidas (2005).
- ASHLEY, OS. et al (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol 29, nº 1 (2003), PP: 19-53.
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DUAL (2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. Madrid.
- BARTHOLOMEW, NG, et al (1994). Eficacia de una intervención especializada en un programa de metadona para mujeres. *RET*, 1994;3: 29-35.
- BASTÓN EM, COUÑAGO M. Estudio de género dentro de los talleres de afectividad en la Comunidad Terapéutica Alborada. Disponible en <http://www.dipucadiz.es/opencms/opencms/dipucadiz/areas/igualdad/dependencia/publicaciones/>
- BECK, AT. et al (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
- BRADY, TM y ASHLEY OS (Eds.) (2005). Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS) (DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 2005.

- BROWN, B.S. (1997). Drug abuse treatment needs assessment methodologies. A review of the literature. <http://www.drugabuse.gov/about/organization/despr/hrs/datre/BrownTreatmentneeds.html>
- BRYER JB, NELSON BA, MILLER JB, KROL PA. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatry. *Psych Bull*, 1987; 99: 66-77.
- CARROBLES, J.A. (1979). Escala de asertividad de Rathus. En: P. Bartolomé, J.A. Carrobles, M. Costa, T. Del Ser (Eds). *La práctica de la terapia de conducta*. Madrid: Promolibro. (pp. 189).
- CASTELLÓ BLASCO, J. "Tratamiento de la dependencia emocional en la mujer".
- CHILCOAT, HD. y BRESLAU, N. (1998). Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addict Behav*, 1998; 23(6):827-840.
- CHILCOAT, HD. y MENARD C. (2003). Epidemiological investigations: Comorbidity of post-traumatic stress disorder and substance use disorder. En: Ouimette PC, Brown PJ (Eds.), *Trauma and Substance Misuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 9-28). Washington, DC: American Psychological Association.
- CLARK, AH. (1997). Testing a self-medication hypothesis in battered women. *Dissertation Abstracts International—Section B: The Sciences and Engineering*, 1997; 57(10-B): 6562.
- CONACE (2004). *Mujeres y tratamiento de drogas*. Consejo Nacional de Control de Estupefacientes. Santiago de Chile.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. (1994). *La cultura del alcohol en los adultos de la Comunidad de Madrid*. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 19. Madrid.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. (1993). *La cultura del tabaco de los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 16. Madrid.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. (1992). *La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Documentos Técnicos de Salud Pública n.º 9. Madrid.
- COPELAND, J, y MAY, W. (1992). A comparison of predictors of treatment dropout of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services, *British Journal of Addiction*, vol. 87, n.º 6 (1992), pp: 883-890.
- COPELAND, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *J Subst Abuse Treat*, 1997; 14: 183-190.

- DAWSON, DA. (2006). Gender differences in the probability of alcohol treatment. *J Subst Abuse*. 1996; 8; 211-225.
- DE LA CRUZ MJ, HERRERA A. (2002). Adicciones en mujeres. Colegio oficial de Psicólogos de Las Palmas.
- ESTEBAN ML. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Miqueo C et al. (eds.) *Perspectivas de género en salud* (pp. 25-52). Madrid: Minerva.
- ETTORRE E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 2004;15: 327-335.
- FINKELSTEIN, N. et al (1997). Gender-Specific substance abuse treatment. National women´s resource Center for prevention and treatment os alcohol, tobacco and other drug abuse and mental illness and substance abuse and mental Health services administration and Health Resources and Services Administration (1997).
- FISCHER, S. y LE GRANGE, D. (2007). Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 2007; 40(8): 751-753.
- FLEMING, J. et al (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse Neglect*, 1999; 23(2):145-159.
- FUNDACIÓN SPIRAL “Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer”. “Por qué un programa para mujeres”.
- GIL E ET AL. (2005). Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 2005; 35 (8):402-7
- GIL-RIVAS, V. et al. (1997). Sexual and physical abuse: Do they compromise drug treatment outcomes? *J Subst Abuse Treat*, 1997; 14: 351-358.
- GOODWIN, RD. ROY-BYRNE, P. (2006). Panic and suicidal ideation and suicide attempts: results from the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety*, 2006; 23 (3): 124-132.
- GRUPO GID Y PLAN NACIONAL DE DROGAS. (2008). Brecha de género en la inserción sociolaboral de las mujeres. Madrid.
- GUAL, A. (2007). Dual diagnosis in Spain. *Drug Alcohol Rev*, 2007; 26(1):65-71.
- HARNED, MS. NAJAVITS, LM. WEISS, RD. (2006). Self-Harm and Suicidal Behavior in Women with Comorbid PTSD and Substance Dependence. *Am J Addict*, 2006; 15: 392-395.

