



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

TESIS DOCTORAL

MUJERES EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE ADICCIONES: PERFIL
PSICOSOCIAL, PREVALENCIA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE
LA PAREJA Y BARRERAS EN EL TRATAMIENTO.

WOMEN IN THERAPEUTIC COMMUNITIES FOR ADDICTIONS:
PSYCHOSOCIAL PROFILE, PREVALENCE OF GENDER-BASED PARTNER
VIOLENCE AND TREATMENT BARRIERS.

Gisela Hansen Rodríguez

Dirigida por:

Dr. Joan Deus Yela y Dra. Teresa Gutiérrez Rosado

Tutor: Joaquín T. Limonero García

Programa de Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte.
Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación.

Facultad de Psicología

Universitat Autònoma de Barcelona

Julio - 2020

DEDICATORIA

A Jana, Èric y Pere.

Este pequeño gran equipo potente, ruidoso y sincero que ha respetado mi cuarto propio y le ha dado sentido a un montón de cosas en este camino.

Us estimo infinitament als tres.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dedicar unas líneas de este documento para mostrar agradecimiento a todas aquellas personas que, de una u otra forma, han hecho posible que esta tesis viera la luz.

En primer lugar a mis directores de tesis Teresa y Joan, agradecerlos por vuestro tiempo, aportaciones, numerosas correcciones y dedicación para sacar lo mejor de este proyecto adelante. Ha sido el equilibrio perfecto dado que me he sentido libre y acompañada a su vez en todo momento. A Pilar Orero, por iniciar la chispa de volver al camino académico. A todas las compañeras de la Federación Catalana de Drogodependencias, UNAD y RIOD de los grupos de trabajo de género y drogas, gracias por dejarme aprender de todas vosotras en especial a Maite Tudela.

A la asociación Dianova y a Dianova Internacional y a todos/as los/las compañeros/as (en especial a Alfredo, Toni, Esther, Mónica, Lucía y Montse), por alentarme, motivarme y permitirme desarrollar en este ámbito por el que vosotros/as también habéis apostado, soy muy afortunada de trabajar a vuestro lado.

También dejar constancia de mi agradecimiento a los centros participantes en este trabajo, sobre todo a los/las profesionales que han formado parte activa y han sumado más trabajo al volumen inmenso que ya tenían solo porque creían en el proyecto y en que era necesario hacerlo, valoro muchísimo vuestro esfuerzo y esta tesis no sería posible sin vuestra valiosa aportación.

Agradecer a mi familia, ya que *maternar* y doctorarse en tiempos de pandemias solo es posible con unos hijos tan maravillosos y un compañero corresponsable de verdad, que me ha alentado en cada momento a seguir adelante y que no perdiese de vista por quien realmente lo hacía, ya que tenemos que incidir en que debe cambiar la situación de las mujeres en los programas de atención. Una mención especial a mis amigos y amigas que con sus mensajes a lo largo de todo el proceso me han animado también a continuar en momentos complicados. A Alba, por ayudarme de diferentes maneras y siempre estar dispuesta, ¡vales un imperio!

Por último, y más importante, agradecer a todas las mujeres que han participado en este estudio y que han compartido sus historias de vida, así como su tiempo personal para responder cuestionarios largos y preguntas de las que a veces no apetece hablar. Sois unas valientes y unas supervivientes y esto va por todas vosotras, gracias por enseñarme tanto.

Tabla de Contenidos

Resumen.....	9
Abstract.....	12
Listado de Tablas.....	15
Listado de Figuras.....	16
1. Marco teórico.....	17
1.1. Introducción.....	17
1.2. La adicción como problema de salud pública: Diferencias de género....	18
1.3. Violencia de género y adicción en mujeres.....	27
1.4. La red asistencial en las drogodependencias.....	37
1.4.1. Características generales de la red asistencial en <i>Catalunya</i>	37
1.4.2. La Comunidad Terapéutica o Centro de tratamiento residencial....	41
1.5. Barreras de género en el acceso y permanencia en los tratamientos.....	44
1.6. La perspectiva de género en los programas de atención a las drogodependencias.....	54
1.6.1. El diseño y la ejecución de los programas.....	57
1.6.2. Los equipos profesionales.....	65
2. Objetivos e hipótesis.....	68
3. Metodología.....	70
3.1. Participantes.....	70
3.2. Instrumentos de evaluación.....	73
3.3. Procedimientos.....	79
3.3.1. Diseño de investigación.....	79
3.3.2. Recogida de datos, Selección y contacto con los centros de tratamiento.....	80
3.3.3. Periodo de formación de las personas evaluadoras.....	81
3.3.4. Pasación batería de instrumentos de evaluación.....	81
3.3.5. Cuestiones éticas.....	83

3.3.6. Análisis de datos.....	83
4. Resultados.....	85
4.1. Objetivo 1: Perfil psicosocial y clínico.....	85
4.2. Objetivo 2: La Violencia de Género en el Ámbito de la Pareja (VGAP).	97
4.3. Objetivo 3: La adherencia terapéutica y posibles determinantes.....	101
4.4. Objetivo 4: Efectividad del tratamiento en las CTs.....	109
5. Discusión.....	117
6. Conclusiones.....	132
Referencias.....	136
Anexos.....	145

RESUMEN

Introducción: Históricamente las mujeres con trastornos por abuso de sustancias acceden en menor proporción a los tratamientos especializados y obtienen menores tasas de efectividad terapéutica en comparación con los hombres. Existen barreras de género que pueden explicar este fenómeno y deberían ser consideradas en la atención que reciben estas mujeres, como por ejemplo la alta prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja (VGAP) en esta población. Los estudios que tienen en cuenta el análisis interseccional, es decir, que evalúan cómo interactúan los ejes de vulnerabilidad en la vida de las mujeres drogodependientes, son escasos y a esto hay que agregarle que las investigaciones indican que la mayoría de los programas de tratamiento siguen una lógica androcéntrica. Sin embargo, la violencia vivida y el uso de sustancias generan dinámicas específicas que deben ser tenidas en cuenta en los abordajes terapéuticos. Es necesario visibilizar las barreras de acceso y permanencia en los servicios de tratamiento de la red de drogodependencia, la alarmante prevalencia de VGAP y la necesidad de incluir indicadores de perspectiva de género en el diseño de estos programas de tratamiento por una cuestión de derechos y justicia social, así como de efectividad en los tratamientos.

Objetivos: En esta investigación se pretende visibilizar la confluencia del fenómeno de drogodependencia y de la violencia de género en el ámbito de la pareja (VGAP) en las mujeres que realizan tratamiento en las Comunidades Terapéuticas (CTs), y para ello planteamos cuatro objetivos generales: (1) estudiar el perfil psicosocial y clínico de las mujeres ingresadas en las CTs; (2) Identificar la relevancia de VGAP mediante datos de prevalencia, patrones de violencia y grado de separación psicosocial del agresor; (3) estudiar la adherencia terapéutica de las usuarias y sus posible relación con el historial clínico previo, estado motivacional y el grado de implantación de la perspectiva de género en los programas; y (4) analizar la efectividad al final del tratamiento para las altas terapéuticas y en el seguimiento a los 6 meses post-tratamiento para todos los tipo de altas.

Metodología: La investigación presentada es de tipología descriptiva, relacional y explicativa, y utiliza un diseño cuasi-experimental, prospectivo y longitudinal con tres medidas: al inicio, al final y 6 meses después de finalizar el tratamiento. La investigación se lleva a cabo con una muestra clínica de 50 mujeres que reciben tratamiento en 4 CTs de la red de atención pública en Cataluña. Presentan una edad media de 42,5 años (DE= 9,07; Rango: 22 y 63 años) y diagnósticos de trastornos por uso de sustancia en todos los casos, siendo el motivo principal de demanda de tratamiento la dependencia al alcohol (41%;

n=20), el policonsumo (31%, n=15) y la cocaína (20%; n=10). Los instrumentos de recogida de datos incluyen una entrevista con variables del perfil psicosocial y diferentes instrumentos estandarizados que evalúan: depresión, ansiedad, motivación, bienestar, autoestima, afrontamiento del estrés, violencia de pareja, grado de separación psicosocial de la pareja agresora e ideas asociadas a los roles de género y consumo. Las variables clínicas se registran al inicio y final del tratamiento, y en el 6º mes de seguimiento, se recogen datos de abstinencia y vinculación a la red de tratamiento. Los datos de efectividad se analizan teniendo en cuenta el tipo de alta y las características diferenciales entre centros respecto a los indicadores de perspectiva de género. Se aplican diferentes análisis de estadísticos descriptivos, correlación de Pearson, Chi-cuadrado y T-Student con el SPSS versión 25.

Resultados: La muestra de mujeres participantes son mayoritariamente solteras (53,1%; n=27), con hijos en un 40,8% (n=20), y con niveles de formación primaria o secundaria en el 69,4% (n=36). Presentan bajas tasas de inserción laboral y dificultades socioeconómicas, por incapacidad laboral (24.5%; n=12), estar en paro sin prestación 24.5% (n=12) o con prestación (24.5%; n=12) o en baja laboral (24.5%; n=12). A nivel clínico la muestra obtiene puntuaciones elevadas de depresión (80%) y ansiedad estado (73,5%) y rasgo (86%), así como estilos de afrontamiento desadaptativos. El 96% de la muestra refiere sufrir o haber sufrido VGAP, destacando las dimensiones de violencia física, psicológica, sexual y económica. Solo el 48% (n=24) de la muestra finaliza el programa con altas terapéuticas, el 30% (n=15) con altas voluntarias y el 22% (n= 11) con altas por expulsión. Se evidencia una relación significativa entre los tipos de altas del programa y el número de indicadores de perspectiva de género en el diseño del programa. Respecto a la escala de violencia en la pareja, observamos que existe correlación positiva entre estas puntuaciones y el grado de interiorización de los mandatos y estereotipos de género ($r=0,373$). La historia de maltrato durante la infancia se correlaciona negativamente de forma moderada con las puntuaciones de autoestima ($r=0.394$). En la esfera clínica, las puntuaciones de depresión correlacionan positivamente con las de ansiedad, tanto en la dimensión ansiedad estado ($r=0,718$) como en la dimensión ansiedad rasgo ($r=0,761$). Aparece una correlación negativa entre depresión y autoestima ($r= -0.700$), así como de depresión y bienestar subjetivo ($r= -0.340$). Hay una diferencia estadísticamente significativa entre las variables clínicas de las altas terapéuticas en el inicio del programa y en el final de él, evidenciando una mejora objetiva de las principales variables clínicas registradas.

Conclusiones: La prevalencia de VGAP es sorprendentemente alta en la muestra estudiada, en combinación con otras variables, como los malos tratos en la infancia, antecedentes de drogodependencias y trastornos de salud mental en la familia, diagnóstico psicopatológico en la propia usuaria, precariedad laboral y vulnerabilidad económico-social. Todo ello dificulta el proceso de recuperación y pone en evidencia la necesidad de que los diferentes abordajes terapéuticos en la red asistencial, tengan en cuenta todos los ejes de vulnerabilidad que afectan a las mujeres tratadas por sus problemas de adicción. En este sentido, se ha demostrado que los programas en contexto residencial mixto que tienen más indicadores de perspectiva de género obtienen mejores resultados terapéuticos, destacando la importancia de la formación de los equipos y la supervisión externa.

Palabras claves: Mujeres, Trastornos por Abuso de Substancias, Violencia de Género, Perspectiva de género, Comunidad Terapéutica, Efectividad.

ABSTRACT

Introduction: Historically, drug dependent women have less access to drug treatments, and obtain lower rates of therapeutic effectiveness compared to men. There are gender-based barriers that explain this phenomenon and that must be taken into account to improve care for these women, such as the fact that there is a high prevalence of gender-based partner violence (GBPV) in this population. Studies that take into account intersectional analysis, that is, evaluating how the axes of vulnerability interact in the lives of drug-dependent women, are scarce and to this must be added that research indicates that most treatment programs follow an androcentric design. However, having suffered violence and substance use generate specific dynamics that must be considered in therapeutic approaches. It is necessary to make visible the barriers of access and permanence in the treatment services of the drug treatment services, the alarming prevalence of GBPV and the need to include gender perspective indicators in the design of these treatment programs due to a matter of human rights and social justice, as well as effectiveness in treatments.

Objectives: This research aims to highlight the confluence of the phenomenon of drug addiction and gender-based partner violence (GBPV) in women who carry out treatment in drug Therapeutic Communities (CT), for this we propose four general goals: (1) study the psychosocial and clinical profile of the women that do treatment in the CTs; (2) Identify the relevance of GBPV using data on prevalence, patterns of violence and degree of psychosocial separation from the aggressor; (3) to study the therapeutic adherence of the users and their possible relationship with the previous clinical history, motivational status and the degree of implementation of the gender perspective in the programs; and (4) analyze the effectiveness at the end of treatment for therapeutic discharges and in the 6-month follow-up after treatment for all types of discharges.

Methods: The research follows a descriptive, relational, and explanatory approach. Also a quasi-experimental, prospective and longitudinal design with three measures have been carried out: at the beginning, at the end and 6 months after the end of the treatment. The research is carried out with a clinical sample of 50 women who receive treatment in 4 CTs of the public care network in Catalonia. They present a mean age of 42.5 years (SD = 9.07; Range: 22 and 63 years) and diagnoses of substance use disorders in all cases, the main reason for demand for treatment being alcohol dependence (41 %; n = 20), polyconsumption (31%, n = 15) and cocaine (20%; n = 10). The data collection instruments include an interview with variables of the psychosocial profile and different standardized

instruments that evaluate: depression, anxiety, motivation, well-being, self-esteem, coping strategies, intimate partner violence, degree of psychosocial separation from the perpetrator and associated ideas related to gender and drug use roles. The clinical variables are recorded at the beginning and end of the treatment, and in the 6th month of follow-up, data on abstinence and connection to the treatment network are collected. The effectiveness data is analyzed considering the type of discharge and the differential characteristics between centers regarding with indicators of gender perspective. Different descriptive statistical analyzes have been done such as Pearson's correlation, Chi-square and T-Student are applied with the SPSS version 25.

Results: The age of the participating sample is high with an average of 41.5 years (SD: 9,074; range: 22-63), with low rates of labor insertion and socioeconomic difficulties, since 24.5% (n=12) are incapacitated to work, 24.5% (n=12) in unemployment without receiving a benefit, 24.5% (n=12) are unemployed receiving a benefit for sick leave, and a scant 2% who are currently studying. The sample obtained high scores for depression (80%) and state anxiety (73.5%) and trait anxiety (86%), as well as maladaptive coping styles. A large 96% of the sample reported to suffer or having suffered GBPV, highlighting the dimensions of physical, psychological, sexual and economic violence. The 48% (n = 24) of the sample finished the program with discharges, 30% (n = 15) with voluntary discharges, and 22% (n = 11) with discharges due to expulsion. There is a significant relationship between the types of discharges from the program and the number of gender perspective indicators in the program design. Regarding the scale of intimate partner violence, we observe that there is a positive correlation between these scores and the degree of internalization of the mandates and gender stereotypes ($r = 0.373$). Childhood abuse history is moderately negatively correlated with self-esteem scores ($r = 0.394$). In the clinical sphere, depression scores correlated positively with anxiety scores, both in the state anxiety dimension ($r = 0.718$) and in the trait anxiety dimension ($r = 0.761$). A negative correlation appears between depression and self-esteem ($r = -0.700$), as well as depression and subjective well-being ($r = -0.340$). There is a statistically significant difference between the clinical variables of the therapeutic discharges at the beginning of the program and at the end of it, evidencing an objective improvement of the main registered clinical variables.

Conclusions: The prevalence of partner gender-based violence is surprisingly high in the studied sample, in combination with other variables, such as childhood abuse, a history of drug abuse and mental health disorders in the family, job insecurity, social and economic vulnerability. All this hinders the recovery process and highlights the need for the different

therapeutic approaches in the healthcare network to take into account all the axes of vulnerability that affect women with drug abuse. In this sense, it has been shown that programs in a mixed residential context that have more indicators from a gender perspective obtain better therapeutic results, highlighting the importance of team training and external supervision.

Keywords: Women, Substance Abuse Disorders, Gender-based Violence, Gender approach, Therapeutic Community; Effectiveness.