- HIRSCHFELD RMA et al (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment* 1977;41(6):610-8. http://www.grupigia.com/descargas/ieco2_humanidadesmedicas.pdf
- INSTITUTO DE LA MUJER (2007) “Consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres” “Retention Issues Involving Drug-Abusing Women in Treatment Research”.
- INSTITUTO DE LA MUJER. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Madrid.
- INSTITUTO DE LA MUJER. (1999). Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de “buenas prácticas”. Madrid.
- INSTITUTO DE LA MUJER. (2002). Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Madrid.
- JÄRVILUOMA H, MOISALA P, VILKKO A. (2003). *Gender and qualitative methods*. London: Sage.
- KENDLER, K. BULIK, C. SILBERG, J. HETTEMA, J. MYERS, J. PRESCOTT, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Arch Gen Psychiatr*, 2000; 57: 953-959.
- KHANTZIAN, EJ. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *Am J Psychiatr*, 1985; 142:1259-1264.
- KHANTZIAN, EJ. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 2003; 10(9):47-48, 53-54.
- LIEBSCHUTZ, J. SAVETSKY, JB. SAITS, R. HORTON, NJ. LLOYD-TRAVAGLINI, C. SAMET, JH. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abus Treat*, 2002; 22: 121-128.
- LIOTTA, O. PRADO, y GIGENA PARKER, D. “Consideraciones Psicosociales sobre los Problemas de Alcohol en la Mujer”.
- LLOPIS, J. (2002). Informe sobre Toxicomanías e identidad de género. IREFREA.
- LÓPEZ-TORRECILLAS, F. PERALTA, I. MUÑOZ-RIVAS, J. GODÓ, JF. Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 2003; 15(2): 127-136.
- MACMILLAN, HL. et al. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatr*, 2001; 158: 1878-1883.

- MARSDEN, J. et al (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence, *British Journal of Psychiatry*, 2000; 176 (3): 285-289.
- MENESES C. Mujer y heroína. (2001). Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Granada.
- MULLEN, PE. MARTIN, JL. ANDERSON, JC. ROMANS, SE. HERBISON, GP. (1996). The long term impact of the physical, emotional and sex abuse of children: A community sample. *Child Abuse and Neglect*, 1996; 20: 7-21.
- MULLINGS, JL. HARTLEY, DJ. MARQUART, JW. (2004). Exploring the Relationship Between Alcohol Use, Childhood Maltreatment, and Treatment Needs Among Female Prisoners. *Subs Use Mis*, 2004; 39 (2): 277-305.
- NAJAVITS, LM, GALLOP, RJ, y WEISS, RD. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Health Serv Res*. 2006 Oct;33(4):453-63.
- NEVID, JS. RATHUS, SA. (1978). Multivariate and normative data pertaining to the RAS with the college population. *Behav Ther*, 1978; 9: 675.
- OBSERVATORIO REGIONAL SOBRE DROGAS. Informe de admisiones a tratamiento, 2005. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisio- nado Regional para la Droga. Valladolid. Disponible en: <http://www.jcyl.es/scsiau/Satellite/up/es/Familia/Page/PlantillaN3/1193641915217/ / / ?asm=jcyl&tipoLetra=x-small>
- OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Viena.
- ORWIN, R. et al (2001). Effectiveness of women's substance abuse treatment Programs: a meta- analysis (Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services).
- PALACIOS AJURIA, L. "Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina"
- PANTOJA, L. (2007). ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en Drogodependencias. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- PÉREZ GÁLVEZ B, GARCÍA FERNÁNDEZ, L. DE VICENTE MANZANARO, MP. OLIVERAS VA- LENZUELA, MA. AMORÓS TORÁ, D. (2008). Diferencias de género en la comorbilidad psiquiátrica con la dependencia al alcohol. Congreso Internacional de Patología Dual. Ma- drid.

- PRSD (2008). Memoria del Plan Regional Sobre Drogas de Castilla y León, 2007. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Valladolid.
- PUTNAM, F. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 2003; 42: 269-278.
- REDONDO MARTÍN, S. SÁNCHEZ SÁNCHEZ, A. GARCÍA VICARIO, MI. Las evoluciones de los perfiles de mujeres y hombres drogodependientes atendidos en los centros residenciales (2003-2006) y ambulatorios (2000-2005) por consumo de alcohol y de drogas no institucionalizadas en Castilla y León. Disponible en: <http://www.jcyl.es/sc-siau/Satellite/up/es/Familia/Page/PlantillaN3/1193641915217/ / / ?asm=jcyl&tipoLetra=x-small>
- ROBERT NERI, BOBBI RENNER Y DONNA SICILIAN. (1966) "Two Therapeutic Communities for Substance-Abusing Women and their Children". "El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias".
- ROBERT. A. LEWIS, DEBORAH L. HALLER, DOREEN BRANCH Y KAREN S. IGERSELL. "Retention Issues Involving Drug-Abusing Women in Treatment Research".
- ROBINSON, GE, (2003). Violence against women in North America, *Archives of Women's Mental Health*, 2003;6 (3): 85-191.
- ROMO N ET AL. (2006) Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*, 2006; 8 (4): 243-50.
- ROMO N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Disponible en: http://www.grupigia.com/descargas/ieco2_humanidadesmedicas.pdf
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- RUBIO, G. y BLAZQUEZ, A. (2000). Mujer y problemas por el alcohol. En: *Guía práctica de intervención en alcoholismo*, pp: 327-336. Colegio de Médicos de Madrid.
- SAITCyL (2008). Tratamientos, urgencias y mortalidad por consumo de sustancias psicoactivas. Castilla y León 2007. Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León. Valladolid.
- SÁNCHEZ PARDO, L. (2004). Estudio Internacional sobre género, alcohol y cultura: Proyecto GENACIS. Sociedad Española de Toxicomanías. Alicante.