Listado de Tablas

Tabla 1. Características del perfil de las mujeres drogodependientes y autores/as que lo corroboran.....	27
Tabla 2. Obstáculos y barreras para el acceso y la permanencia de mujeres en los programas de drogodependencias.....	47
Tabla 3. Características de las participantes del estudio.....	71
Tabla 4. Batería de evaluación aplicada.....	74
Tabla 5. Relación de los instrumentos aplicados en cada batería de evaluación.....	83
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de variables psicosociales.....	87
Tabla 7. Perfil clínico: TUS, patología dual, historial de consumo y antecedentes familiares.....	92
Tabla 8: Perfil clínico: Ansiedad, depresión y otras variables psicológicas.....	93
Tabla 9. Puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de la escala COPE.....	97
Tabla 10. Resultados de la Escala de Violencia de Pareja/Expareja.....	99
Tabla 11. Puntuaciones medias obtenidas en las dimensiones de la escala de separación psicosocial.....	101
Tabla 12. Tabla de correlaciones entre las variables sociales y clínicas.....	101
Tabla 13. Variables psicosociales y tipo de alta del programa.....	107
Tabla 14. Variables clínicas y tipo de alta del programa.....	108
Tabla 15. Indicadores de implantación de Perspectiva de Género en los programas de tratamiento.....	109
Tabla 16. Tipos de altas de las mujeres participantes por cada Comunidad Terapéutica.....	110
Tabla 17. Diferencias entre las variables de Depresión, ansiedad, estereotipos de género, autoestima y bienestar subjetivo en T1 y T2 de las altas terapéuticas.....	113
Tabla 18. Diferencias entre el grado de motivación entre T1 y T2 de las altas terapéuticas.....	114
Tabla 19. Diferencias entre las escalas Violencia de Pareja y Separación Psicosocial en T1 y T2 de las altas terapéuticas.....	114
Tabla 20. Diferencias entre la escala COPE (estrategias de afrontamiento) en T1 y T2 de las altas terapéuticas.....	116

Listado de Figuras

Figura 1. Mapa de recursos que conforman la red de asistencia a las drogodependencias(XAD).....	39
.	
Figura 2. Múltiples problemáticas asociadas a la adicción en mujeres.....	51
Figura 3. Proceso de recogida de datos en la investigación	80
Figura 4. Porcentaje de mujeres de la muestra con hijos/as	88
Figura 5. Situación laboral de las mujeres realizando tratamiento en comunidades terapéuticas.....	89
Figura 6. Porcentaje de las mujeres de la muestra con diagnóstico psiquiátrico vinculadas a la red de salud mental	90
Figura 7. Porcentaje de la muestra con y sin diagnóstico psiquiátrico	90
Figura 8. Puntuaciones Ansiedad-Estado de la muestra	94
Figura 9. Puntuaciones Ansiedad-Rasgo de la muestra.....	95
Figura 10. Tipos de altas en la muestra total	103

1. Marco teórico

1.1. Introducción

El género es un condicionante para la salud de la misma manera que incide en otros ámbitos de la vida de las personas. Es una categoría compleja, que hace referencia a un sistema de organización social, que establece lo femenino y masculino en base a la dicotomía hombre-mujer y que refleja relaciones de un sistema de poder.

La perspectiva de género pretende discernir y hacer visibles los condicionantes culturales y sociales que contribuyen a las desigualdades y que generan identidad, así como promover iniciativas, como por ejemplo políticas, programas o acciones, para erradicar y corregir los factores que producen desigualdades (UNODC, 2018). Pensar en clave de género nos debería permitir identificar y abordar los impactos diferenciales que tienen los consumos y el uso problemático de sustancias sobre los problemas de salud. En palabras de Oriol Romaní “...*Porque es importante señalar que perspectiva de género no quiere decir sólo visibilizar a las mujeres. Eso fue el primer paso, y muy importante, pero hoy en día está claro que cuando hablamos de una perspectiva de género hablamos de una relación, o sea que si dicha perspectiva es rigurosa afecta tanto a mujeres como a hombres, y a otros posibles géneros.*” (Romaní, 2018, pp. 7).

Tener en cuenta la perspectiva de género, permite dar visibilidad y atender las problemáticas asociadas a la vida de las mujeres, como es el caso de la lacra de la Violencia de Género. Las mujeres que solicitan ayuda, para realizar un tratamiento por un problema de abuso o dependencia a sustancias, tienen mayor probabilidad que la población de mujeres en general de sufrir violencia de género sobre todo en el contexto de la pareja (Altell, 2016). La coexistencia de ambas problemáticas, derivan habitualmente en mayores problemas médicos, mayor aislamiento social y familiar, dependencia económica y sobre todo mayores responsabilidades familiares, que implican una gran barrera en el acceso y permanencia en determinados tratamientos (Altell, 2011, Martínez, 2018; Meneses, 2007), aumentando la situación de riesgo y vulnerabilidad. Es por todo esto, que los programas de tratamiento deben tener en cuenta, en su diseño, la coexistencia del fenómeno de la violencia estructural que parece magnificarse en el caso de las mujeres drogodependientes debido a la situación de vulnerabilidad, el doble estigma, el menor apoyo social y otros ejes

de vulnerabilidad que tienen un peso significativo y deben ser tenidos en cuenta en el análisis de estas realidades.

La presente tesis doctoral pretende arrojar algo de luz sobre los condicionantes sociales y clínicos que influyen en la vida de las mujeres consumidoras, y que pueden afectar a los resultados de los tratamientos residenciales en las Comunidades Terapéuticas de drogodependencias (CTs). De forma especial, esta investigación busca visibilizar la alta prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja en las mujeres que realizan tratamientos en estos centros y la necesidad, de acuerdo con las recomendaciones de varios autores, de que esta cuestión cobre una relevancia nuclear en los abordajes terapéuticos, así como en la formación de los equipos de intervención (Covington, 2007, Benoit, 2016). Por último, mediante el análisis de los indicadores de introducción de la perspectiva de género en los diseños de los programas de drogodependencias, se pretende evaluar si aquellos programas que cuenten con más indicadores en clave de género en el diseño del programa obtienen mejores resultados en cuanto al éxito terapéutico de las usuarias que participan en el estudio.

La investigación ha quedado estructurada en un apartado teórico donde tratamos temas como las adicciones desde una perspectiva de salud pública focalizando las diferencias de género en los datos epidemiológicos, la concurrencia de la violencia de género en el ámbito de la pareja en mujeres drogodependientes, la red asistencial de tratamientos en drogodependencias y especialmente las características de las CTs, los obstáculos o barreras de acceso y permanencia en los tratamientos y, finalmente, los aspectos e indicadores de perspectiva de género en el diseño de los programas de tratamientos aplicados. El resto de los apartados responden a los propios de las investigaciones como son: objetivos e hipótesis, metodología, resultados, discusión y conclusiones.

1.2. La adicción como problema de salud pública: Diferencias de género

En este apartado se presentará el problema de la drogodependencia como un asunto de salud pública y haciendo hincapié en las diferencias reflejadas entre mujeres y hombres. Para ello repasamos los datos sobre los estudios epidemiológicos realizados a nivel mundial por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el Delito (*United Nations Office*

on Drugs and Crime –UNODC), a nivel europeo por el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA), a nivel nacional por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), y a nivel autonómico por la *Sub-direcció General de Drogodependències* de la Generalitat de Catalunya y la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Pisos de reinserción y Centros de día.

Definir el fenómeno de las drogas desde una perspectiva de salud pública permite reconocer diferencias entre las drogas y sus riesgos o posibles determinantes. Esta perspectiva se aleja de conceptualizaciones que ven a las drogas demonizadas, o desde una óptica más centrada en la incautación y la detención de personas. En contraposición, se ve a las sustancias en su interacción con las personas que las usan o tienen potencial para hacerlo, que viven en contextos con mayor o menor riesgo y que son más o menos vulnerables a la experimentación y al paso del uso, al abuso, y del abuso a la dependencia por una combinación de factores personales y sociales. La perspectiva de salud pública identifica diferencias de género en cuanto a las necesidades de atención, y facilita integrar el papel de la cultura y del contexto en la forma en que el problema se manifiesta (Romaní, 2018).

Si se observan las tendencias a nivel mundial, según informes de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, se estima que, en el año 2017 en todo el mundo, 271 millones de personas entre 15 y 64 años habían consumido drogas al menos una vez en el año anterior. Esto corresponde al 5,5 por ciento de la población mundial de 15 a 64 años, lo que representa una de cada 18 personas (UNODC, 2017). Entre aproximadamente 271 millones de personas usuarias de cualquier droga en el último año, se estima que unos 35 millones (es decir el 13%), padecen Trastornos por Consumo de Sustancias (TUS), lo que significa que podrían requerir tratamiento en algún momento. Para las personas con TUS la disponibilidad y el acceso a los servicios de tratamiento siguen siendo limitados a nivel mundial, ya que solo 1 de cada 7 personas con trastornos por consumo de drogas recibe tratamiento cada año, y de ellos tan solo 1 de cada 5 personas es una mujer (UNODC, 2017).

Según el Informe Mundial sobre Drogas 2018, el uso de sustancias por parte de las mujeres tiende a progresar a problemas de drogodependencias en un período de tiempo más corto

que el de los hombres, lo cual es conocido como “efecto telescópico” (UNODC, 2005). Las mujeres pueden encontrarse con barreras asociadas al género para la búsqueda de tratamiento, como, por ejemplo, el temor a posibles problemas legales y estigma social, la falta de cuidado de sus hijos/as durante el tratamiento o debido a otras responsabilidades familiares relacionadas con el papel de la mujer como madre y cuidadora (*International Narcotics Control Board*, 2016). Los servicios de tratamiento no son accesibles para todas aquellas personas que los necesitan, y no siempre se presta atención a grupos especiales de población, como mujeres embarazadas, que se encuentran en situaciones vulnerables. En el pasado, las investigaciones han utilizado tradicionalmente a participantes hombres para realizar la recogida de datos y extrapolar los resultados, por lo cual muchas intervenciones para la recuperación de las adicciones están diseñadas desde una óptica androcéntrica “*male-oriented*”, y esto implica que pueden no ser tan efectivas para las mujeres como para los hombres (EMCDDA, 2009; *National Institute on Drug Abuse-NIDA*, 2018; UNODC, 2016). Tal y como se ha hecho con los hombres, los tratamientos deben ser diseñados para abordar las especificidades de género de las mujeres y de otras identidades de género (OMS, 2013).

A nivel europeo, según el último informe de la EMCDDA en 2018 se estima que alrededor de 96 millones o un 29 % de las personas adultas (de 15 a 64 años) residentes en la Unión Europea han consumido sustancias en algún momento de su vida. La droga de mayor consumo es el cannabis (55,4 millones de hombres y 36,1 millones de mujeres), seguido muy de lejos por la cocaína (12,4 millones de hombres y 5,7 millones de mujeres), el MDMA (9,3 millones de hombres y 4,6 millones de mujeres) y la anfetamina (8,3 millones de hombres y 4,1 millones de mujeres). Es necesario destacar que estos informes se centran en evaluar el impacto de las sustancias ilegales, y es en las sustancias legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos donde las cifras de las mujeres destacan por encima de la de los hombres.

El tratamiento sigue siendo la principal intervención utilizada con personas que experimentan problemas con su consumo de drogas, seguida por la prevención y en último lugar los programas de reducción de daño. Por tanto, uno de los principales objetivos de cualquier política debe ser garantizar un buen acceso a servicios de tratamiento adecuados y que su diseño tenga en cuenta las especificidades de género (Martínez, 2018). En Europa, la mayoría de los tratamientos de las drogodependencias se prestan en régimen

ambulatorio. Los centros de atención primaria son los segundos que más se utilizan, seguidos de los centros de salud mental. Una pequeña parte de los tratamientos de drogodependencias a nivel europeo se realizan en régimen residencial, sobre todo, en centros hospitalarios residenciales, como por ejemplo los hospitales de psiquiatría, pero también en comunidades terapéuticas de drogodependencias.

Según los informes del Boletín Estadístico del Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicciones a las Drogas (EMCDDA) en la Unión Europea, 34,8 millones de mujeres de entre 15 y 64 años han probado alguna vez una droga ilícita, en comparación con 54,3 millones de hombres (EMCDDA, 2016a). Aunque existen algunas diferencias metodológicas entre las encuestas, los datos de los últimos estudios de población general disponibles en el EMCDDA indican variaciones entre países en relación a las tasas de uso ilícito de drogas entre el grupo de mujeres. Este informe destaca las diferencias de género en el consumo de drogas y a su vez, las variaciones en diferentes países. A nivel general, hay más diferencias en la cantidad de consumo en hombres y mujeres cuando se hace referencia al uso intensivo y regular de drogas (Montanari, 2015) y menos diferencias de género entre la población joven y el uso esporádico de sustancias (EMCDDA, 2016b). Los datos de tendencias muestran una similitud en los consumos de hombres y mujeres jóvenes de 15 y 16 años que usan drogas ilícitas (ESPAD, 2016) lo que alude al concepto de “espejismo de la igualdad” (Cantos, 2015).

A nivel europeo las mujeres representan solo el 20% de las personas que realizan tratamientos especializados en drogodependencias (EMCDDA, 2016a). Algunos análisis indican que las mujeres pueden ser menos propensas a buscar servicios especializados que los hombres, lo que puede estar relacionado con barreras de tratamiento, incluido el estigma asociado (EMCDDA, 2006; Grella, 2015). Además, es más probable que las mujeres atribuyan sus problemas a cuestiones de salud física o mental y, por lo tanto, busquen atención en estas redes antes que en la red especializada de drogodependencias (Greenfield, 2010).

Las mujeres y los hombres que consumen drogas difieren en varios aspectos, incluidas las características sociales, las consecuencias del uso de sustancias y el desarrollo y la progresión a la dependencia (Tuchman, 2010). A pesar del conocimiento de estas diferencias y la necesidad del abordaje diferencial, el diseño de los programas para abordar

las drogodependencias está orientadas a los hombres sin tener en cuenta el resto de especificidades de género (EMCDDA, 2009).

A nivel de Estado español contamos con diferentes recursos para conocer la tendencia en el consumo de drogas en la población general, un ejemplo es la encuesta EDADES que evalúa los hábitos de consumo en la población de 15 a 64 años y la encuesta ESTUDES que se aplica entre los más jóvenes y evalúa las tendencias de consumo entre la población de estudiantes de 14 a 18 en diferentes frecuencias temporales: a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días, y de manera diaria en el último mes.

La última encuesta ESTUDES se realizó en el periodo lectivo de 2018 y 2019 arrojando los siguientes datos: El alcohol es la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años siendo que el 77.9% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión, el 75,9% lo ha consumido en el último año, mientras que el 58.5% admite haber tomado alcohol en el último mes. La segunda droga con mayor prevalencia es el tabaco en el 41,3% de la muestra quien lo ha consumido alguna vez en la vida, el 35% en el último año y el 26,7% en el último mes. El cannabis es la tercera droga más consumida siendo que el 33% de la muestra lo ha consumido alguna vez en la vida, el 27,5% en el último año y el 19,3% el último mes. La cuarta sustancia más consumida son los hipnosedantes con y sin receta siendo que el 18,4% de los adolescentes afirma haberlos tomado al menos alguna vez en su vida. El resto de las sustancias tienen prevalencias bajas siendo que la población consultada que consumió alguna vez en su vida cocaína es el 3% y el 2,6% para el éxtasis. Si se consideran los datos desagregados por sexo se observa que en todas las sustancias hay una prevalencia superior en los chicos que en las chicas, excepto para el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes. Centrándonos en los consumos de alguna vez en la vida, la prevalencia del consumo del alcohol es de 76,3% en los chicos respecto al 79,4% de las chicas. En el caso del tabaco ellas tienen una prevalencia de consumo del 44,3% frente al 38.2% de ellos. Por último, en cuanto a los hipnosedantes con y sin receta las chicas tienen una prevalencia de 21.5% y los chicos de 15.1%.

La última encuesta EDADES se basa en datos del año 2017, y se realizó a personas entre 15 y 64 años, preguntándoles sus hábitos de consumo de sustancias en diferentes frecuencias temporales también: a lo largo de la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días, y de manera diaria en el último mes. Esta encuesta evidenció que el 91,2%

de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida lo que convierte al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. Por detrás del alcohol, el tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en España. El 69,7% declara haber fumado tabaco alguna vez en la vida. En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta médica vemos que su prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en el 20,8%. Respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis es la que está más extendida en España siendo que un 35,2% de la muestra comenta haberlo consumido alguna vez en la vida, seguido de la cocaína en polvo con una prevalencia del 10,0%. Las prevalencias de consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos se mantienen por debajo del 5%. Por otra parte, el consumo de heroína, inhalables volátiles y cocaína base sigue siendo residual entre la población general. Analizando los datos por sexos en cuanto a la frecuencia temporal de consumo al menos alguna vez en la vida, los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta. Los hipnosedantes son la única sustancia donde se encuentra una mayor proporción de mujeres que de hombres, siendo la diferencia entre ambos sexos de alrededor de 10 puntos porcentuales. Los datos evidencian que 1 de cada 4 mujeres (25%) ha consumido alguna vez en su vida hipnosedantes, frente al 15,9% de los hombres que manifiestan haberlos consumido alguna vez.

En cuanto a la población de personas en tratamiento por drogodependencias, podemos obtener datos gracias al último informe emitido en el año 2019 del Observatorio español de las drogas y adicciones (OEDA) donde se evalúan las tendencias en base a la clasificación de drogas legales e ilegales. El número total de admisiones por drogas legales e ilegales (excepto tabaco) en 2017 es de 72.552, situándose el alcohol (35,5%) en primer lugar, seguido de la cocaína (27,8%), el cannabis (17,8%) y los opioides (16%). Conviene destacar que entre las personas que realizan tratamiento predomina el patrón de policonsumo de drogas. En 2017 la mayoría de las personas admitidas en tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales fueron hombres representando el 83,6% del total de la muestra.

En cuanto a las prevalencias por sexo entre los diferentes tipos de sustancias, los hombres mantienen tendencias superiores a las mujeres en todas las sustancias, aunque es necesario

destacar que el porcentaje de mujeres que solicitan tratamiento por dependencia lo hacen mayormente para sustancias legales como el alcohol o los hipnosedantes.

En el documento elaborado por la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD) “Informe Perfil 2018” (UNAD, 2019), se contó con los datos, validados, de 131 entidades activas adscritas a nivel nacional. De las 48.025 personas atendidas en los servicios asistenciales, solo el 18% eran mujeres. Según este informe que elabora un perfil de las personas atendidas, las mujeres solían tener entre 34 y 49 años, ser policonsumidoras y recibir tratamiento desde hace más de un año principalmente por alcohol y cocaína, con un historial de consumo de entre 6 y 10 años. Las usuarias tienen hijos/as a su cargo, viven en pareja o en familia, en vivienda de alquiler a su nombre. Tienen un nivel de estudios primarios, en situación de desempleo. La cocaína es la droga más consumida tanto en hombres como en mujeres (30%), seguida de la heroína (27% en hombres y un 23% entre las mujeres), el alcohol (23% entre las mujeres y 17% entre los hombres) y el cannabis (14%). Estas cuatro drogas condensan más del 80% de las atenciones realizadas por UNAD. En menor medida siguen el consumo de estimulantes con un 3% de media de hombres y mujeres, así como ansiolíticos/somníferos (7% en mujeres y un 4% en hombres). Como se puede observar de los datos, la dependencia a las drogas legales como el alcohol y los fármacos son más prevalentes en las mujeres incluso doblando la prevalencia en el caso de los psicofármacos.

En cuanto al perfil de las mujeres atendidas por primera vez según el informe de UNAD en los recursos asistenciales en 2018, se detecta que hay un historial de consumo que se inicia en el rango de los 14 y los 17 años, policonsumidoras, y que reciben también tratamiento principalmente por alcohol y cocaína. Habitualmente, llevan de media más de 11 años consumiendo. Las mujeres presentan más problemas de adicción a una única sustancia (36%) que los hombres (32%). Entre las mujeres recién llegadas a los recursos asistenciales, las sustancias principales eran el alcohol, la cocaína y el cannabis (UNAD, 2019).

Si analizamos los datos a nivel de la Comunidad Autónoma Catalana, según los datos de la memoria anual de la *Subdirecció General de Drogodependències* (SGD, 2019), la droga que motiva más inicios de tratamiento en la población que demanda tratamiento sin desagregar datos por sexos es la cocaína (23,9%) que ha aumentado en los últimos tres

años, seguida del cannabis (13,8%) y de la heroína (11,5%). En todas las sustancias hay un porcentaje mayor de hombres que de mujeres que inician tratamiento, esta diferencia es menor en las drogas legales y el cannabis. Cabe destacar que hay un porcentaje superior de mujeres que viven solas con sus hijos (5,3% en hombres y 12,7% en mujeres) y más hombres que viven con sus padres o con la familia de origen (26,3% en hombres y 18,9% en mujeres). Estos datos reflejan que muy probablemente el ser una mujer con hijos a cargo implica una barrera de acceso a servicios residenciales y tener menor apoyo social y familiar.

También a nivel autonómico y en Catalunya la plataforma de “*Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinsercio i Centres de Dia*” nos permite conocer los datos de incidencias de nuevos tratamientos en contextos residenciales. En la memoria del 2017 los datos arrojan luz sobre la disparidad en el acceso a los servicios entre hombres y mujeres. Del total de 1683 personas atendidas en las Comunidades Terapéuticas, Pisos de Reinserción y Centros de Día en el 2017 el 90 % fueron hombres y solo el 10% fueron mujeres (*Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinsercio i Centres de Dia*, 2018). Este informe también refleja que el 40% de las mujeres atendidas habían sufrido violencia de género, aunque las autoras señalan que esta cifra detectada es muy baja debido a dos posibles motivos:

- a) La recogida de información de este ítem no se hace de manera estandarizada y por tanto no se detecta esta información, quedando esta realidad infra representada.
- b) Las mujeres que sufren violencia de género no llegan a los recursos residenciales dado que han de sortear, incluso, más barreras asociadas a su situación.

Una vez revisado los datos epidemiológicos a nivel mundial, europeo, nacional, regional y local, observamos que solo entre un 18-20% de las personas en tratamiento de adicciones son mujeres. Los datos indican que las mujeres con problemas de adicción a las drogas demandan tratamiento para superarlos en menor proporción que los hombres y, además, muestran una evolución menos favorable. A pesar de haber recursos mixtos y públicos las usuarias no llegan a los servicios en la misma medida que lo hacen los usuarios, con la dificultad añadida de que las pocas mujeres que consiguen acceder y sortear las barreras de acceso tienen menor permanencia en los programas y menor éxito terapéutico (Castaño, 2009). Todo apunta a que las mujeres se encuentran con mayores barreras que los hombres para iniciar el tratamiento de las adicciones mencionadas debido fundamentalmente a que:

(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 los/las hijos/as menores y (c) temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia en el caso de tener hijos/as menores de edad (Martínez, 2018).

Como se indica en Manrique (2012) “nos encontramos ante un grupo heterogéneo de mujeres que, en base a las características personales y las del entorno, viven la adicción de manera diferente, aunque manifiestan dinámicas y necesidades muy similares”. Algunas de las características más comunes que se destacan en la amplia revisión bibliográfica con estudios a nivel nacional y europeo, se pueden consultar en la Tabla 1.

Tabla 1. *Características del perfil de las mujeres drogodependientes y los autores que lo avalan.* (Manrique, 2012)

Característica	Autores/as que lo corroboran
Demanda de tratamiento por adicción principalmente al alcohol y/o cocaína	Amor et al., 2010; Blanco, 2007; Junta de Castilla y León, 2010.
Adicción de larga evolución	Blanco, 2007; Junta de Castilla y León, 2010.
Mayor prevalencia que la población de mujeres en general de presentar violencia de género en el ámbito de la pareja, mayor vulnerabilidad.	Altell, 2011; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Farapi, 2007; Martínez, 2008; ONU, 2005.
Presencia de abusos sexuales en la infancia que actúa como factor determinante en el desarrollo de la adicción	Amaro et al., 1999; Briere y Runtz, 1985; Boyd et al., 1997; Castaños et al., 2007; Cosden y Cortez-Ison, 1999; Farris y Fenaughty, 2002; Fiorentine et al., 1999; Forth-Finegan, 1991; Jarvis, Copeland y Walton, 1998; Junta de Castilla y León, 2010; Kandall, 1996; ONU, 2005; Palop, 2000; Pantoja, 2007; Singer et al., 1995; Swift et al. 1996; Wechsberg, Craddock y Hubbard, 1998; Westermeyer, Wahmanholm y Thuras, 2001; Xunta de Galicia, s.f..

Alta prevalencia de trastornos psicológicos: ansiedad, depresión, estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la alimentación	Amaro et al., 1999; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias, 2005; Grella y Joshi, 1999; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005; Junta de Castilla y León, 2010; Kingree, 1995; Neale, 2004; ONU, 2005; Wechsberg et al., 1998).
Menor apoyo familiar y social frente al tratamiento	Castaños et al., 2007; Martínez, 2008; Llopis et al., 2006; ONU, 2005.

A lo largo de estos años las mujeres no sólo han tenido menos acceso a los recursos en comparación con los hombres, sino que también presentan menor adherencia al tratamiento y más dificultades de reinserción sociolaboral. Cabe destacar la confluencia a la vez del problema de adicción y la violencia recibida, ya que las usuarias que acceden a un recurso de drogodependencias con ambas problemáticas necesitan un abordaje integral y planificado para potenciar el éxito terapéutico. Es fundamental identificar la presencia de este fenómeno dado que esta circunstancia influirá decisivamente en la necesidad de diseñar la intervención teniendo en cuenta las características de cada caso (Castaños, 2007). Las barreras asociadas al género para la recuperación del consumo de sustancias, así como la coexistencia de trastorno por uso de sustancias y la violencia recibida, serán dos ejes fundamentales abordados en los próximos apartados.

1.3. Violencia de género y adicción en mujeres

Los caminos de la vida de las mujeres que usan drogas pueden estar marcados por traumas y violencias durante la infancia o la edad adulta. Estas mujeres forman una minoría de las personas atendidas por los equipos profesionales del área de las drogodependencias cuyas listas de pacientes o usuarios son mayoritariamente hombres. Las historias de vida, la invisibilización del consumo y su posterior cronificación, así como los traumas y las violencias experimentadas hacen que abordar su problemática de la adicción sea percibido como un trabajo más complejo (Jauffret-Roustide, 2008).

La coexistencia entre la violencia de género y las adicciones fue un tema ampliamente discutido y destacado en las consultas celebradas en 2014 por la Red del Área Europea de Investigación sobre Drogas Ilícitas (ERANID) para identificar las prioridades de investigación en el campo de las drogas y adicciones. La pregunta se abordó desde diferentes ángulos, la violencia de género como un factor determinante en el inicio del consumo de drogas y como un factor que contribuye al proceso de adicción o dificulta el proceso de recuperación. Los investigadores, profesionales y representantes institucionales que participaron en estas consultas destacaron las limitaciones de la investigación en esta área, resaltando que la falta de conocimiento sobre este tema limita la efectividad del tratamiento para las mujeres usuarias de drogas (Benoit, 2015).

Es importante subrayar la relación que se ha encontrado en diferentes informes sobre la correlación de vivencias de experiencias traumáticas y el consumo de tóxicos: la incidencia de abuso sexual y malos tratos entre mujeres drogodependientes europeas (69%) muy superior a los datos de población de mujeres general (20-25%). Además, se ha encontrado una mayor probabilidad de sucesos estresantes directamente relacionados con el inicio en el consumo de drogas (Llopis, 2005). Cuando una mujer sufre simultáneamente adicción y violencia, puede dar mayor importancia a su problemática con relación al consumo, dejando en un segundo plano su padecimiento de maltrato (Chait, 2005). Aunque, en otras investigaciones, nos encontramos que las mujeres drogodependientes pueden considerar su consumo como un problema secundario debido a que los problemas de violencia que viven requieren una solución inmediata (Brown, 2000; Castaños, 2007; Farris y Fenaughty, 2002). La capacidad de reacción ante la situación de violencia se reduce cuando existe un abuso de sustancias y, por tanto, dificulta salir de la situación de violencia (Altell, 2011).

La hipótesis de un vínculo entre la violencia experimentada y el uso de sustancias psicoactivas entre las mujeres parece confirmarse por los diversos proyectos de investigación llevados a cabo en Europa. Los hallazgos destacados de la investigación del grupo Pompidu en 2015 *“Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances”* (Benoit, 2015), confirman una dimensión de género en el fenómeno de la violencia y el uso de sustancias psicoactivas en base a tres hallazgos principales:

1. Una mayor prevalencia de violencia experimentada entre mujeres consumidoras de drogas que entre las mujeres de la población general.

2. Una mayor prevalencia de violencia experimentada entre las mujeres usuarias de drogas que entre los hombres consumidores de drogas.
3. Mayor uso de sustancias psicoactivas entre las personas que han experimentado violencia en su vida que entre las que no.

En este proyecto de investigación exploratoria del grupo Pompidou del año 2015, las líneas de acción se identificaron de acuerdo con la información obtenida de los estudios disponibles y los/las investigadores consultados/as. Se centraron en la necesidad de un enfoque general incorporando el tema de la violencia experimentada en el manejo de las usuarias de sustancias psicoactivas en las instalaciones de tratamiento de adicciones. Esto implica:

- Detección más generalizada y sistemática de la violencia experimentada por las mujeres, particularmente entre ciertos grupos vulnerables.
- Un mejor conocimiento de las características sociodemográficas de las mujeres que usan sustancias psicoactivas y han experimentado violencia, para determinar los factores socioculturales que contribuyen a la violencia y al consumo.
- Un conocimiento más profundo de los sistemas de atención existentes para las mujeres drogodependientes que son víctimas de la violencia, con la idea de obtener una mejor comprensión de ciertos mecanismos para poder ajustar las medidas de salud y políticas sociales.
- El desarrollo de herramientas que permitan a los/las profesionales de la salud y las adicciones abordar de manera más eficaz el tema de la violencia y mitigar sus efectos sobre la salud.

La violencia es un problema crítico de salud pública en todos los países de mundo, particularmente debido a su devastador impacto en la salud y el bienestar de las mujeres y la infancia. Investigaciones recientes han sido cada vez más reveladores para subrayar la asociación entre abuso infantil y la violencia recibida en la vida adulta, así como experiencias traumáticas y abuso de sustancias y /o trastornos de salud mental (Kendler, 2000; Campbell, 2002). Resulta preocupante que todavía hoy los tratamientos no incorporen perspectivas que atiendan a la co-existencia de estas realidades y su impacto en las adicciones: “... *Lo previsible y comprensible es que la adicción y las violencias de género se retroalimenten fácilmente como dinámicas y sistemas de relaciones en la vida*

de las mujeres. El campo de las adicciones y los consumos problemáticos de sustancias no deja de ser un espacio de relaciones que, precisamente por la presencia de sustancias que inhiben los mecanismos de control, alteran los estados de conciencia o disminuyen la capacidad de reacción, etc. favorecen que haga su aparición directa la violencia estructural contra las mujeres” (Martínez 2018, pp. 28). Según Martínez (2018) son varios los factores que influyen en esta situación:

- Los equipos profesionales no estamos libres de un imaginario simbólico que culpabiliza y/o responsabiliza a las mujeres de la violencia recibida.
- Existe una dificultad en los equipos para identificar esta violencia específicamente como de género, y en enfocar los problemas de abuso de sustancias y adicción en muchas mujeres como síntomas o consecuencias de estas violencias recibidas (tanto en la infancia como en la etapa adulta) y no tratadas, y que se producen de forma sistémica sobre ellas.

Las mujeres que solicitan tratamiento por un problema de adicción tienen mayor probabilidad que la población general de presentar la violencia de género en el ámbito de la pareja (VGAP) (PNSD, 2002; Kokkevi, 1995). Las violencias que sufren las mujeres en contextos de dependencia de sustancias toman diferentes formas, pero cabe subrayar la prevalencia significativa de dos tipos concretos de violencia: la violencia sexual y la violencia de género en el contexto de la pareja. La violencia recibida no es una consecuencia de ese consumo, sino del sistema sexo género. De acuerdo con Martínez (2008), es necesario subrayar dos ideas fundamentales en cuanto al lugar desde donde miraremos este fenómeno:

1. En ocasiones se interpreta que las mujeres sufren esta violencia por la drogodependencia o por el uso de sustancias, y no directamente por razón de género.
2. Existen dinámicas concretas y una interrelación específica entre el uso de sustancias y la violencia de género. Estas dinámicas son necesarias abordarlas desde un enfoque integral y no de manera parcelada como problemáticas independientes.

Las manifestaciones de la violencia de género son múltiples, pero aquí examinaremos una de las dos manifestaciones más directas y que habitualmente se encuentra de manera significativamente superior en las mujeres con trastorno por consumo de sustancias en los

centros de atención a las drogodependencias: la violencia de género en el ámbito de la pareja (VGAP). La violencia de género es una violencia específica hacia las mujeres por parte de los hombres, fruto del sistema estructural de desigualdad entre hombres y mujeres. Tal y como expresa Martínez (2010) *“Es un sistema de organización social que designa dos modelos de socialización dicotómicos y naturalizados en que las personas nos movemos en función del cuerpo que habitamos: se convierte en una especie de exigencia tanto social como interna (genera identidad), y toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones, Pero las mujeres son sancionadas en sí mismas por efectos del género”* (pp. 96).

En la macroencuesta del instituto de la mujer en el año 2015 se recogieron los resultados de una muestra de 10.171 mujeres representativa de la población de mujeres residentes en España a partir de 16 años. El estudio analiza el porcentaje de mujeres residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia en el ámbito de la pareja. En primer lugar, se analizó la prevalencia de cinco tipos de violencia de género: física, sexual, psicológica de control, psicológica emocional y económica. También se estudiaron las consecuencias de esta violencia sobre la salud física y psíquica de las mujeres afectadas, en qué medida estas mujeres han denunciado su situación, acudido algún servicio de ayuda o contado su situación a personas del entorno, el impacto que la violencia de género tiene sobre los hijos e hijas de las víctimas, y la salida de la violencia de género. Los principales resultados que arroja este estudio son:

- En total, un 10,4% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia física por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- Un 8,1% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia sexual por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- En total, un 25,4% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia psicológica de control por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- En total, un 10,8% de las mujeres residentes en España de 16 y más años ha sufrido violencia económica por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

- Un 78,2% de las mujeres de 16 años o más que han sufrido violencia física, sexual o miedo por parte de alguna de sus parejas a lo largo de su vida piensa que esta le ha afectado bastante o mucho a su bienestar físico o mental (35,3% bastante, 42,9% mucho).

También recoge el citado estudio (Instituto de la Mujer, 2015) que las mujeres víctimas de violencia de género perciben en mayor medida, respecto a las mujeres que no han sufrido este tipo de violencia, que su estado de salud ha sido malo o muy malo. En cuanto a la asistencia formal recibida un 45% de las mujeres de 16 años o más que han sufrido violencia física, sexual o miedo por parte de cualquier pareja a lo largo de su vida ha acudido a algún servicio sanitario, jurídico o social para buscar ayuda. Los servicios a los que más han acudido estas mujeres son: psicología o psiquiatría (29,2%), médico, centro de salud u otra atención sanitaria (22,4%) y servicios legales (16,0%). De las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo por parte de cualquier pareja a lo largo de su vida y no han acudido a ningún servicio de ayuda, un 50% señala que no lo hizo por no conceder suficiente importancia a la violencia, considerando que los hechos tuvieron poca importancia, que no se le ocurrió o que pensaba que podía resolverlo sola. La segunda razón más señalada es la vergüenza, el no querer que nadie lo supiera, expresado por un 16,3%. En tercer lugar, el miedo, el temor a las represalias, representando un 14,5% de la muestra.

En la red de atención a la drogodependencia se encontró que un 60% de las mujeres que acudían a programas de drogodependencias estaban sufriendo violencias detectadas (Swan, 2000). Por otra parte, se conoce que una mujer que sufre VGAP tiene 15 veces más probabilidades de sufrir abuso de sustancias psicoactivas legales o ilegales (Shipway, 2004). Entre las mujeres drogodependientes se ha hallado una prevalencia de entre 2 y 5 veces mayor que la que se encuentra entre mujeres de la población general de casos de violencia de pareja (OMS 2013, UNODC 2018). Los estudios que existen en España (Díaz Salazar, 2008; Irefrea, 2001, 2003; Olmos, 2009; Amor, 2011) detectan elevados niveles de violencia en las relaciones afectivas de las mujeres drogodependientes, tanto a nivel psicológico, físico como sexual.