- SANCHEZ PARDO, L. (2006). Estudio de necesidades de tratamiento de las mujeres dependientes al alcohol de la Comunidad Valenciana. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- SÁNCHEZ PARDO, L. (2008). Drogas y perspectiva de género. Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- SÁNCHEZ-HERVÁS, E. Et al (2003). Abuso y dependencia a drogas en la mujer. *Conductas Adictivas*, vol 3, n.º 1.
- SCHUCK, AM. WIDOM, CS. (2001). Childhood victimization and alcohol symptoms in females: causal inferences and hypothesized mediators. *Child Abuse & Neglect*, 2001; 25(8): 1069-1092.
- SIMPSON TL, MILLER WR. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: a review. *Clinical Psychology Review*, 2002; 22:27-77.
- SPIELBERGER, CD. GORSUCH, RL. LUSHENE, RE. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory (self-evaluation questionnaire). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- STEWART, SH. CONROD, PJ. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. C. Ouimette, P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 29-55). Washington, DC: American Psychological Association, 2003.
- STEWART, SH. et al (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addict Behav*, 1998; 23(6): 797-812.
- SUOMINEN, KH. ISOMETSAË, ET. HENRIKSSON, MM. OSTAMO, AI. LÖNNQVIST, JK. (2000). Suicide attempts and personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; 102: 118-125.
- SWIFT, W. et al (1995). Characteristic and treatment Needs os women with alcohol and oter drug problemers: Results os an Australian Nacional Survey (Caberra, Australia, Nacional Drugs Strategy Research Report Series, n.º 7, 1995.
- TEETS, J. (1995). Childhood sexual trauma of chemically dependent women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1995; 27: 231-238.
- TORRENS, M. et al (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(7):1231-7.

- TRULSSON, K. (2000). The identity of women and treatment of drug abuse. *Socialvetenskaplig Tidskrift*. N° 1 y 2, 2000, pp: 120-136.
- WILLS, TA. BAKER, E. BOTVIN, GJ. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989; 57: 473-478.



Instrumentos utilizados para la recogida de la información

Anexos

ANEXO 1

IDENTIFICADOR (SAITCYL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Datos centro terapéutico

1	Número de identificación del centro	<input type="text"/>
2	Tipo centro de tratamiento	<input type="text"/>
	01. C.A.D.	05. C. Penitenciario
	02. C. Día	06. C. R. Alcohólicos
	03. E.S.M.D.	07. C. Terapéutica
	04. UTA	08. U.D.H.
		09. Asociación de alcohólicos rehabilitados
		10. Otros centros ambulatorios

Datos personales y sociales

3	Número de historia clínica	<input type="text"/>						
4	Fecha admisión a tratamiento	<table border="0"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
5	Dos primeras letras de los dos apellidos	<input type="text"/>						
6	Sexo	<input type="text"/>						
	1. Hombre	2. Mujer						
		3. Desconocido						
7	Fecha nacimiento	<table border="0"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día	Mes	Año						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
8	Lugar de nacimiento	<input type="text"/>						
	8a España: Provincia nacimiento	<input type="text"/>						
	8b Extranjero:	<input type="text"/>						
	(Escribir nombre del país)							

Datos personales y sociales (Continuación)

9	Nacionalidad:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Escribir nombre del país)			
10	Provincia de residencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	(Códigos en hoja de instrucciones)			
11	Municipio de residencia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Escribir nombre del municipio)			
12	Estado civil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	1. Soltero/a	3. Separado/a	5. Viudo/a	
	2. Casado/a	4. Divorciado/a	9. Desconocido	
13	Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	01. Solo/a	05. Con padres o familia de origen		
	02. Únicamente con pareja	06. Con amigos/as		
	03. Únicamente con hijos/as	07. Otros		
	04. Con pareja e hijos/as	99. Desconocido		
14	Lugar donde ha vivido en los 30 días previos a la admisión a tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	01. Casa, piso, apartamento			
	02. Prisión, centro de reforma o internamiento cerrado para menores			
	03. Otras instituciones			
	04. Pensiones, hoteles, hostales			
	05. Alojamiento inestable/precario			
	06. Otro lugar			
	99. Desconocido			
15	Situación laboral principal en el momento de la admisión a tratamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	01. Contrato o relación laboral indefinida o autónomo (aunque esté de baja)			
	02. Contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)			
	03. Trabajo sin sueldo para familia			
	04. Parado, nunca trabajó			
	05. Parado, trabajó antes			
	06. Incapacidad permanente o pensionista			
	07. Estudiante/opositor			
	08. Labores del hogar exclusivamente			
	09. Otro			
	99. Desconocido			
16	Máximo nivel de estudios completado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	01. No sabe leer ni escribir			
	02. Enseñanza primaria incompleta			
	03. Enseñanza primaria completa			
	04. E. secundaria 1. ^a etapa, EGB, ESO, FP-1 o de grado medio			
	05. E. secundaria 2. ^a etapa, BUP, COU, FP-2			
	06. Estudios universitarios medios			
	07. Estudios universitarios superiores			
	08. Otros			
	99. Desconocido			