Tal y como señala Castaños (2007) numerosos estudios señalan la correlación entre consumo de drogas y malos tratos respecto a la población masculina general, pero también es importante reiterar la idea de que no es necesario estar bajo los efectos de una sustancia

para ejercer maltrato y que el hecho de recuperarse del problema del consumo no es sinónimo de que desaparezca la conducta del agresor. Por lo cual, se reconoce la coexistencia del maltrato y la drogodependencia, pero no una relación causal, son dinámicas que se retroalimentan. En el caso de las mujeres, la drogodependencia y la violencia de género pueden generar dinámicas con direcciones diferentes. El trauma y la violencia recibida están profundamente relacionados con el consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento (Castaños, 2007). Así como la violencia recibida resulta ser un potente predictor para el abuso de alcohol y otras drogas. Hay estudios que aseveran que la existencia de abusos sexuales en la infancia multiplica la probabilidad de trastorno por uso de sustancias. Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, y, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia (Blume, 1994; El-Bassel, 2003; NIDA 2001) y un porcentaje significativo tiene diagnóstico psicopatológico en la edad adulta (Nieto, 2004).

Blume en 1994 (citado por Llopis, 2005) realizó uno de los más amplios estudios con mujeres con problemas de adicción y se evidenció que el abuso sexual en la infancia era tres veces superior para las mujeres drogodependientes en comparación de las mujeres no adictas. El abuso sexual resulta ser un factor determinante tanto en la aparición de Trastornos por Estrés Postraumático (TEPT) como en el desarrollo de problemas adictivos entre las mujeres afectadas. En Arostegui (2004) se estudia si ha habido abuso o maltrato por parte de alguna o algunas de las parejas (la actual u otras anteriores) en las mujeres participantes del estudio, el 84% de las mujeres afirma que lo ha habido; y en este caso, el 56,8% lo define como abuso/maltrato psicológico, el 35,1% como físico y el 5,4% de abuso sexual.

Castaño (2009) estudió la percepción de los equipos profesionales de los recursos entrevistados, pertenecientes a la red de drogodependencias y a la red de malos tratos. El estudio indica que en la red de recursos contra la violencia de género existe un número elevado de mujeres drogodependientes maltratadas que no suelen acudir a estos servicios a pedir ayuda. En estas circunstancias, algunas víctimas recurren al consumo excesivo de medicamentos, por ejemplo, ansiolíticos, de alcohol y, en ocasiones, de otro tipo de drogas. Si se analiza este fenómeno en mayor profundidad, se puede observar que, por una parte, la automedicación puede bloquear los síntomas del estrés postraumático, así como de otro

tipo de respuestas psicopatológicas (Walker, 1994); y, por otra, la cantidad de consumo de estas sustancias guarda relación con la gravedad de la violencia sufrida y con el grado de amenaza percibido. Por ejemplo, a mayor gravedad de la violencia sufrida, mayor es el consumo de alcohol (Clark y Foy, 2000). Hay investigaciones que refieren que en el uso de alcohol y de tranquilizantes, el maltrato es primario y que el consumo se utiliza para afrontar la situación de violencia. En el caso de drogas ilegales, encuentran que su consumo coloca a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad y riesgo de sufrir violencia por el estilo de vida asociado (acudir a poblados, prostituirse, etc.) (Covington, 2007).

Aunque el abuso de sustancias es un fenómeno devastador para hombres y mujeres, la investigación ha demostrado que las vías para el uso y abuso de drogas son diferentes para las mujeres que para los hombres (Covington 2007; Deas, Germaine y Upadhyaya 2006). Aunque el abuso y la dependencia de sustancias pueden afectar el estado legal, la custodia de los hijos, el empleo y las situaciones de vivienda de hombres y mujeres, a efectos prácticos muchos de estos problemas tienen un mayor impacto en las mujeres debido a los roles sociales de género y la penalización social que conlleva la transgresión de estos roles (Grella, 1997). Las mujeres que abusan de sustancias a menudo se enfrentan a otros factores estresantes que complican sus relaciones con las drogas y el alcohol, así como su tratamiento. Específicamente, la investigación ha demostrado que las mujeres drogodependientes presentan mayores prevalencias de violencias vividas en comparación a las mujeres de la población general, y que estas violencias deben ser abordadas de manera protagónica en el proceso de recuperación (Colman y Widom 2004; Delsol y Margolin 2004; Casey y Nurius, 2005).

Aunque tanto los hombres como las mujeres pueden consumir sustancias como estrategia de afrontamiento al resultado de un trauma, existe una correlación significativa entre el género y el consumo de sustancias mediados por el trauma, evidenciando la importancia de esta dimensión en las mujeres consumidoras (Grella 2003; Najavits, Weiss y Shaw, 1997). El trauma puede afectar las experiencias relacionales de las mujeres y dificultar su desarrollo psicológico (Colman y Widom 2004). También puede influir en la forma en que una mujer se relaciona con los miembros del equipo profesional de tratamiento, con sus pares y con el entorno terapéutico (Rosenbaum y Varvin 2007; Mullen, 1996). Sin embargo, el tratamiento tradicional de las adicciones y el tratamiento de la salud mental a menudo no abordan tan profundamente las consecuencias de las experiencias traumáticas

en la recuperación de las adicciones, teniendo un enfoque androcéntrico (Najavits, 2007). El trauma es un desencadenante primario de recaída entre las mujeres y puede ser la base de algunos trastornos de salud mental (De Bellis, 2002).

Castaños (2007), subraya la necesidad de detectar y evaluar el maltrato recibido, dado que es una variable que influye decisivamente en el proceso de recuperación integral de las mujeres drogodependientes, por lo cual hay que poner un foco especial en el abordaje terapéutico de la situación. Es fundamental insistir en que las mujeres que sufren VGAP pueden no identificar el maltrato o verbalizarlo, especialmente si acude al programa con la pareja agresora o sigue manteniendo una relación con él. Es necesario tener esto en cuenta cuando se inicia la evaluación de una nueva usuaria en el programa de recuperación, incluso cuando no haya indicios de maltrato. Si hay o ha habido existencia de maltrato en la relación de pareja de la mujer que acude al programa, será un elemento fundamental para tener en cuenta en el diseño del tratamiento. *“Si no se ha tenido en cuenta la situación de maltrato que vive la mujer y las consecuencias que implica para ella, nuestra propuesta (de tratamiento) resultará fallida...”* (Castaños, 2007, pp. 156).

Evaluar la VGAP puede ayudar a visibilizar la situación real, establecer patrones y tipos de violencias recibidas, temporalidades e incluso que peligro supone para la vida y la integridad de la usuaria. Por otra parte, permite ver qué consecuencias ha habido de esta violencia y como esto repercute en el consumo. Se pueden encontrar guías de como iniciar esta evaluación en Velázquez (2003) y Villavicencio y Sebastián (1999) referenciado en Castaños (2007). Las consecuencias más significativas de la VGAP que a su vez interaccionan con la problemática de la drogodependencia son: La disminución de la autoestima, el sentimiento de degradación, ansiedad constante o estado de alarma, depresión, deterioro de la salud física y mental, pérdida de identidad y bienestar subjetivo (Kirkwood, 1999).

Tal y como afirma Chait (2005), con las mujeres que acuden a un programa de adicciones debería realizarse la evaluación del maltrato físico, psicológico y sexual, ya que pocos son los protocolos que recogen estas dimensiones, y es de incautos confiar en los instrumentos de evaluación como el *Addiction Severity Index* (ASI) y el *European Addiction Severity Index* (EuropASI) permitan recoger dichas realidades tan complejas e invisibilizadas.

Najavits (2007) publicó los resultados de un proyecto para el pilotaje de un nuevo modelo de intervención en adicciones con mujeres basado en 12 sesiones: *A New Gender Based Model for Women's Recovery*, en el que se trabajaba especialmente sobre las experiencias de trauma y violencia, y donde se enfatiza la correlación entre trauma y violencia con mayores tasas de recaídas. Las participantes eran mujeres dependientes de opioides en un programa de tratamiento de mantenimiento con metadona que recibieron 12 sesiones diseñado en clave de género en formato grupal durante dos meses. La evaluación se realizó antes y después de la intervención, con resultados que indican mejoras significativas en el uso de drogas (verificado por análisis de orina), comportamiento impulsivo-adictivo, mejora del bienestar global y conocimiento de los conceptos de tratamiento. La alta tasa de asistencia de las usuarias (87% de las sesiones disponibles) y la gran satisfacción con el tratamiento también respaldan el uso potencial de este modelo de tratamiento. Desde esta primera prueba piloto se ha probado la eficacia del programa en otras investigaciones con muestras más grandes y en diferentes países, siempre obteniendo resultados significativamente positivos con muestras de mujeres drogodependientes y que han sufrido violencia (Najavits, 2007; Capezza, 2012; Kaiser, 2015).

Covington (2008) describe el programa terapéutico *Women's Integrated Treatment (WIT)*, en cuyo marco teórico incluía también la teoría del trauma en el trabajo con las mujeres con problemas de adicción. El programa consta con 17 sesiones de trabajo en las que aborda los problemas de autoestima, sexismo, familia de origen, relaciones, violencia en la pareja y trauma. Los dos programas estructurados descritos “A New Gender Based Model for Women's Recovery” y “Women's Integrated Treatment” son los más mencionadas en los buscadores científicos para el abordaje de la violencia y la drogodependencia (Martínez, 2018).

Castaño (2009) lleva a cabo una investigación cualitativa haciendo referencia a las percepciones de los equipos profesionales de las redes de drogas y violencia “*Insisten en que la dependencia emocional es una patología de la personalidad muy relacionada con la población femenina. Estos estereotipos son los que relacionan a las mujeres con una forma de ser determinada orientada al cuidado de los demás, especialmente los hijos/as, la pareja y la familia, que pertenecen a la esfera privada en la que, según esta concepción, es en la que las mujeres ejercen su rol. Todo ello conlleva el desarrollo de una personalidad dependiente en torno a estos escenarios, que incluyen, por ejemplo, una*

visión romántica de las relaciones por parte de las mujeres, un concepto de amor que se centra en el “aguantar” o en el “soportar” para mantener la familia unida, y una visión de la pareja donde la mujer es la “cuidadora” o la “salvadora”, haciéndose hincapié en el rol tradicional de la mujer “maternal” y “sufridora” (pp. 27).

Esta autora afirma que en los recursos de la red de drogodependencias no existen protocolos formales de detección de situaciones de maltrato, como tampoco existen protocolos formales de detección de adicciones en las mujeres que llegan a los recursos de la red de atención al maltrato de género, siendo el trabajo integral entre redes una gran asignatura pendiente.

1.4. La red asistencial en las drogodependencias

La política general para el tratamiento de las personas consumidoras de drogas en España se rige por la Estrategia Nacional sobre Adicciones. Al mismo tiempo, la implementación, gestión y evaluación de los recursos y programas que proporcionan atención a los consumidores de drogas dependen de las 17 comunidades autónomas (CCAA) y las dos ciudades autónomas. Cada comunidad autónoma tiene potestad para organizar y proporcionar intervenciones de salud de acuerdo con sus propios planes, presupuestos y recursos humanos. Algunas CCAA han integrado el tratamiento para los problemas relacionados con las adicciones en las unidades de atención primaria o servicios de salud mental y otras disponen de una red de tratamiento separada que tiene conexión con el sistema general de salud como es el caso de *Catalunya*. Como regla general, la atención está organizada en tres niveles. El sector público es el proveedor primario de tratamiento, seguido de las organizaciones no gubernamentales ONGs y las opciones de tratamientos privados.

1.4.1. Características generales de la red asistencial en Catalunya.

La Red de Atención a las Drogodependencias o *Xarxa d'Atenció a les Drogodependències* (XAD) es una red pública de recursos especializados en la atención y el seguimiento de problemas relacionados con el consumo, el abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas. La red de recursos proporciona atención primaria y hospitalaria especializada,

sociosanitaria y comunitaria para todos los tipos de drogodependencias a través de diferentes servicios distribuidos por todo el territorio de Cataluña. El *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, mediante la *Subdirecció General de Drogodependències de la Agència de Salut Pública de Catalunya* y el Plan director de salud mental y adicciones coordina, planifica y plantea las directrices que debe seguir la XAD. En la Figura 1 se describen los tipos de recursos que forman parte de la red asistencial en base a la información proporcionada por la Subdirección General de Drogodependencias (www.drogues.gencat.cat).



Figura 1. Mapa de recursos que conforman la XAD (Red de asistencia a las drogodependencias de Catalunya).[Fuente: www.drogues.gencat.cat]

Centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS)

Son centros ambulatorios y públicos, recursos asistenciales especializados en el tratamiento de las adicciones y situados en el centro de la red asistencial, desde donde se hacen las derivaciones mayoritarias, en los casos necesarios, a otros centros asistenciales complementarios. Están distribuidos por todo el territorio y actualmente, en Cataluña hay 61 centros ambulatorios. Ofrecen tratamientos a personas adultas de más de 18 años con problemas en el consumo de sustancias y/ o a sus familias. También trabajan en materia de prevención, atención y apoyo a la incorporación sociolaboral. Además, se coordinan con

programas de medidas penales alternativas (penales y administrativas) y atención a personas en "tercer grado" o medio abierto procedentes del sistema judicial. Están constituidos por equipos multidisciplinares con profesionales de la medicina, psicología, psiquiatría, enfermería y trabajo social que prestan asistencia a las personas usuarias desde una vertiente **biopsicosocial**. Es decir, atienden tanto los aspectos orgánicos como los psicológicos y los sociales, y promueven acciones encaminadas a la reinserción social y laboral de las personas usuarias.

Unidad de patología Dual

Son unidades de ingreso hospitalario de corta estancia para personas diagnosticadas con trastorno por abuso y/o dependencia de sustancias y trastorno mental grave que, por las características clínicas que tienen, requieren un tratamiento integral de las dos patologías en un dispositivo único. La derivación se puede hacer desde un CAS, un centro de salud mental (CSM) u otras unidades de hospitalización

Unidad de crisis

Centro residencial de corta estancia que ofrece un ingreso rápido e inmediato a usuarios/as en situación de crisis asociada al consumo y producida por una combinación de factores de tipo médico, social y psicológico. Este recurso dispensa una atención médica y psicológica y facilita durante unos días la atención suficiente a las personas drogodependientes para que se puedan estabilizar y tomar decisiones sobre su futuro. Esta atención y contención en momentos de crisis puede resultar clave para reconducirle hacia una situación más estable a partir de un plan elaborado durante la estancia en el centro. Este plan se realizará en coordinación con el centro de derivación y con los servicios sanitarios (hospital general y psiquiátrico) y sociales. Actualmente, en Cataluña está la unidad de crisis de la Fundación Alba de Terrassa y constituye una experiencia piloto.

Servicios de reducción de daño

Son centros o programas dirigidos a personas consumidoras en activo que no quieren o no se sienten todavía en condiciones de iniciar un tratamiento sin drogas y persisten en el consumo. El objetivo de estos programas o centros es reducir al máximo los daños o

problemas de salud tanto física como psicosocial y motivar, así como facilitar el acceso a tratamiento.

Unidades Hospitalarias de desintoxicación

Son unidades de corta estancia en la que se atienden a personas con dependencia de sustancias psicoactivas que requieren tratamiento en régimen hospitalario cuando el tratamiento ambulatorio no da resultados. Una vez la persona usuaria es dada de alta, se le remite al centro de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) donde seguirá el proceso terapéutico desde donde ha sido derivado. Tiene la finalidad de abordar la fase de desintoxicación de sustancias adictivas en régimen de internamiento hospitalario.

Las comunidades terapéuticas

Son servicios de acogida residencial que, con carácter transitorio, procurando un régimen de autogestión, proporcionan la acogida, la atención y la vida comunitaria para facilitar la integración social. Son la reproducción de un espacio social construido con la finalidad terapéutica de proporcionar a los/las usuarios/as un tratamiento integral que añade a las intervenciones tradicionales la potencia reeducadora de la experiencia participativa en la vida comunitaria, experiencia orientada a lograr el control y la extinción de las conductas adictivas. Estos recursos, en *Catalunya*, dependen del *Departament de Treball, Afers Socials i Família*. En un apartado posterior las describimos más ampliamente, por ser el contexto donde centramos la presente investigación.

Centros de día

Son recursos educativos y terapéuticos, de estancia diurna y continuada, destinados a las fases de rehabilitación y reinserción de las personas afectadas por el consumo de drogas y otras adicciones que necesitan una intervención integral sobre la conducta adictiva mediante el trabajo de las esferas psicológica, emocional, social y de inserción laboral y que presentan un perfil bastante adaptado para realizar este proceso de manera ambulatoria.

Pisos de reinserción

Son servicios residenciales en régimen abierto y de estancia limitada para personas drogodependientes en fase de reinserción. Están concebidos como dispositivos orientados

a facilitar a los usuarios un espacio de convivencia adecuado donde se abordan los aspectos relacionados con la adicción, a fin de:

- potenciar la consolidación de hábitos de convivencia y habilidades sociales.
- conseguir el máximo grado posible de autonomía personal.
- conseguir la capacidad de adaptación y manejo del entorno.

Con los pisos de reinserción se pretende intervenir sobre los elementos necesarios para que la persona pueda consolidarse en su desarrollo personal. El recurso está situado en un entorno comunitario para favorecer la total integración social de las personas usuarias.

1.4.2. La Comunidad Terapéutica o Centro de tratamiento residencial

En este apartado describimos con más precisión las características esenciales de la Comunidad Terapéutica (CT) como centro de tratamiento residencial de las drogodependencias, de manera que se entienda mejor los centros donde han sido tratadas las mujeres de la muestra de esta investigación. La metodología de la CT se caracteriza por una serie de rasgos y componentes, a continuación, se describen los doce más relevantes o significativos, siguiendo en esquema propuesto por Maxwell Jones y con las aportaciones de los últimos años (Fundación Atenea, 2010).

1. Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial, donde se pernocta ya que "se reside" en la misma y donde las personas que allí residen conviven de forma continua con miembros del equipo técnico. Hay centros en los que se requiere un cierto aislamiento para evitar la irrupción de acciones o prácticas disruptivas, pero en general la propia metodología prevé diversas formas de "participación comunitaria". Sin embargo, el equipo profesional no reside en el centro, pero siempre (a cualquier hora) hay miembros del equipo técnico presentes. La presencia continua del equipo no tiene por finalidad "controlar a los/las residentes", sino que forma parte del desarrollo de las tareas técnicas que de forma continua se requieren.

2. La permanencia en el centro tiene una duración determinada, definida de antemano con criterios temporales, o bien con el logro de ciertos objetivos, pero siempre con un límite temporal máximo. En general se considera que los periodos de estancia demasiado largos son contraproducentes y reflejan la falta de eficacia metodológica, por lo que en los últimos

años la disminución de la duración de los programas (manteniendo unos mínimos necesarios de 6 meses) se considera un criterio de calidad (Guydish, 1995; Johnson, 2008).

3. Cada Comunidad Terapéutica se orienta hacia un colectivo social con un perfil concreto y preestablecido, sólo las personas que ofrecen dicho perfil son aptas para residir en el centro y esto implica que tengan un problema de adicción al menos de una sustancia psicoactiva.

4. El ingreso es voluntario. Este rasgo presenta algunas dificultades cuando los residentes, están en el dispositivo como consecuencia de una obligación o un emplazamiento judicial, como es el caso de los tratamientos por medidas penales alternativas. En tales casos la Comunidad debe adaptarse a estas situaciones, lo que no siempre es fácil, aunque se han adoptado algunas estrategias útiles.

5. Una Comunidad terapéutica exige la presencia y la intervención de un equipo técnico multidisciplinar, con un fuerte predominio de componentes psico-sociales y educativos. Una diferencia esencial entre la metodología de la CT y otras metodologías de intervención se refiere al hecho de que todas las figuras que conforman la vida del centro, desde todo tipo de monitores y personal auxiliar, hasta los responsables de la hostelería (cocina, limpieza, lavandería), recepción, transporte, mantenimiento y por supuesto el personal administrativo, forman parte de este equipo técnico y deben actuar desde dicha perspectiva.

6. La vida en la Comunidad Terapéutica es un intento de reproducir una vida cotidiana real, en la que todas las figuras del equipo y los/las residentes, cumplen con sus roles reales, interaccionan y a través del desarrollo de sus papeles en esta micro-sociedad, lo cual produce intensos y positivos efectos sobre los residentes. Para lograr tales efectos la Comunidad Terapéutica debe tener un número limitado de plazas, de tal manera que se produzca un conocimiento personal compartido de todos los residentes y miembros del equipo. Por este motivo el número de plazas más frecuente se sitúa en una horquilla entre 20-40, dependiendo de la complejidad y los problemas asociados al perfil de los/las residentes.

7. El aprendizaje social, que se produce en un contexto de especial densidad de las relaciones sociales, lo que a su vez implica, aunque de forma implícita fuertes controles

informales. La creación de diversos grupos terapéuticos, combinados con las terapias individuales y los procedimientos educativos, produce una fuerte sinergia entre todas las intervenciones, ya que aumenta la densidad de las relaciones sociales, de los procesos de aprendizaje, de la intervención terapéutica y del control informal, hasta un óptimo de rendimiento.

8. El equipo técnico debe desarrollar una serie de procedimientos, que facilitan el intercambio de información y la toma de decisiones terapéuticas sobre los/las residentes, para que toda esta complejidad esté organizada. Los procedimientos tradicionales para gestionar la complejidad, tienen que ver con prácticas como: 1) los historiales comunes e integrados de todos y cada uno de los residentes, 2) las reuniones (especializadas o generales) del equipo técnico para seguir la evolución de los casos y tomar decisiones, 3) la existencia de "diarios de acontecimientos" de declaración y consulta obligatoria, 4) la información cruzada entre los profesionales y 5) la existencia de organigramas claros, en los cuales las responsabilidades están bien definidas. Esta exigencia debe aplicarse tanto en el equipo como con los residentes. Esto último exige además la firma de "contratos terapéuticos" (o de autorizaciones informadas), la existencia de un Reglamento de Régimen Interno exhaustivo y bien conocido, así como mecanismos de información que notifiquen sobre horarios, actividades y tareas.

9. La Comunidad Terapéutica se ofrece a personas con diferentes tipos de problemas para diversos perfiles que, en general, presentan una combinación de problemas diversos asociados. El ingreso en la misma tiene como objetivo primario ayudar a resolver estos problemas. Pero el objetivo esencial de la metodología es ayudar a las personas residentes a construir de forma racional un proyecto de vida alternativo fuera de la Comunidad Terapéutica.

10. En una CT los/las residentes no son sujetos pasivos que "reciben una ayuda profesional" sino que adoptan progresivas y crecientes responsabilidades asumiendo roles que contribuyen a dinamizar la vida comunitaria ayudando a los ingresos más recientes a integrarse. Asumir tales responsabilidades supone, a la vez, contribuir a la mejora de aquellos que las asumen y "prepararse" para la incorporación a una vida normalizada. A través de este proceso se desarrolla además un potente entorno de autoayuda que contribuye de una forma muy intensa al desarrollo y a la mejora personal.

11. Una Comunidad Terapéutica es un centro residencial que aporta las ventajas aludidas en los puntos anteriores, pero no es un recurso finalista. Para esto, al igual que para el resto de la ciudadanía, existen las redes generales de atención que se ocupan de problemas específicos. Como es muy frecuente que los/las residentes en una Comunidad Terapéutica presenten problemáticas diversas, se requiere un estrecho vínculo con otras redes de atención, lo que a su vez implica que en la CT existan profesionales capaces de realizar las tareas que tal coordinación exige.

12. La metodología de la Comunidad Terapéutica exige la práctica de la evaluación continua, en al menos tres niveles:

- La evaluación de los casos individuales por parte del equipo de profesionales.
- La evaluación de los procesos, procedimientos y resultados grupales por parte de este equipo y si es posible con supervisores externos.
- La evaluación de los resultados (si es posible con estudios de seguimiento) para producir conocimiento e incorporar a las CTs en el ámbito de la producción científica.

1.5. Barreras de género en el acceso y permanencia en los tratamientos.

Las vidas de las mujeres drogodependientes entran una serie de situaciones que limitan el acceso, la adherencia y la eficacia de los tratamientos (UNODC, 2005). Dentro de las más importantes, se encuentran la importancia de los vínculos afectivos en la formación de su propia identidad y su autoestima, así como el estigma y el rechazo social (Cantos, 2015). En relación a la dificultad de iniciar tratamiento, se aprecia que la baja autoestima afecta en la búsqueda de ayuda especializada (Gilchrist, Blazquez, Pons, Coronado, Colom, y Torrens, 2012), y el escaso apoyo familiar de las mujeres consumidoras influye también de manera significativa (Núñez y Rendón, 2012; UNODC, 2005), así como el anteponer el cuidado de la familia e hijos/as antes que el suyo para retomar sus responsabilidades en su hogar (Márquez y Lorenzo, 2016). De igual manera, influye a la hora de iniciar un tratamiento el tener a cargo hijos/as y no contar con buenas redes de apoyo social, lo que repercute en el miedo a perder la custodia (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016; Stengel y

Fleetwood, 2014). En un estudio se encontró que las mujeres afirmaban que la decisión de no volver a iniciar tratamiento se veía afectado por experiencias previas en instituciones de rehabilitación, donde algunas de ellas habían perdido la custodia de sus hijos/as al momento de ingresar (Gilchrist, Blazquez, Pons, Coronado, Colom, y Torrens, 2012), lo cual genera una desconfianza en el sistema y contribuye a la invisibilización del consumo problemático.

La ONU en el informe específico sobre el tratamiento del abuso de sustancias y la asistencia a las mujeres con problemas de consumo de sustancias de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito del año 2005, señaló la presencia de los siguientes obstáculos o barreras para el acceso al tratamiento de las mujeres con la siguiente clasificación:

- 1. Barreras del sistema.** Son los factores que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las diferentes identidades de género como la escasa presencia de mujeres en puestos de toma de decisión política, la poca sensibilización respecto a las diferentes necesidades de género como una variable determinante en la salud, el poco conocimiento de las características de la drogodependencia en mujeres y la falta de tratamientos diseñados en base a estas características, como la falta de perspectiva de género y las actitudes que perpetúan los estereotipos de género de las personas profesionales que intervienen.
- 2. Barreras de tipo estructural.** Es el caso de tener la responsabilidad directa del cuidado de los hijos y carecer de una persona cuidadora alternativa, ausencia de servicios específicos para mujeres embarazadas, la variable consumo como un riesgo de retirada de custodia de los/las hijos/as, horarios y normas rígidas en los programas y la deficiente detección y derivación del problema desde la Atención Primaria asociado a la hipermedicación con psicofármacos a la población de mujeres y la desconexión de las redes que trabajan problemáticas que coexisten en una misma persona (Atención primaria Salud mental, red de violencia y red de infancia entre otras).
- 3. Barreras sociales / culturales y personales.** La estigmatización que asocia al sentimiento de vergüenza y culpa debido a la transgresión del rol de género, motivación / voluntad, preocupación por la confidencialidad del tratamiento, baja percepción o aceptación del problema, exposición a violencias, escasa red social y consumo invisibilizado relegado al ámbito doméstico, mayor deterioro social, bajo

apoyo de familiares y amistades, menor independencia económica y la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos.

Otras autoras (Meneses, 2007; Martínez y Arostegui, 2018) proponen una clasificación diferente y probablemente más esclarecedora haciendo la distinción entre: **obstáculos relacionados con el modelo de atención y barreras de género** (ver Tabla 2).

Tabla 2- *Obstáculos y barreras para el acceso y la permanencia de mujeres en los tratamientos de drogodependencias adaptado de Martínez y Arostegui, 2018.*

Obstáculos para el acceso y permanencia en los programas	OBSTÁCULOS RELACIONADOS CON EL MODELO DE ATENCIÓN	La falta de perspectiva de género en los programas de tratamiento.
		Actitudes, creencias y estilos de las/los profesionales en el tratamiento
	BARRERAS DE GÉNERO	El estigma social
		Invisibilidad del consumo en las mujeres
		La presencia de una pareja consumidora
		Detección tardía de los problemas de consumo de drogas en las mujeres

Fuente: Martínez y Arostegui (2018)

En cuanto a los **obstáculos relacionados con el modelo de atención**, encontramos en primer lugar *la ausencia de perspectiva de género en los programas de tratamiento*. Los programas, en general, carecen de perspectiva de género, lo que supone no tener presente las necesidades específicas de las mujeres tanto en el diseño como en el desarrollo o ejecución de los programas (Prather y Fidell, 1978; ONU, 2005: 63). Estas carencias son debidas a la falta de reconocimiento de las diferencias de género por parte de quienes planifican la intervención y por considerar como objetiva la subjetividad masculina. En general carecemos de modelos y procedimientos de intervención más adecuados para el tratamiento de los problemas de adicciones en las mujeres, debido al desconocimiento de los programas más pertinentes para ellas (Prather y Fidell, 1978; Wells y Jackson, 1992) y, también, porque no hay un enfoque interseccional en el análisis y abordaje terapéutico (Wells y Jackson, 1992. Roberts y Jackson, 2000).

La invisibilización de los consumos y los obstáculos relacionados con el modelo de atención parte de que la vida social normalizada o funcional de muchas de ellas dificulta que los equipos profesionales identifiquen su problemática; los protocolos de recogida de datos no contemplan las diferencias entre mujeres y hombres, y se detecta la “disruptividad” característica asociada a los consumos de los hombres. La falta de horarios flexibles y de capacidad de respuesta inmediata, así como la localización geográfica de algunos programas residenciales representa una barrera asociada al inicio de los tratamientos. (Downey, 2003; ONU, 2005). *“En otras ocasiones, las mujeres inician el programa de tratamiento, pero a lo largo del mismo se encuentran con obstáculos que dificultan su continuidad, debido a que sus condiciones iniciales y personales pueden ser más precarias si las comparamos con los varones”* (Meneses, 2007; pp. 52). Las mujeres presentan más problemas de salud mental asociados al problema de consumo que los hombres, lo que implica una necesidad de servicios complementarios, ya sea desde el propio programa de tratamiento o externos al mismo, pero en estrecha colaboración y coordinación (Reed, 1985; Wells y Jackson, 1992; Swift, Copeland y Hall, 1996).

La vulnerabilidad a la violencia es mayor en las mujeres por una situación de desequivalencia estructural. Teniendo en cuenta además que la prevalencia de VGAP es mayor en mujeres drogodependientes que en la población general, dentro del contexto de tratamientos mixtos pueden surgir situaciones de acoso por parte de los usuarios (Nelson-Zlupko, Dore, Kauffman y Kaltenback, 1996).

Un segundo obstáculo relacionado con el modelo de atención hace referencia a las ***actitudes, creencias y estilos de los equipos profesionales en el tratamiento***. El escaso número de mujeres atendidas puede generar estereotipos que se generalicen a todas las mujeres con drogodependencias (Reed, 1985), así como no tener presente su diversidad. La influencia de los estereotipos sobre las mujeres con drogodependencia en los y las profesionales de los dispositivos asistenciales y de la investigación y sus actitudes hacia ellas impactan en abordaje menos efectivo (Prather y Fidell, 1978; Nelson-Zlupko et al. 1996; Roberts y cols. 2000; Hedrich, 2000; Roberts y Nishimoto, 2006). Una de las barreras que forman parte de la permanencia en los tratamientos, son algunas percepciones sesgadas por cuestión de género de los equipos terapéuticos que intervienen. Los y las profesionales pueden tener la falsa idea de que la drogodependencia en las mujeres es más severa y difícil de abordar que en los hombres proyectando inconscientemente estas expectativas en su

intervención. La presión que sienten las mujeres en tratamiento respecto a satisfacer las demandas que de forma implícita les pueden transmitir los/las terapeutas afectan en la evolución de su tratamiento (Martin y Aston, 2014).

Muchas veces los problemas de salud mental enmascaran el uso de drogas y no son identificados por el personal médico de atención primaria (Westermeyer y Boedicker, 2000). En muchas ocasiones, la falta de tiempo por parte de los y las profesionales de la atención primaria puede generar la prescripción de psicofármacos complicando aún más el cuadro (Romo, 2004). Es necesaria la reflexión del porque las usuarias presentan en muchas ocasiones mayor psicopatología asociada y un alto grado de cronicidad, debemos relacionar esto con la invisibilización de los consumos, y el retraso en solicitar atención debido a el rol de cuidadora y la falta de apoyo social, el sobre diagnóstico clínico en las mujeres sobre todo de trastornos de personalidad y del estado de ánimo, lo cual influye en la cronicidad de la drogodependencia y el deterioro de múltiples áreas de su vida (ver figura 2). Es decir, hay variables relacionadas con el género que hacen que el abordaje con mujeres drogodependientes sea en apariencia más complejo en un primer momento, pero esto se basa en la falta de conocimiento de la realidad de la drogodependencia en ellas y el intentar que los métodos que utilizamos con los usuarios sean iguales de efectivos que con ellas, y cuando esto no es así en lugar de cuestionarnos la falta de idoneidad de la intervención profesional lo atribuimos a la complejidad de los casos o la falta de motivación de continuar en programa en ellas.

Los estilos de atención y de terapia, en ocasiones, no están adaptados a las condiciones y necesidades de las mujeres. La posibilidad de una atención individual continuada, así como los grupos específicos para mujeres, pueden no estar presentes en todos los programas, y en donde se realizan pueden ser llevados a cabo por una persona profesional sin formación específica en Perspectiva de género (Nelson-Zlupko et al, 1996). Otra de las percepciones, sobre todo en recursos residenciales, es que los grupos de mujeres son problemáticos, compiten entre ellas y tiene muchos conflictos por lo cual generan conductas disruptivas. Es necesario reflexionar sobre esto desde la socialización de género, el sistema está organizado para que las mujeres se perciban como competidoras por elementos comunes (una pareja, la belleza, etc) por lo cual desactivar estos mecanismos requiere un trabajo guiado y constante de reflexión y planificación. Un buen momento para potenciar conductas y pensamientos de sororidad son los grupos de mujeres, para hacer visible los

mecanismos de rivalidad y lo que ello comporta, los beneficios del apoyo intragénero y la ayuda mutua entre usuarias.