Patología asociada

30	Marcadores infección			Vacunación		
	1. Sí	2. No	9. Descono.	1. Sí	2. No	9. Descono.
	Hepatitis A					
	Hepatitis B					
	Hepatitis C					
Otra						
31	Estado serológico objetivo frente al VIH					<input type="checkbox"/>
	1. Positivo 2. Negativo con análisis últimos 6 meses 3. Negativo sin análisis últimos 6 meses 4. Negativo sin saber fecha análisis 5. Con análisis, pendiente de resultado 6. No se ha realizado análisis 9. Desconocido					
32	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)					<input type="checkbox"/>
	1. Sí	2. No		9. Desconocido		
33	Enfermedad de transmisión sexual					<input type="checkbox"/>
	1. Sí	2. No		9. Desconocido		
	En caso afirmativo, especificar					
34	Infección tuberculosa					<input type="checkbox"/>
	34a Reciente (últimos 12 meses)					
	1. Diagnóstico de certeza		3. No			
	2. En estudio		9. Desconocido		<input type="checkbox"/>	
	34b Antigua (> 12 m)					
	1. Diagnóstico de certeza		3. No			
	2. En estudio		9. Desconocido			
35	Enfermedad tuberculosa					<input type="checkbox"/>
	35a Reciente (últimos 12 meses)					<input type="checkbox"/>
	35b Antigua (> 12 m)					<input type="checkbox"/>
	1. TB pulmonar		3. No			
	2. TB extrapulmonar o sistémica		9. Desconocido			
36	Patología orgánica asociada al alcoholismo					<input type="checkbox"/>
	1. Sí	2. No		9. Desconocido		
	En caso afirmativo, especificar					

Intervenciones terapéuticas *(Continuación)*

<p>44 Motivo de alta (en 6 y 7 especificar programa al que se deriva, variable 45)</p> <table border="0"> <tr> <td>o1. Alta terapéutica</td> <td>o7. Derivación fuera de la Red</td> </tr> <tr> <td>o2. Alta voluntaria</td> <td>o8. Hospitalización</td> </tr> <tr> <td>o3. Abandono</td> <td>o9. C. Penitenciario</td> </tr> <tr> <td>o4. Separación temporal del programa</td> <td>o10. Muerte</td> </tr> <tr> <td>o5. Derivación temporal dentro de la Red</td> <td>o11. Otros</td> </tr> <tr> <td>o6. Derivación definitiva dentro de la Red</td> <td></td> </tr> </table>	o1. Alta terapéutica	o7. Derivación fuera de la Red	o2. Alta voluntaria	o8. Hospitalización	o3. Abandono	o9. C. Penitenciario	o4. Separación temporal del programa	o10. Muerte	o5. Derivación temporal dentro de la Red	o11. Otros	o6. Derivación definitiva dentro de la Red		<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
o1. Alta terapéutica	o7. Derivación fuera de la Red														
o2. Alta voluntaria	o8. Hospitalización														
o3. Abandono	o9. C. Penitenciario														
o4. Separación temporal del programa	o10. Muerte														
o5. Derivación temporal dentro de la Red	o11. Otros														
o6. Derivación definitiva dentro de la Red															
<p>45 Programa al que se deriva</p> <table border="0"> <tr> <td>o1. C. Ambulatorio</td> <td>o7. Hospital (U. Psiquiatría)</td> </tr> <tr> <td>o2. C. Día</td> <td>o8. Asociación alcohólicos</td> </tr> <tr> <td>o3. P. sustitutivo opiáceos</td> <td>o9. Centro rehabilitación residencial alcohólicos</td> </tr> <tr> <td>o4. UDH (Desintoxicación Hosp.)</td> <td>o10. Otros</td> </tr> <tr> <td>o5. C. terapéutica/C. residencial</td> <td>o99. Desconocido</td> </tr> <tr> <td>o6. UTA (Unidad Alcoholismo)</td> <td></td> </tr> </table>	o1. C. Ambulatorio	o7. Hospital (U. Psiquiatría)	o2. C. Día	o8. Asociación alcohólicos	o3. P. sustitutivo opiáceos	o9. Centro rehabilitación residencial alcohólicos	o4. UDH (Desintoxicación Hosp.)	o10. Otros	o5. C. terapéutica/C. residencial	o99. Desconocido	o6. UTA (Unidad Alcoholismo)		<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
o1. C. Ambulatorio	o7. Hospital (U. Psiquiatría)														
o2. C. Día	o8. Asociación alcohólicos														
o3. P. sustitutivo opiáceos	o9. Centro rehabilitación residencial alcohólicos														
o4. UDH (Desintoxicación Hosp.)	o10. Otros														
o5. C. terapéutica/C. residencial	o99. Desconocido														
o6. UTA (Unidad Alcoholismo)															

ANEXO 2-1

CUESTIONARIO SOBRE DIMENSIONES RELEVANTES DEL TRATAMIENTO

-CUESTIONARIO PARA EL ENTREVISTADOR-

IDENTIFICADOR (SAITCYL)CÓDIGO CENTRO:

P.1. ¿Qué modalidad de tratamiento sigue actualmente la paciente?