Por otra parte, en recursos mixtos también existe “el problema de la sexualidad”, es decir, como explica Martínez (2008): *“La sexualidad definida como problemática asociada a la presencia de mujeres es un tema recurrente en los talleres y estudios. La sola vinculación de la sexualidad a la presencia de mujeres es un acto injusto y cargado de prejuicios y minusvaloración hacia ellas, aunque no nos demos cuenta, porque: ¿acaso en la relación heterosexual participan sólo ellas? Sin embargo, el peso de nuestra observación sigue cayendo sobre las mujeres... y también nuestras valoraciones y juicios al respecto. Sólo se trata de llamar la atención sobre la perspectiva que nos lleva a afirmar, como de hecho se hace, que los problemas vienen porque “hay chicas” (pp.35).*

Las relaciones afectivas entre personas heterosexuales afectaran a hombres y mujeres de manera diferenciada, pero no es viable dejar fuera de los tratamientos a las usuarias para evitar el problema de “las relaciones” sino que lo que se puede hacer es formarnos en cuestiones de sexualidad o incorporar a los equipos terapéuticos personas formadas en la materia para acompañar en el proceso terapéutico de manera integral sin caer en juicios morales.

En referencia al segundo gran grupo de obstáculos en el tratamiento, encontramos las **barreras de género**, y en este contexto es necesario hablar en primer lugar del *estigma y la penalización social*. En el contexto de las drogodependencias, se observa que en la formación del estigma se acentúa la falta de motivación por la búsqueda de ayuda o el miedo a tener problemas con las autoridades (Cunningham, 1993; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997). Por otra parte, frecuentemente el consumo de drogas está asociado con otros estereotipos, que a su vez amplifican la experiencia del estigma, tales como el VIH, los problemas de salud mental y la delincuencia. Los procesos de etiquetaje y estigmatización han fungido como mecanismos de control informal, que en caso de las mujeres han sido sumamente poderosos y utilizados para diferenciar y subordinar.

El estigma no solo influye en las personas consumidoras antes de iniciar un tratamiento, sino también durante su realización y después de él. Tal como expresan Mota, Noto y Santos (2014), las personas que sufren un trastorno adictivo son vinculadas usualmente, y de forma estereotipada, con la violencia, el narcotráfico y la prostitución sobre todo en el caso de las mujeres consumidoras. El estigma juega un papel relevante en la búsqueda de

ayuda específica representando una barrera en el acceso y la permanencia en los tratamientos y en la reinserción socio laboral (búsqueda de trabajo, acceso a vivienda digna, etc). En los programas de tratamiento las mujeres drogodependientes están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a los mismos por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol de cuidadoras, el aislamiento y el rechazo social.

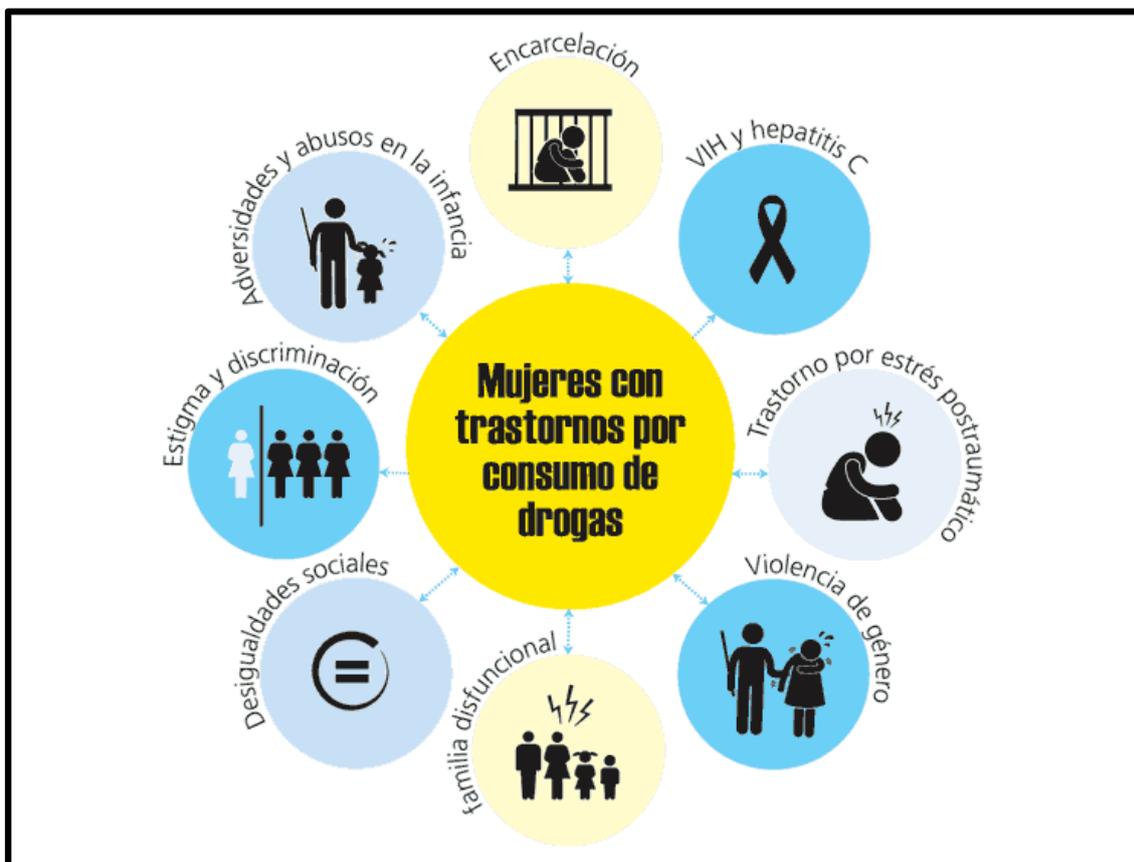


Figura 2. Múltiples problemáticas asociadas a la adicción en mujeres.
Fuente: UNODC, 2018.

Así, las mujeres que usan drogas son doblemente estigmatizadas: porque consumen drogas y porque este comportamiento transgrede de manera significativa el rol asociado a la mujer (Esquivel, Ortiz y Ortiz, 2012), o como bien lo describen Llord, Ferrado, Borrás y Purroy (2013), porque rompen el rol de género. Si la mujer está embarazada o tiene hijos/as, experimenta un estigma adicional por el temor social a afectarlos por las drogas y las suposiciones de que no pueden cuidar adecuadamente de los/as niños/as (Stengel y

Fleetwood, 2014). Márquez y Lorenzo (2016), proponen una doble y triple criminalización, esto es, por tener una adicción, y porque no encaja en la expectativa de una “buena madre, hija o esposa”. Cantos (2016) refiere que esta carga social negativa extra que existe hacia las mujeres puede deberse a que el consumo de drogas en ellas no es parte de su constitución de identidad de género, sino algo ajeno a su propia feminidad, aspecto muy distinto en los hombres, los cuales tienen el consumo de drogas como parte de su identidad masculina y de reafirmarse en ella.

El problema de adicción en mujeres tiene una mayor penalización social que en los hombres, por las consecuencias que esto puede producir en los hijo/as, dado que el rol de madre tradicional está asociado a ser la garante de la estructura familiar. Es por este motivo que las mujeres consumidoras viven con mayor culpa al no ejercer adecuadamente su rol de cuidadoras (Arostegui y Urbano, 2004). Por otra parte, se da por sentada la asociación de la incompatibilidad de ejercer el papel de madre de manera adecuada o funcional y el consumo de sustancias al mismo tiempo. Algunos estudios indican que ante la misma situación de consumo y vulnerabilidad entre hombres y mujeres usuarios/as, a ellas se les podría retirar la custodia de los/las hijos/as en una proporción superior. (EMCDDA, 2009; Arsova Netzelmann, 2015; Benoit and Jauffret-Roustide, 2016). Por lo tanto, los servicios deberían crear entornos que sean acogedores, sin prejuicios, no discriminatorios y de apoyo. El anonimato y las políticas no punitivas también alentarían a las mujeres a buscar atención al eliminar el temor a represalias negativas (EMCDDA 2009; Zermiani et al., 2013).

El estigma hacia las mujeres que consumen sustancias se extiende socialmente, repercutiendo, incluso, en los propios usuarios de drogas, quienes reportan su preferencia por parejas mujeres “libre de drogas” (Romo, 2010). El estigma social en las mujeres drogodependientes genera autopercepción en ellas acerca de la incompatibilidad del uso de drogas y el rol de mujer cuidadora, en especial de la maternidad (Márquez y Lorenzo, 2016), con el consecuente impacto que esto genera en la formación de la identidad y la socialización de género.

Otra de las barreras que es necesario destacar hace referencia a *la invisibilización del consumo de las mujeres*. Se suele afirmar que el número de hombres drogodependientes es mucho mayor que el número de mujeres, pero el problema es que muchos de los

consumos problemáticos por parte de la población femenina, permanecen invisibilizados (alcohol en soledad; psicofármacos, etc.) lo cual se queda sin detección o se les atiende en la red de atención primaria con el riesgo de sobre prescripción de psicofármacos. También es habitual encontrar que existen pocos recursos específicos para mujeres, o que el número de plazas para mujeres en centros mixtos aparece limitado y no va en función de la posible demanda, hay que buscar estrategias para agilizar el ingreso en tratamiento de aquellas que lo soliciten replanteándonos la gestión de las listas de espera, por ejemplo.

En cuanto a *la presencia de una pareja consumidora* como barrera de género en los tratamientos, en Llopis 2006 se describe como posible obstáculo al tratamiento. En el caso de la toma de decisiones respecto de los cuidados de salud está gravemente mediatizando por factores externos como la presencia de una pareja que también es consumidora. Aquí el hombre ejerce una violencia indirecta decidiendo por la mujer si hace un tratamiento e incluso que tipo de tratamiento debería realizar y, en cierto punto, boicotear su éxito terapéutico. En el estudio realizado para valorar las "*Barreras al tratamiento en mujeres adictas en Europa*" (IREFREA, 2001) encontraron que el 29% de las mujeres que tenían un problema por uso de sustancias que no recibían tratamiento opinaban que su pareja no se lo permitía. El 48% de este mismo grupo de mujeres sin tratamiento afirmaban que había sido determinante en su decisión el que les obligaran a separarse de su pareja consumidora para poder recibir tratamiento anteponiendo la relación a su ingreso en tratamiento. Las parejas cuando son consumidoras de drogas pueden interferir en el contacto e inicio del programa de tratamiento y no prestar el apoyo que necesitan o, incluso, oponerse a la realización de este (Eldred y Washington, 1976; Jarvis, 1992; Grella y Joshi, 1999). Las mujeres pueden no acceder a los tratamientos porque temen perder la relación con su pareja, porque ellos no comparten la decisión de abandonar el consumo, o porque imaginan que los/las profesionales les pueden aconsejar la ruptura con su pareja. En otras ocasiones, tienen menos conocimientos de los recursos y servicios existentes, puesto que su consumo puede ser privado y supeditado a su pareja.

Referente a la falta de apoyo, que una persona se adhiera al tratamiento depende de condiciones físicas, psicológicas (racional, emocional), así como su contexto familiar, social, económico (Núñez y Rendón, 2012). Es por ello por lo que factores como: conflictos familiares y/o con la pareja, la sensación de soledad, los problemas afectivos, las molestias físicas, problemas para abordar conflictos, duelo, dificultades en su rol de

madres/cuidadoras, baja autoestima, conflictos con la pareja, falta de autonomía, y la incitación al consumo por parte de su pareja (Urbano y Arostegi, 2004) intervienen en la adherencia al tratamiento de rehabilitación.

En muchas ocasiones, las mujeres no cumplen el tiempo mínimo de tratamiento, debido a exigencias familiares de retomar sus responsabilidades, sobre todo los relacionados con la crianza a sus hijos/as, atención de pareja y padres (Galaviz, 2015). Es decir, el abandono de las mujeres a los tratamientos está influenciado por demandas que se relacionan con su rol de género como cuidadoras (Jeifetz y Tajer, 2010 y Núñez y Rendón, 2012).

Las relaciones con los/las hijos/as también son muy importantes y pueden desempeñar un papel central en los problemas relacionados con el uso y la recuperación de las adicciones en las mujeres (Grella, 2015). Dada la importancia que las mujeres otorgan a las relaciones, se recomienda que los tratamientos tengan en cuenta y promuevan conexiones saludables con los/las hijos/as, los miembros de la familia de referencia y otras personas significativas en su proceso de recuperación (Manrique, 2012) o la posibilidad de trabajar el alejamiento de vínculos tóxicos, aunque sean personas significativas, pero respetando el ritmo y los procesos.

Gracias al autoconcepto generado por la socialización de género, 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, que han sido incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que “deberían” estar cumpliendo. En ellas la culpa es una constante y el autocastigo por sus conductas “disruptivas” están presentes en los discursos desde el inicio del tratamiento, esta particularidad pone de manifiesto que el contenido de la intervención debe ser cuidado como reflexionado y el estilo confrontativo, que suele utilizarse en el abordaje de las adicciones, sobre todo en contextos residenciales, con ellas tiende a ser contraproducente en cuanto a la recuperación personal y en la adherencia al tratamiento. El entorno social presenta diferente respuesta a los procesos de adicción a las drogas en hombres y mujeres, esto explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema debido a la gran penalización social y sufrir la exclusión o rechazo de su entorno, como las consecuencias judiciales de perder la custodia de menores a cargo.

Es necesario también poner el foco en la violencia de género como barrera en los tratamientos de drogodependencias. En cuanto al trabajo con mujeres usuarias que han sufrido violencia de género, en la Red de Atención a Drogodependencias no se pone la

atención que se debería en la violencia recibida como factor que interactúa de forma determinante en la problemática de la drogodependencia. No forma parte de los protocolos ni suele haber personal especializado en violencia de género. Por otra parte, en los recursos mixtos residenciales, estas usuarias conviven con hombres que han ejercido maltrato y viven situaciones de violencia, experimentando la repetición de ciertos patrones que entorpecen la recuperación y sitúan a las usuarias en situaciones innecesarias.

1.6. La perspectiva de género en los programas de atención a las drogodependencias

Según el Informe Mundial de Drogas de UNODC de 2019, el número de personas que usan drogas es un 30% más alto que en el año 2009. Se estima que alrededor de 35 millones de personas tienen un trastorno por consumo de drogas, lo que significa que podrían requerir tratamiento en algún momento. Sin embargo, la disponibilidad de servicios de tratamiento sigue siendo limitada a nivel mundial. Solo una de cada siete personas con trastornos por consumo de drogas recibe tratamiento cada año, y solo una de cada cinco personas en tratamiento es una mujer. Es importante garantizar que existan los servicios de tratamiento eficaces, eficientes y éticos. Los tratamientos eficaces incorporan muchos componentes, la detección y las intervenciones breves, el tratamiento hospitalario y ambulatorio, el tratamiento farmacológico basado en la evidencia y las intervenciones psicosociales, el tratamiento residencial a largo plazo como las Comunidades Terapéuticas y los pisos de apoyo a la autonomía.

Las mujeres con problemas de drogodependencia se enfrentan a problemas particulares más allá de los que experimentan los hombres debido a la socialización de género y los mandatos de género. Para algunas mujeres, estos problemas pueden actuar como obstáculos para buscar, ingresar, participar y permanecer en el tratamiento tal y como ha sido abordado en el capítulo anterior. Se requieren intervenciones holísticas e integrales para abordar las necesidades específicas (que no especiales) de las mujeres (Manrique, 2013). Grella (2015) destaca estudios que indican que la provisión de una gama más amplia de servicios sociales y de salud en los programas, va acompañada de mejores resultados y mayores niveles de satisfacción para las mujeres usuarias del programa. Los programas deben contar con equipos multidisciplinares y coordinarse con diferentes redes de atención.

La perspectiva de género es un marco analítico y comprensivo que permite hacer el análisis de la situación actual, analiza las construcciones culturales y sociales atribuidas históricamente al constructo de hombres y mujeres, reglando lo que se identifica como lo masculino y lo femenino. Esta perspectiva pretende discernir y hacer visibles los condicionantes culturales y sociales que pesan sobre las desigualdades y que generan identidad, como también promover iniciativas (incidencia política, repensar programas y acciones) para erradicar y corregir los factores que generan desigualdad (Federación Catalana de Drogodependencias, 2018).

La perspectiva de género, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, formación o desarrollo de políticas o programas, según Gamba (2008):

- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorio para las mujeres.
- Identificar que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas y su interpretación de la realidad.
- Que estas relaciones constituidas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales o ejes de vulneración, como las de clase, etnia, edad, orientación sexual y religión (interseccionalidad).

Esta idea hace referencia a la perspectiva de género como una lectura crítica que debe cuestionar la realidad, con la finalidad de transformar la situación de las personas, y adaptando las iniciativas y proyectos a generar cambios en pro de la igualdad. Por otra parte, subraya la importancia de legitimar las diferencias (Crenshaw, 2002) para conseguir mayor inclusión de toda la población y teniendo la oportunidad de generar acciones que corrijan y disminuyan las desigualdades (Martínez, 2008). Pensar en clave de género consiste en cubrir necesidades específicas de mujeres y hombres, identificar desigualdades y sesgos de género, reducir discriminación, influir en el cambio de determinantes psicosociales de género, potenciar cambios favorables de la estructura social de género y potenciar la participación de la población, buscando autonomía y empoderamiento. Para promover la equidad en los programas de salud, es fundamental analizar los condicionantes y las desigualdades de género (Velasco, 2008).

En el ámbito de las adicciones es fundamental introducir la Perspectiva de Género, dado que permite entender las relaciones específicas que los hombres y las mujeres mantienen con las sustancias. Actualmente, sabemos que ellos y ellas responden a condicionantes sociales y culturales diferentes, por lo cual, cualquier análisis, estrategia o acción que se quiera iniciar ha de ser pensada en clave de género. Tener una mirada rígida del consumo y percibir a la población como un todo homogéneo y estático, lleva a una percepción androcéntrica de la situación que no permite realizar una intervención meticulosa y específica, basado en las realidades de hombres y mujeres diversos/as y heterogéneos/as. Abordar la drogodependencia desde una perspectiva de género implica tener presente las diferencias y especificidades de género en cuanto a los factores que condicionan las motivaciones para consumir, los diferentes patrones, efectos y consecuencias a nivel de salud, social y personal. Por otra parte, implica eliminar las desventajas o desigualdades en el momento de acceder o permanecer en los servicios/ programas preventivos o asistenciales (Altell, 2011).