 (1. Ambulatoria 2. Comunidad terapéutica)

P.2. ¿Cuánto tiempo lleva la paciente incorporada a tratamiento (N° de meses)? En el caso de pacientes ingresadas en comunidad terapéutica contabilizar también el tiempo de permanencia en tratamiento ambulatorio, previo al ingreso en CT.

 Menos de 1 mes De 2 a 3 meses De 4 a 5 meses De 6 a 11 meses De 12 a 17 meses De 18 a 23 meses 24 a más mesesP.3. Fuente de ingresos principal:

1. Actividad laboral	2. Ayuda familiar	3. Ayuda de la pareja
4. Actividades marginales (*)	5. Prestaciones sociales (**)	6. Prestaciones desempleo
7. Otros	99. Desconocido	

(*) Trapicheo de drogas, mendicidad, etc. (**) Pensiones, Ingreso mínimo de inserción, etc.

Situación familiar y relaciones familiares

P.4. ¿Tiene su pareja problemas de adicción al alcohol u otras drogas?

 (1. Sí 2. No 3. No tiene pareja en estos momentos)

P.5. Sólo para quienes tienen pareja, **¿cómo describiría las relaciones que mantiene actualmente con su pareja?**

- 1. Muy malas
- 2. Bastantes malas
- 3. Regulares
- 4. Bastante buenas
- 5. Muy buenas
- o. No sabe/No contesta

P.6. Sólo para quienes tienen pareja, **¿cómo valoraría el grado de dependencia afectiva o emocional que mantiene actualmente con su pareja?**

- 1. Nada dependiente
- 2. Poco dependiente
- 3. Algo dependiente
- 4. Bastante dependiente
- 5. Muy dependiente
- o. No sabe/No contesta

P.7. Número de hijos:

P.8. Sólo para quienes tienen hijos **¿cómo describiría las relaciones que mantiene actualmente con sus hijos?**

- 1. Muy malas
- 2. Bastantes malas
- 3. Regulares
- 4. Bastante buenas
- 5. Muy buenas
- o. No sabe/No contesta

P.9. Sólo para quienes tienen hijos **¿tiene hijos menores de edad (18 años) a su cargo?**

- (1. Sí 2. No)

P.10. ¿Hay alguna otra persona dependiente en su familia que esté a su cargo? (padres, abuelos, hijos mayores de edad con minusvalías, etc.).

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

P.11. Sólo para quienes no conviven con la familia de origen, ¿mantiene la paciente una relación fluida con la familia?:

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

Actitud y posicionamiento de la familia ante el tratamiento

P.12. ¿Participa su pareja activamente en su tratamiento?

(1. Sí 2. No 3. No tiene pareja en estos momentos)

P.13. ¿Colaboran otros familiares (padre, madre, hermanos/as, etc.) en su tratamiento?

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

P.14. ¿Percibió en su pareja un apoyo claro, animándola a incorporarse a tratamiento?

(1. Sí 2. No 3. No tenía pareja antes de iniciar tratamiento)

P.15. ¿Se ha sentido apoyada por el resto de su familia para comenzar el tratamiento?

(1. Sí 2. No 3. No tenía contacto con su familia antes de iniciar tratamiento)

P.16. ¿Temió en algún momento que su incorporación al tratamiento pudiera acarrear algún problema para sus hijos, tales como que no estuvieran adecuadamente atendidos o que pudieran retirarle su guarda?

(1. Sí 2. No 3. No tengo hijos menores)

P.17. ¿En algún momento se ha sentido presionada por su pareja o su familia para concluir el tratamiento y poder asumir de nuevo sus responsabilidades y tareas en el hogar?

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

Estado psicológico

P.18. Antes de iniciar el tratamiento de su adicción al alcohol o las drogas ¿ha recibido en alguna ocasión tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

P.18.1. En caso afirmativo, ¿cuántas veces recibió tratamiento en cada una de las siguientes modalidades?:

– En régimen ambulatorio:

– En régimen hospitalario:

P.19. ¿Recibe en la actualidad tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

P.20. ¿Ha padecido a lo largo de su vida algún trastorno alimentario, como anorexia o bulimia?

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

P.20.1. En caso afirmativo, ¿presenta este tipo de problemas en la actualidad?

(1. Sí 2. No 99. Desconocido)

P.21. ¿Con qué frecuencia, en los 3 meses anteriores al inicio del tratamiento de su adicción, experimentó alguno de los siguientes problemas?: (poner una cruz en la casilla que mejor expresa la sensación de la entrevistada)

Problemas	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Pocas veces	Ninguna vez
Depresión severa					
Sensación de fracaso personal					
Ansiedad (nerviosismo) severa					
Culpabilidad					
Soledad severa					
Problemas severos para dormir					

P.22. ¿Cuántas amigas o amigos íntimos tiene?:

Ninguna/o

1 o 2

3 o 4

5 o más

P.23. Para finalizar nos gustaría conocer su opinión acerca de qué servicios deberían ponerse en marcha para facilitar la incorporación y la permanencia en el tratamiento de las mujeres con problemas de adicción al alcohol u otras drogas (señale un máximo de 3 propuestas):

Primera propuesta:

Segunda propuesta:

Tercera propuesta:

A CONTINUACIÓN FACILITE A LA ENTREVISTADA EL CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO PARA SU CUMPLIMENTACIÓN. NO OLVIDE INCLUIR EN EL MISMO EL CÓDIGO SAITCYL.

ANEXO 2-2

CUESTIONARIO SOBRE DIMENSIONES RELEVANTES DEL TRATAMIENTO

-CUESTIONARIO AUTORRELLENABLE-

IDENTIFICADOR (SAITCYL)CÓDIGO CENTRO:

Indique si ha sufrido algunos de los siguientes sucesos o episodios que se mencionan a continuación, poniendo una cruz en la casilla correspondiente:

P.1. Durante su infancia o adolescencia ¿sufrió por parte de algún miembro de su familia (padre, madre, hermanos, hermanas, tíos, etc.) alguna de estas formas de agresión:

P.1.1. Maltrato físico: Sí No

P.1.2. Maltrato psicológico: Sí No

P.1.3. Abusos sexuales: Sí No

P.2. Durante su infancia o adolescencia ¿sufrió abusos sexuales por parte de alguna persona ajena a su familia (compañeros de trabajo, vecinos, desconocidos, etc.)?:

Sí No

P.3. Durante su vida adulta ¿ha sufrido alguna forma de violencia a manos de su actual pareja o de otras parejas que usted haya tenido?:

P.3.1. Maltrato físico: Sí No

P.3.2. Maltrato psicológico: Sí No

P.3.3. Abusos sexuales: Sí No

P.4. Díganos si a lo largo de su vida ha sufrido alguno de los siguientes episodios:

P.4.1. ¿Ha pensado seriamente en suicidarse?: Sí No

P.4.2. ¿Ha intentado suicidarse en alguna ocasión?: Sí No

P.4.3. ¿Ha mantenido relaciones sexuales a cambio de droga?: Sí No

P.4.4. ¿Ha ejercido la prostitución para financiar su adicción?: Sí No

P.5. En los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento, ¿mantuvo en alguna ocasión relaciones sexuales con parejas ocasionales sin utilizar preservativos?

Sí No No mantuve este tipo de relaciones

COMPRUEBE QUE HA RESPONDIDO TODAS LA PREGUNTAS (SALVO QUE VOLUNTARIAMENTE DECIDA NO COMPLETAR ALGUNA), INTRODUZCA EL CUESTIONARIO EN EL SOBRE, CIÉRRELO Y DEPOSÍTELO EN EL BUZON DE SUGERENCIAS DE SU CENTRO DE TRATAMIENTO

ANEXO 3

INVENTARIO DE BECK (BDI)

IDENTIFICADOR (SAITCYL) CÓDIGO CENTRO:

Marque en cada uno de los 21 apartados con una cruz a la izquierda la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

LISTA DE ÍTEMS

1. No me siento triste
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1. Me siento desanimado respecto al futuro
 2. Siento que no tengo nada que esperar
 3. Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar
3. No me siento fracasado
 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3. Me siento una persona totalmente fracasada
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1. No disfruto de las cosas como antes
 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. No me siento especialmente culpable
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 3. Me siento culpable constantemente
6. No siento que estoy siendo castigado
 1. Siento que puedo ser castigado
 2. Espero ser castigado
 3. Siento que estoy siendo castigado
 4. Quiero que me castiguen

7. o. No me siento descontento conmigo mismo
 1. Estoy descontento conmigo mismo
 2. Me avergüenzo de mí mismo
 3. Me odio

8. o. No me considero peor que cualquier otro
 1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 2. Continuamente me culpo por mis faltas
 3. Me culpo por todo lo malo que me sucede

9. o. No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 2. Desearía suicidarme
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10. o. No lloro más de lo que solía
 1. Ahora lloro más que antes
 2. Lloro continuamente
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11. o. No estoy más irritado de lo normal en mí
 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 2. Me siento irritado continuamente
 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

12. o. No he perdido el interés por los demás
 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
 2. He perdido la mayor parte de mis intereses por los demás
 3. He perdido todo el interés por los demás

13. o. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
 1. Evito tomar decisiones más que antes
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 3. Ya me es imposible tomar decisiones

14. o. No creo tener peor aspecto que antes
 1. Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 3. Creo que tengo un aspecto horrible