La categoría “género” hace referencia a ambos sexos, y se puede y se debe trabajar desde la perspectiva de género con hombres, mujeres y otras identidades de género. Sin embargo, es necesario el trabajo específico con mujeres y la lectura de otro tipo de teorías explicativas de la realidad y como el hecho de ser mujer interactúa con el consumo y la adicción. Trabajar en perspectiva de género en adicciones incluye a hombres y mujeres drogodependientes, pero nos interpela a invertir tiempo y trabajo para entender la realidad de las mujeres, la cual ha estado invisibilizada, dado que la pauta cultural y estadística de la drogodependencia es la masculina.

Las diferencias biológicas, sociales y culturales derivadas de la socialización de género exigen que las estrategias y actividades que se lleven a cabo en el tratamiento sobre el problema se adapten a estas, dado que la adicción en hombres y mujeres tienen características diferenciales, entre otras que la penalización social e incluso judicial es superior en las mujeres. Según los datos, las mujeres presentan una evolución menos favorable que los hombres en el tratamiento, en gran medida porque el diseño de estos programas y servicios no tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y a su vez porque ellas reciben mayores presiones de su entorno familiar y social para abandonar los programas prematuramente para así asumir nuevamente las responsabilidades

familiares asignadas a su rol (Grella, 2015). La ausencia de la perspectiva de género en los tratamientos y en los equipos profesionales tiene dos tipos impactos directos:

- La invisibilización de la mujer, que lleva a no tener en cuenta sus especificidades y necesidades particulares.
- Que no se estén analizando los condicionantes de género vinculados a la masculinidad que puedan estar influyendo sobre el consumo problemático de drogas.

Hasta el momento, mujeres y hombres reciben el mismo diseño de tratamiento (Márquez y Lorenzo, 2016). Tal como lo señala Arana y Germán (2005), el tratamiento diferencial entre hombres y mujeres es casi inexistente y en los estudios sobre drogas, escasean en enfoque de género que recoja la evolución de las mujeres y sus características. La adicción en hombres y mujeres se presenta con problemáticas coexistentes diferenciales, por lo cual los métodos y el diseño del tratamiento requieren de un modelo diferencial que tenga en cuenta estas particularidades, incorporar la perspectiva de género en ellas supone tener en cuenta a lo largo del proceso y en las distintas etapas de tratamiento, el hecho diferencial de ser mujer en esta cultura y momento histórico (Arbelo y Puyol, 2015). Hablar sobre la aplicación de la perspectiva de género en los programas de adicciones hace referencia a dos niveles abordados a continuación: la dimensión del diseño y ejecución de los programas y la dimensión de los equipos profesionales. Respecto a la implementación de la perspectiva de género en los programas de drogas y adicciones, es necesario distinguir aspectos relevantes del diseño y la ejecución de los programas, así como de los equipos profesionales.

1.6.1. El diseño y la ejecución de los programas

En cuanto al diseño y la ejecución del programa, es necesario empezar hablando de los espacios de seguridad emocional y física.

Ashley (2003) concluyó que mejores tasas de adherencia y resultados del tratamiento en mujeres podrían deberse a tratar contenidos específicos, el establecimiento del clima de confianza, mejorando su autoestima, así como compartir experiencias comunes y experiencias de traumas (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). De esta manera, programas con perspectiva de género, según Llorca, Ferrando, Borrás y Purroy (2013), se deben enfocar en

que las mujeres puedan expresar y compartir sus experiencias en entornos que perciban como seguros, sentirse comprendidas y escuchadas entre iguales, y así se beneficiarían del autocuidado y del apoyo mutuo.

Por su parte, tienen mejores resultados terapéuticos los/las profesionales que buscan vincularse con las usuarias de forma profesional, pero con un estilo cercano sin confrontación ni actitudes estereotipadas, manteniendo relaciones cercanas y de confianza, tratamientos personalizados para cada mujer, con enfoque relacional (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013). El tratamiento debe considerarse un espacio para que las usuarias puedan manifestar formalmente inquietudes en el centro como por ejemplo en relación con alguna normativa o a la posibilidad de hacer propuestas y así sentir la posibilidad de ser escuchadas y potenciar la sensación del derecho a expresión. Bacigalupo, Poyanco y Quaas (2013) destacan la importancia de que el centro cuente con infraestructura adecuada que sea percibida como segura y que haya una organización (rutina diaria, actividades individuales, grupales y familiares, espacio de descanso y recreación, salidas con su familia) apropiada para cumplir sus objetivos.

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta la dimensión relacional. El peso que tiene la socialización de género, se reconoce la relevancia de los vínculos y las relaciones en los procesos de recuperación de las adicciones en las mujeres (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013), y es por esta razón que no pueden obviarse del diseño de un programa que atiende a esta población la relación con sus hijos/as y con la familia. Arana y Germán (2005) afirman que el no considerar a la pareja y/o el vínculo con sus hijos/as, afecta a la adherencia terapéutica, puesto que la mujer puede requerir el alta del tratamiento por considerar en peligro sus relaciones afectivas. A pesar de que los lazos no sean positivos o las redes de apoyo familiar sean casi inexistentes (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016), se aprecia lo relevante que son los vínculos para ellas. De acuerdo con Cantos (2015) *“La importancia que le dan las mujeres a los lazos, sobre todo con relación a la pareja, es una respuesta a un mandato (de género) de necesidad de conexión y comunicación, de amar y de ser completada y de agrandar y gustar”* (pp.129).

Como una estrategia de vinculación de las mujeres a los tratamientos, se propone la evaluación y tratamiento a los miembros de su familia (Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997), de esta manera se motiva y se sienten más involucradas con el proceso. Es útil

integrar terapia de parejas y familiar, así como los grupos de autoayuda y otras modalidades terapéuticas. Especialmente relevantes son los tratamientos que involucran a la familia (patrones intergeneracionales de violencia familiar y uso de drogas), así como intervenciones en factores sociales y/o culturales que no permiten que la mujer salga del consumo de drogas y/o victimización (del Pozo, 2005). Con relación a los hijos/as, ha resultado efectivo que los programas cuenten con profesionales competentes en el trabajo con los/las hijos/as en el programa. La relevancia de las familias en el proceso de tratamiento es indiscutible, es por esto que los programas que mantienen una comunicación más fluida con la familia y buscan que las usuarias también logren este objetivo obtienen mejores resultados (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013; Gilchrist, Blázquez, Pons, Coronado, Colom, y Torrens, 2012).

El trabajo con las familias se visualiza relevante desde el punto de vista relacional, se buscan sus recursos, se trabaja con la familia, con las carencias y ventajas que la familia pueda tener. Redes de apoyo social como amistades y/o barrio, pueden ser también un gran apoyo moral y afectivo (Gilchrist, Blázquez, Pons, Coronado, Colom, y Torrens, 2012; Núñez y Rendón, 2012), por lo que se busca activar o reactivar estos vínculos si son beneficiosos para la usuaria.

En referencia al diseño de los programas, es fundamental hablar sobre los grupos específicos de mujeres, de la totalidad de mujeres en tratamiento, sólo el 20% de ellas se encuentran en programas específicos para mujeres (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005). Existe consenso en cuanto a la efectividad de los grupos de mujeres, ya que es una oportunidad de explorar temáticas que pueden ser difíciles o contraproducentes de plantearlas con usuarios hombres en grupos mixtos, por lo que proponer espacios grupales sólo para mujeres es necesario en un diseño de programa con perspectiva de género (Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997, Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Cuando las mujeres son minoritarias en un grupo, tienden a no participar en el diálogo o a relegar su experiencia en los temas significativos para ellas. Pueden silenciar u ocultar sus prioridades, tendiendo a identificarse con la experiencia masculina, desconectándose de otras vivencias íntimas derivadas de su subjetividad. Por este motivo, la asistencia solo a grupos mixtos con presencia minoritaria de mujeres puede facilitar que se magnifiquen los sentimientos de vergüenza y culpa, así como el abandono del tratamiento (Finkelstein, 2004). La intervención desde la perspectiva de género contempla espacios de separación

por sexos como una condición obligatoria para abordar ciertos temas, aunque se pueda trabajar de forma mixta otras cuestiones (Cantos, 2015). Los grupos de apoyo o terapia de mujeres son un instrumento de atención muy valioso y necesario si la actividad es llevada a cabo por una persona con formación en perspectiva de género en el contexto de un programa con un diseño adecuado y en una frecuencia al menos semanal.

Castaño (2007) describen una serie de contenidos necesarios para el abordaje terapéutico que habitualmente no están incluidos en los protocolos de evaluación e intervención, y que han de ser explorados cuando trabajamos con mujeres en los programas de adicciones:

- Las “cargas” familiares y las dificultades que puedan implicar para el desarrollo del tratamiento, atendiendo a cualquier circunstancia que pudiera favorecer abandonos prematuros.
- Los apoyos disponibles (o la ausencia de estos), teniendo en cuenta la actitud de la familia hacia la adicción de la mujer.
- La historia de consumo: aspectos relacionales, funciones que tiene o ha tenido el consumo en su mundo relacional.
- Modelos de masculinidad y feminidad con los que se identifican.
- Existencia de posibles situaciones de violencia o abuso, en el presente o en el pasado (incluyendo la infancia).
- Sexualidad: su relación con el consumo, vivencia en la pareja y/o fuera de ella.
- Autoestima, sentimientos de culpa o vergüenza.
- Preocupación por la imagen corporal y su relación con la adicción.

Referente al abordaje de las violencias vividas, tal y como se ha expuesto en el apartado “Drogas y violencia” y “Barreras de género en el acceso y permanencia en los tratamientos” las mujeres que tienen problemas de drogodependencia tienen mayores índices que los hombres de eventos traumáticos como abusos sexuales y físicos cuando eran niñas y / o adultas (UNODC, 2016). A su vez, tienen mayores tasas de prevalencia de VGAP que las mujeres de la población general. La experiencia del trauma puede conducir al desarrollo del trastorno de estrés postraumático u otros problemas de salud mental y también puede aumentar el riesgo de uso de sustancias (Najavits, 2007). Es importante destacar que esto no es un fenómeno causal (consumir drogas y sufrir violencia), sino que la situación de

consumo destaca una situación de violencia estructural contra las mujeres que se replica en muchísimos otros ámbitos, no solo en el de la drogodependencia. Aun así, es necesario analizar las dinámicas particulares que se generan de la interrelación de ambos fenómenos (Martínez, 2018).

Diversos/as autores/as señalan que al trabajar específicamente con mujeres drogodependientes, se debe contemplar la identidad y el empoderamiento, esto incluye: la construcción de la feminidad, estigmatizaciones en torno al sexo y género (Urbano y Arostegi, 2004), abordar el sexismo y sus consecuencias (Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997), incluir el análisis de roles de género, analizar las relaciones de pareja y proyecto vital de las usuarias, analizar problemas de salud y favorecer su empoderamiento. Aristizábal, Ríos y del Pozo (2016) coinciden en los mismos ámbitos de trabajo, pero suman programas que aborden autoestima y ciclos de la violencia contra la mujer. Se busca promover conciencia de identidad de género que posibilite desarrollo, cambio y autonomía, en donde las estrategias utilizadas son trabajar con su propia vivencia, fomentar un espacio de reivindicación, compartir y experimentar que el cambio es posible y sostenible en el tiempo (Llort, Ferrando, Borrás y Purroy, 2013).

En cuanto a potenciar las habilidades de autocuidado, Urbano y Arostegi (2004), refieren que, al trabajar específicamente con mujeres drogodependientes, los aspectos que se debiesen contemplar incluyen el control de impulsos, las habilidades sociales, la “dependencia emocional” (Arana y Germán, 2005) y generar crítica alrededor de este concepto, dado que se patologiza una conducta que responde a un mandato de género como es el de la completitud en base a las relaciones afectivas. Reconocer signos tempranos de recaída y generar estrategias de evitación y enfrentamiento (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013).

Dentro de las habilidades sociales, se contempla el entrenamiento de asertividad, como una técnica con el objetivo de mejorar la autoestima y el defender los propios derechos (Romero, Gómez, Ramiro y Díaz, 1997). A la par, fomentar la comunicación abierta entre las usuarias y la ayuda mutua, es decir, potenciar la sororidad entre el grupo de mujeres. Aprendizajes en el cambio de la visión de sí mismas, aprendiendo a quererse y cuidarse logrando abstinencia. Reconocer la necesidad de ayuda y pedirla (Bacigalupo, Poyanco y

Quaas, 2013). También es necesario que se aborde la esfera sexo afectiva, la salud sexual, posibles cambios consigo misma (cuerpo) y los/las demás (Esquivel, Ortiz y Ortiz, 2012). El empoderamiento puede llevar a un mayor autocontrol de su situación y mejora en la calidad de vida (Llort, Ferrando, Borrás y Purroy, 2013; UNODC, 2016). El empoderamiento, la conciencia de desigualdades de género y el paradigma de reducción de daños, permite permeabilizar y flexibilizar las intervenciones, desde la horizontalidad y trabajo en equipo (Llort et al., 2013).

Por otra parte, es fundamental poner el foco en la maternidad. Al abordar la drogodependencia con mujeres que tienen hijos/as se debe contemplar sin duda, tanto el embarazo, la lactancia y la maternidad (Urbano y Arostegi, 2004; Arana y Germán, 2005), ya que potenciar experiencia de maternidad genera cohesión y refuerzo de lazos entre las mujeres del grupo (Llort, Ferrando, Borrás y Purroy, 2013), y se mantienen por más tiempo en el proceso de rehabilitación. De lo contrario, sino se apoya a la usuaria, el trabajo de maternidad puede pasar a percibirse como un obstáculo más para la adherencia al tratamiento (Núñez y Rendón, 2012). La maternidad, en mujeres con dependencia a sustancias, funda la necesidad de recuperar el vínculo perdido o suspendido con sus hijos/as y, de cierta manera, reparar esta ausencia maternal. Y aunque imitan patrones ideales de lo que consideran “buena maternidad”, también crean nuevos sentidos de maternidad, que no necesariamente son considerados socialmente.

Pero el tener hijos/as no siempre genera deseos de ejercer la maternidad o el de matenerla y acontece que un porcentaje de mujeres con antecedentes de consumo de drogas perciben la maternidad como una obligación, un compromiso y una responsabilidad. Es decir, como lo esperado socialmente, convirtiéndose en una maternidad más problemática y conflictiva para estas mujeres y madres en exclusión (Conejo y Rojas, 2012). Entonces, a veces, ocurre que también pueden visualizar la maternidad de una forma no agradable (Bernal, Frari y O'Brien, 2005), por lo que brindar espacios para que las mujeres definan si quieren o no ejercer maternidad, sin culpa y miedo, o el querer ejercerla, pero expresar todos los aspectos negativos que esto conlleva, pasa a ser una alternativa de motivación también. Algunos estudios indican que las usuarias refieren haber cambiado su visión de maternidad y la forma de relación con sus hijos/las (anteriormente deteriorada por el consumo) (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013). Se plantea un pronóstico mucho más alentador cuando los programas incluyen estrategias de valoración y cuidado pre y postnatal,

disponibilidad de servicios de salud mental, apoyo psicoterapéutico, evaluación y seguimiento.

En los tratamientos en que no se incluye el contacto con los/las hijo/as (en la gran mayoría de comunidades terapéuticas deben residir sin ellos/as) no se considera la responsabilidad del cuidado de otras personas como papel central en la identidad, no se logra visualizar ni comprender que las mujeres buscan acortar el tiempo en los tratamientos, no por falta de motivación o compromiso en su recuperación (Arana y Germán, 2005), sino porque para ellas es imperioso retomar estas responsabilidades. Romero y colaboradores ya en el año 1997, advertían que los tratamientos que podían ofrecer servicio de guardería para sus hijos/as y mejor coordinación con la red de infancia hacían más viable el acceso al tratamiento de las mujeres en consumo, más de veinte años después esto sigue siendo una asignatura pendiente a nivel nacional y europeo. Es necesario que se contemple el contacto y el apoyo desde el programa de recuperación en los cuidados de los/las hijos/as (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016). Es importante que en el contenido del tratamiento se incorpore la figura del niño/a con el objeto de que se mantenga un contacto permanente (telefónico, visitas, etc.) y evitar ruptura del contacto afectivo si es lo que desea la usuaria y si es lo recomendable para el/la hijo/a (Civira, Paredes y Hernández, 2015).

En las mujeres madres de hijos/as menores, es relevante incluir la angustia y preocupación que surge por estar separadas y no poder realizar cuidados cotidianos hacia ellos/as (Aristizábal, Ríos y del Pozo, 2016) sobre todo cuando ingresan en servicios residenciales. El delegar sus hijos/as a familiares o perder la custodia involucra sentimientos de culpa que deben ser abordados de manera protagónica en el tratamiento (Márquez y Lorenzo, 2016). Es necesario tener en cuenta que los equipos profesionales no perpetúen a las mujeres sólo como agentes de cuidado en sus intervenciones debiendo estar atentos a que sus diagnósticos, en cuanto a las competencias parentales de las usuarias, no se relacionen con sus propios referentes en lo que es la maternidad en la propia cultura y los prejuicios sociales.