15. o. Trabajo igual que antes
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo
 3. No puedo hacer nada en absoluto
16. o. Duermo tan bien como siempre
1. No duermo tan bien como antes
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormirme
 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. o. No me siento más cansado de lo normal
1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. o. Mi apetito no ha disminuido
1. No tengo tan buen apetito como antes
 2. Ahora tengo mucho menos apetito
 3. He perdido completamente el apetito
19. o. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1. He perdido más de 2 Kg. y medio
 2. He perdido más de 4 Kg.
 3. He perdido más de 7 Kg.
 4. Estoy a dieta para adelgazar
20. o. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. o. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2. Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL CUESTIONARIO: _____

ANEXO 4

CUESTIONARIO STAI E/R

IDENTIFICADOR (SAITCYL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO CENTRO:

--	--

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasogado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL CUESTIONARIO: _____

IDENTIFICADOR (SAITCYL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO CENTRO:

--	--

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente en general ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL CUESTIONARIO: _____

ANEXO 5

ESCALA DE ROSENBERG

IDENTIFICADOR (SAITCYL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO CENTRO:

--	--

INSTRUCCIONES

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A = Muy de acuerdo

B = De acuerdo

C = En desacuerdo

D = Muy en desacuerdo

	Puntuaciones			
	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido/a de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general, estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA ESCALA: _____

ANEXO 6

INVENTARIO DE RATHUS

IDENTIFICADOR (SAITCYL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO CENTRO:

--	--

Indica, mediante el código siguiente, hasta qué punto te describen o caracterizan cada una de las frases siguientes:

- + 3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- + 2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- + 1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- 1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- 2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- 3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

Lee detenidamente las siguientes afirmaciones y coloca su puntuación sobre la línea situada a la derecha. (Si lo imprimes te será más fácil)

1. Mucha gente parece ser más agresiva que yo. _____
2. He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez. _____
3. Cuando la comida que me han servido en un restaurante no está hecha a mi gusto me quejo al camarero/a. _____
4. Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado. _____
5. Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir "no". _____
6. Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué. _____
7. Hay veces en que provocho abiertamente una discusión. _____
8. Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición. _____
9. En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí. _____
10. Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños. _____
11. Con frecuencia no se que decir a personas atractivas del otro sexo. _____
12. Rehuyo telefonar a instituciones y empresas. _____
13. En caso de solicitar un trabajo o la admisión en una institución preferiría escribir cartas a realizar entrevistas personales. _____

14. Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado. _____
15. Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto. _____
16. He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a. _____
17. Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar. _____
18. Si un eminente conferenciante hiciera una afirmación que considero incorrecta, yo expondría públicamente mi punto de vista. _____
19. Evito discutir sobre precios con dependientes o vendedores. _____
20. Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello. _____
21. Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos. _____
22. Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, yo la busco cuanto antes para dejar las cosas claras. _____
23. Con frecuencia paso un mal rato al decir "no". _____
24. Suelo reprimir mis emociones antes de hacer una escena. _____
25. En el restaurante o en cualquier sitio semejante, protesto por un mal servicio. _____
26. Cuando me alaban con frecuencia, no se que responder. _____
27. Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte. _____
28. Si alguien se me cuela en una fila, le llamo abiertamente la atención. _____
29. Expreso mis opiniones con facilidad. _____
30. Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada. _____

Criterios de corrección del Test de Asertividad de Rathus:

Ahora sólo queda cambiar el signo en las respuestas a las preguntas del Test de Asertividad: 1, 2, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24, 26 y 30 y sumar las respuestas a todas las preguntas.

Dará un resultado comprendido entre -90 (mínima asertividad) y +90 (máxima asertividad)

-90 +90

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL INVENTARIO: _____

ANEXO 7

INVENTARIO DE LA DEPENDENCIA INTERPERSONAL

IDENTIFICADOR (SAITCYL) CÓDIGO CENTRO:

A continuación se presentan 48 afirmaciones. Por favor, lea cada una y decida si es o no característica de sus actitudes, sentimientos o comportamientos. Luego asigne una evaluación a cada una usando los siguientes valores:

4 = Completamente característica de mi

3 = Muy característica de mi

2 = Un poco característica de mi

1 = No característica de mi

	4	3	2	1
1. Prefiero estar sola.				
2. Cuando tengo que tomar una decisión, siempre pido consejo.				
3. Hago mi mejor trabajo cuando sé que será apreciado.				
4. No puedo tolerar que se deshagan en atenciones conmigo cuando estoy enferma.				
5. Sería más seguidora que líder.				
6. Creo que las personas podrían hacer mucho más por mí si quisieran.				
7. De niña, agradar a mis padres era muy importante para mí.				
8. No necesito que otras personas me hagan feliz.				
9. Ser desaprobada por alguien que me interesa es muy doloroso para mí				
10. Estoy segura de mi habilidad para hacer frente a los problemas personales con los que probablemente me encuentre en la vida.				
11. Yo soy la única persona a la que quiero agradar.				
12. La idea de perder a un amigo (a) íntimo (a) me resulta aterradora.				
13. Me apresuro a estar de acuerdo con las opiniones que expresan los demás.				
14. Confío en mi misma.				

	4	3	2	1
15. Me sentiría completamente perdida si no tuviera a alguien especial.				
16. Me siento molesta cuando alguien descubre un error que he cometido.				
17. Me resulta difícil pedir un favor a alguien.				
18. Detesto que las personas me ofrezcan compasión.				
19. Me desanimo fácilmente cuando no consigo lo que necesito de los demás.				
20. En una discusión, me doy por vencida rápidamente.				
21. No necesito que las personas me den mucho.				
22. Tengo que tener una persona que sea muy especial para mí.				
23. Cuando voy a una fiesta, espero caer bien a las otras personas.				
24. Me siento mejor cuando sé que algún (a) otro (a) está al mando.				
25. Cuando estoy enferma, prefiero que mis amigos (as) me dejen sola.				
26. Nunca soy más feliz que cuando la gente dice que he hecho un buen trabajo.				
27. Me resulta difícil decidirme sobre un programa de televisión o una película hasta saber qué piensan otras personas.				
28. Estoy dispuesta a no hacer caso a los sentimientos de otras personas con el fin de llevar a cabo algo que es importante para mí.				
29. Necesito tener a una persona que me ponga por encima de todos los demás.				
30. En las situaciones sociales tiendo a ser insegura.				
31. No necesito a nadie.				
32. Tengo muchos problemas al tomar decisiones por mi misma.				
33. Tengo tendencia a pensar lo peor si alguien querido no llega cuando se le espera.				
34. Incluso cuando las cosas van mal, puedo seguir adelante sin pedir ayuda a mis amigos (as)				
35. Tiendo a esperar demasiado de los demás.				
36. No me gusta comprarme ropa.				
37. Tengo tendencia a ser individualista.				

	4	3	2	1
38. Siento que nunca obtengo realmente lo que necesito de las personas.				
39. Cuando conozco gente nueva, tengo miedo de que no haré lo correcto.				
40. Aunque la mayor parte de las personas se volvieran en contra de mí, podría seguir adelante si alguien que quiero permanece a mi lado.				
41. Preferiría mantenerme libre de compromisos con otros que arriesgarme a decepciones.				
42. Lo que la gente piensa de mí no influye en cómo me siento.				
43. Pienso que la mayor parte de las personas no se dan cuenta de con qué facilidad pueden hacerme daño.				
44. Estoy muy segura de mi propio criterio.				
45. Siempre he tenido un miedo terrible a perder el cariño y el apoyo de personas que necesito desesperadamente.				
46. No tengo lo que se necesita para ser un buen líder.				
47. Me sentiría desamparada si me abandona alguien que quiero.				
48. No me molesta lo que otra persona diga de mí.				

PUNTUACIÓN OBTENIDA EN EL INVENTARIO: _____

Subescala Dependencia emocional: _____

Subescala Falta de confianza social en sí misma: _____

Subescala Aserción de autonomía: _____

ANEXO 8

GUIÓN DE LAS ENTREVISTAS ABIERTAS

1. Información sobre el consumo drogas y tratamiento
2. Accesibilidad a los recursos asistenciales. Dificultades de acceso:
 - Individuales
 - Sociales,
 - Asistenciales:
 - profesionales de atención primaria y salud mental
 - profesionales de la red de drogas.
 - listas de espera (para comunidades terapéuticas)
 - horarios
 - localización
3. Tratamiento:
 - Aspectos del tratamiento sobre los que tienen una valoración positiva
 - Aspectos sobre los que tienen una opinión menos positiva
 - Mejoras que introducirían
 - Opinión sobre programas concretos
 - Espacio Físico
 - Tiempo que se les dedica
 - Intimidación
 - Profesionales: Preparación. Estilo de relación terapéutica. Confianza
 - Opinión y valoración sobre la intervención médica, social, psicológica y otros (terapia ocupacional, educación)
 - Opinión sobre los tratamientos individuales (áreas de intervención)
 - Opinión sobre las terapias grupales: Grupos mixtos o separados. Dinámica. Contenidos abordados, contenidos que se podrían desarrollar.
 - Talleres realizados (formación, empleo, ocio) Propuestas
 - Propuesta de otros talleres
 - Opinión sobre el seguimiento
 - Elementos que consideran más útiles para su tratamiento
 - Aspectos sobre los que les gustaría haber trabajado más
 - Elementos que hubieran facilitado sentirse mejor
4. Recursos y apoyos externos que facilitarían el mantenimiento en la terapia:
 - Apoyos económicos, vivienda, recursos sociales

5. Exploración de áreas específicas desde una perspectiva de género:
 - Estereotipos de sociales
 - Percepción de las relaciones de género
 - Maternidad
 - Relaciones y afectos
 - Autoestima
 - Violencia
 - Imagen corporal
 - Ideas e intentos de suicidios
 - Necesidades laborales





**Junta de
Castilla y León**

www.jcyl.es