Respecto a la reinserción sociolaboral, la incorporación laboral de las personas drogodependientes es uno de los pasos fundamentales para lograr la integración social y mejorar su salud psicológica y física (Cantos, 2015). El empleo favorece no sólo un estatus y rol en la sociedad, sino además una autopercepción positiva, ocupación del tiempo y

capacidad de participación social. En el caso de las mujeres drogodependientes, la búsqueda de empleo conlleva una dificultad mayor, ya que al hecho de ser consumidora o ser drogodependiente se añade la brecha de género estructural que ya sufren las mujeres por el mero hecho de serlo. Cuestiones como salarios inferiores, contratos más precarios y a tiempo parcial que afectan directamente a las mujeres, debe de sumarse la dificultad de la drogodependencia con el estigma social asociado y la penalización superior que se ejerce en las mujeres consumidoras. Ya hemos comentado que existe un desigual acceso de hombres y mujeres en recursos residenciales, y que de las pocas mujeres que llegan a estos recursos, el porcentaje que consolida una alta terapéutica y pasa a un recurso de reinserción sociolaboral es más escaso todavía. A esta inferioridad numérica, se une que, aunque los programas de inserción sociolaboral normalmente responden a recursos específicos ajenos a los dispositivos de drogas, suelen estar fuertemente vinculados a estos dispositivos a los que las mujeres acceden en menor porcentaje de manera habitual. En la fase de inserción sociolaboral, habrá que adaptar la orientación laboral en función de las necesidades concretas de esa población específica. En el documento “Barreras de inclusión social de población drogodependiente cronicada. Análisis desde la perspectiva de género” la Fundación Atenea propone entre otras muchas medidas interesantes algunas que se describen a continuación:

- Desarrollar talleres de empleo en los que las mujeres analicen y compartan sus expectativas y deseos laborales.
- Buscar y conocer los recursos y servicios de la zona o más cercanos que puedan apoyar el proceso de recuperación de las mujeres.
- Facilitación y utilización de los recursos normalizados, motivando para que sea ella misma la que acuda a los servicios que precisa.

En cuanto al plano laboral, las mujeres que han abandonado una drogodependencia se encuentran con más condicionantes que los varones en términos de formación y empleo por varios motivos: en la etapa de reinserción del proceso de recuperación de la drogodependencia, la oferta formativa o de preparación para la inserción laboral suele ser más abundante y diversa cuando los destinatarios son varones. En muchas ocasiones, no se atiende la preparación para la inserción laboral de la misma manera que en los usuarios varones (Meneses, 2007). Las mujeres se encuentran con más dificultades para encontrar empleo. El estigma social generado por la drogodependencia y sumado a la mayor

penalización social puede actuar como inhibidor en las personas empleadoras, que ofrecen menos oportunidades a las mujeres.

Por otra parte, crear vínculos sociales positivos se considera un factor protector para la abstinencia (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013). Además, son aspectos efectivos que pueden contribuir a revertir la vulnerabilidad social y una percepción negativa del entorno. En relación al proceso de tratamiento, la posibilidad de compartir con otras personas su rehabilitación para reafirmarse sobre sus propios logros y para configurar referentes femeninos en la recuperación de ellas y de las demás (Bacigalupo, Poyanco y Quaas, 2013).

1.6.2. Los equipos profesionales

Respecto a la implementación de la perspectiva de género en los programas y todo lo que confiere a los equipos profesionales, hemos de empezar hablando de la formación en perspectiva de género. Para los/las profesionales es necesario tener en consideración las formas de construcción de subjetividades femeninas y masculinas, así como las dimensiones en la adherencia al tratamiento según género, criterios de ingreso, tiempo de permanencia en el servicio, criterios de alta del tratamiento, accesibilidad simbólica de los pacientes, tipo de tratamiento recibido, formas de resolver problemáticas, formas de consumo, cantidad de consulta y apoyo familiar (Jeifetz y Tajer, 2010). Que los equipos profesionales realicen formaciones vivenciales en perspectiva de género y realizar supervisiones a largo plazo es necesario para mantener una actitud no sexista ante el tratamiento de la adicción y estar dispuesto/as a revisarse constantemente (Romero et al., 1997). Valls, Geldschläger y Ginés (2012) observan que las profesionales mujeres le dan más relevancia a la perspectiva de género y la aplican más que los hombres, puesto que identifican más discriminaciones y desigualdades en las atenciones de los centros.

Es necesario fomentar espacios de reflexión y supervisión en lo/as profesionales, con la finalidad de que puedan asumir cambios de actitudes e introducción de nuevos modelos de tratamiento (Arana y Germán, 2005). Trabajar con ellos/as en desarticular actitudes negativas hacia la mujer drogodependiente (del Pozo, 2005), destacando la dimensión social como un aspecto que influye en el diagnóstico y tratamiento y que puede generar comportamientos adictivos y estigma. Gracias a las supervisiones externas se produce que los/las profesionales están más atentos/as a los estereotipos propios –muchos de ellos/as tienen una visión esencialista acerca del género-, a las necesidades particulares de los

hombres usuarios, y también en los dilemas ideológicos que surgen al querer tratar a todos/as los/las usuarios/as por igual, pero a su vez, prestar especial atención a las particularidades de cada paciente.

En cuanto al estilo relacional, es necesario un estilo terapéutico que de espacio a actividades que reestructuren afectivamente a la usuaria, le permitan expresión adecuada de sus emociones y genere autonomía personal (Blanco, Sirvent y Palacios, 2005). En el tratamiento con mujeres debe ser prioritario abordar la dimensión psicoafectiva y lo relacional (Arbelo y Puyol, 2015). Por ello, examinar tratamientos cognitivo-conductuales, de corte motivacional y no confrontativos (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016), son las recomendaciones más habituales. Una acogida positiva que evite la estigmatización social y provoque abandono del tratamiento de las mujeres drogodependientes (o cuidados de su embarazo), son sugerencias que propone del Pozo (2005) que recalca evitar el uso de lenguaje sexista en los equipos profesionales y estar pendientes de las desigualdades de género que pueden reproducirse desde el propio equipo profesional hasta el grupo de personas usuarias.

Tal y como indican Castaños (2007) *“En este sentido, la estrategia de la confrontación que, en ocasiones, se ha utilizado con drogodependientes varones con el objetivo de desmontar sus defensas, en el caso de las mujeres es claramente inadecuada (incluso en situaciones en las que disponemos de argumentos sólidos, por ejemplo ante intentos de manipulación o resultados positivos en los controles toxicológicos). Es especialmente importante evitar la confrontación porque ésta vuelve a colocar a la mujer en una posición subordinada, donde su palabra tiene poco crédito e incluso puede conducir a la revictimización, generando posiciones que lesionan su autoestima y, a menudo, facilitan abandonos prematuros del tratamiento”* (pp:62). El Plan Nacional Sobre Drogas de España (2007) subraya tres aspectos esenciales que hay que considerar en programas con mujeres drogodependientes:

- 1) Acogida, contención y vínculo terapéutico, puesto que para las mujeres es igual de importante el rigor profesional que el/la terapeuta establezca mejor alianza, empatía, y sea acogedor/a, genere confianza.
- 2) Fomentar habilidades que contribuyan a la toma de decisiones, resolución de conflictos y estructuración de la vida cotidiana, es decir, potenciar recursos al servicio de sí misma. Esto incluye: relaciones personales, autoestima y

recuperación de la violencia. Además, identificar situaciones de riesgo que aumenten probabilidad de recaídas.

- 3) Reinserción: autonomía, auto-sustentación, mantener abstinencia, readaptar relaciones sociales, familiares y laborales, adopción estilo de vida saludable, reducir comportamientos de riesgo y abordar conflictos personales (Arbelo y Puyol, 2015).

En este primer capítulo hemos abordado cuestiones importantes para entender el contexto de la investigación. Se ha realizado una descripción de los datos epidemiológicos a nivel mundial, europeo, nacional y territorial para conocer las tendencias de consumo, así como los datos de tratamiento y la prevalencia de mujeres en los mismos, evidenciando que representan un mínimo porcentaje de las personas que reciben tratamiento por problemas de drogodependencias. Se han descrito las características y estructura de la red de atención a las drogodependencias, centrándonos en las características de las CTs. Por otra parte, hemos recopilado y analizado investigaciones que describen la relación entre la drogodependencia en mujeres y las violencias vividas, en especial la violencia de género en el ámbito de la pareja. Las barreras de género en el acceso y la permanencia en los tratamientos residenciales de drogodependencias han sido descritas para entender el bajo porcentaje de mujeres en tratamiento, y por último se ha descrito de manera pormenorizada el significado de la aplicación de la perspectiva de género en los programas de atención a las drogodependencias, tanto a nivel de diseño y ejecución del programa, como de los equipos profesionales.

A continuación, se procederá con los próximos capítulos específicos de la investigación: objetivos e hipótesis, material y procedimientos, resultados, discusión y conclusiones.

2. Objetivos e Hipótesis

La finalidad de esta investigación es conocer necesidades específicas que presentan las mujeres que realizan tratamiento por adicciones en las Comunidades Terapéuticas (CTs), entre ellas las derivadas de la concurrencia de la Violencia de Género en el Ámbito de la Pareja (VGAP). Para ello analizamos su perfil psicosocial y clínico, la prevalencia de VGAP que afrontan y, en qué medida, algunas de estas variables junto a las características de los programas de tratamiento, influyen en la adherencia y el éxito terapéutico. A continuación, planteamos cuatro objetivos generales, con sus respectivos objetivos específicos e hipótesis.

Objetivos generales y específicos

1. Describir el perfil psicosocial y clínico de las mujeres con trastorno por uso de sustancias (TUS) en tratamiento en Comunidades Terapéuticas (CTs).
 - 1.1. Describir el perfil psicosocial: edad, nacionalidad, estado civil, número de hijos/as, estado de la custodia, si son menores de edad, situación económica y situación formativo-laboral.
 - 1.2. Describir el perfil clínico: (a) diagnóstico psicopatológico; (b) historial de consumo y tratamientos previos; (c) antecedentes psiquiátricos familiares, incluido los TUS y antecedentes de malos tratos en la infancia; (d) variables psicopatológicas de ansiedad y depresión y (e) variables psicológicas de autoestima, estilos de afrontamientos, bienestar subjetivo, estadio de motivación para el cambio e ideas asociadas a roles de género y consumo.

2. Conocer la prevalencia de Violencia de Género en el Ámbito de la Pareja (VGAP) en las mujeres que realizan tratamiento en las Comunidades Terapéuticas (CTs).
 - 2.1 Describir los datos de prevalencia de VGAP.
 - 2.2 Identificar patrones de VGAP en función de los tipos de violencia en el ámbito de la pareja / expareja y su gravedad.
 - 2.3 Identificar el grado de separación psicosocial del agresor de las usuarias en tratamientos en CTs.

3. Analizar la adherencia terapéutica de las usuarias y sus posibles determinantes relacionados con: el historial clínico previo, estado motivacional y grado de implantación de perspectiva de género en los programas de tratamiento.
 - 3.1.Describir datos de adherencia al tratamiento: altas terapéuticas, abandonos y barreras identificadas.
 - 3.2.Describir los datos de adherencia en función del perfil psicosocial y clínico de las usuarias en tratamiento en CTs.
 - 3.3.Describir los datos de adherencia en función del grado de implantación de la perspectiva de género en los tratamientos.

4. Analizar los resultados o efectividad terapéutica del tratamiento en las CTs.
 - 4.1.Resultados al finalizar el tratamiento en las altas terapéuticas.
 - 4.2.Resultados de seguimiento 6 meses después de finalizar el tratamiento en todos los tipos de alta.

Hipótesis

Hipótesis 1.- En la muestra estudiada encontraremos una alta prevalencia de VGAP.

Hipótesis 2.- Los programas que tengan más indicadores de implantación de perspectiva de género, tendrán mejores resultados al finalizar el tratamiento.

Hipótesis 3.- Las mujeres que completan el tratamiento residencial de 6 meses, tendrán mejoría significativa en las variables clínicas estudiadas de: abstinencia, depresión, ansiedad, autoestima, estilo de afrontamiento, bienestar subjetivo y motivación.

Hipótesis 4.- Las mujeres que completan el tratamiento residencial y reciben el alta terapéutica presentarán mejores resultados, a los 6 meses de seguimiento, de abstinencia y vinculación a tratamientos, que las mujeres con altas voluntarias o expulsiones.

3. Metodología

3.1. Participantes

La muestra clínica de este estudio está formada por 50 mujeres mayores de 18 años y en tratamiento en Comunidades Terapéuticas (CTs), por Trastornos por uso de sustancias (TUS). La muestra se formó a partir de los ingresos realizados en tres CTs de Catalunya, durante el periodo comprendido entre abril de 2018 y junio de 2019. Se trata de una muestra de conveniencia y con participación voluntaria de sus participantes. Las CTs participantes cuentan con equipos multidisciplinares de intervención, son programas mixtos de larga duración (entre 6 y 9 meses), y cuentan con plazas públicas subvencionadas por la Generalitat de Catalunya.

Tabla 3. Características de las participantes el estudio

Variable	n	Porcentaje
Nacionalidad	50	-
Española	48	95.9%
Rusa	2	4.1%
Estado civil	50	-
Soltera	26	53%
Casada o con pareja	11	22.4%
Separada	5	10%
Divorciada	5	10%
Viuda	2	4%
Consumo	50	100%
Alcohol	20	41%
Policonsumo	15	31%
Cocaína	10	20%
Cocaína y alcohol	3	6%
Heroína	1	2%
Violencia de pareja	47	98%

En la Tabla 2 se observa que la muestra tiene una edad media de 41,5 años, Desviación típica (DE) 9,074 y rango entre 22-63 años. El 95.9% (n=48) son de nacionalidad española y el restante 4.1% (n=2) de nacionalidad rusa. El 53% de la muestra (n=26) están solteras, 22.4% (n=11) casadas o en pareja, 10% separadas (n=5), 10% divorciada (n=5) y 4%

viudas (n=2). La totalidad de mujeres que configuran la muestra presentan problemas por consumo de sustancias y el 98% de la muestra (n=47) puntúa de manera positiva en el cribado de violencia de género en el ámbito de la pareja. El motivo de demanda de tratamiento es principalmente a raíz de la dependencia al alcohol en el 41% de la muestra (n=20), de policonsumo en el 31% de la muestra (n=15), cocaína en el 20%; (n=10), cocaína y alcohol en el 6% (n=3) y heroína 2% (n=1).

Criterios de inclusión y exclusión

El criterio de inclusión utilizado fue simplemente ingresar en la CT en el periodo indicado. Se utilizaron dos criterios de exclusión para participar en el estudio: la edad (ser menor de 18 años o mayor de 65 años) y/o presentar deterioro neurocognitivo o neuropsicológico objetivado, mediante la clínica que refiere la usuaria, ya que puede interferir en las respuestas de la batería de evaluación.

En el inicio del estudio se contaba con una muestra conformada por 50 mujeres, a los 3 meses la muestra se redujo a 24 mujeres, ya que 15 de ellas ya no realizaban tratamiento en las CT por altas voluntarias (30%) y 11 de ellas debido a altas por expulsión (22%). Finalmente, al seguimiento de los 6 meses contábamos con 24 participantes (48%) que si finalizaron el tratamiento. Además, se cuenta con una muestra de seguimiento de 6 meses post-tratamiento conformada por 30 mujeres: 8 altas terapéuticas, 12 altas voluntarias y 10 altas por expulsión.

En el periodo temporal descrito, entre abril del 2018 y junio del 2019, se registraron un total de 66 usuarias que ingresaron en los centros participantes de la investigación. De las 66 participantes, el 24,24% (n=16) no participaron por dos motivos: (a) por no ajustarse a los criterios de inclusión y presentar deterioro neurocognitivo clínicamente significativo (n=8; 12,12%) y (b) manifestar el no deseo de participar en la investigación (n=8, 12,12%). La muestra total que participan en el estudio es de 50 mujeres, un 75,76% respecto al total de mujeres ingresadas en el periodo estudiado. Las mujeres que finalmente participan reciben una hoja informativa sobre los objetivos del estudio, en que consiste su participación y como se trataran confidencialmente sus datos. En segundo lugar firman el consentimiento informado. Ambos documentos siguieron los criterios recomendados por

el Comité de Ética en Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universidad Autónoma de Barcelona como se detalla en un apartado posterior.

Características del contexto

Actualmente en Catalunya hay 14 Comunidades Terapéuticas, y según la memoria anual de la Coordinadora de Comunidades Terapéuticas, Centros de días y Pisos de reinserción, en el año 2018 se atendieron 1.275 personas, de las cuales el 82.2% (n=1.048) fueron hombres y el restante 17.8% (n=227) fueron mujeres. Eso significa que la muestra de este estudio (N=50) podría representar un 22% de las mujeres en tratamiento por adicciones en las comunidades terapéuticas en Cataluña.

Según el Sistema de Información sobre Drogodependencias de Catalunya en el año 2018 se registraron en Cataluña 13.944 inicios de tratamiento. De estos inicios de tratamiento el 42,2% fueron inicios por alcohol, el 23,9% por cocaína, el 13,8% por cannabis, el 11,9% de heroína y el 3,7% para tabaco. Según este informe 3 de cada 4 inicios de tratamientos son de hombres. Si se analizan los datos en hombres y mujeres por separado, se observa igualmente que el alcohol es la sustancia con más inicios de tratamiento en ambos sexos: 48,1% en el caso de las mujeres y 40,4% en el de los hombres; seguido por la cocaína: 18,9% las mujeres y 25,4% los hombres (*Agència de Salut Pública de Catalunya, 2018*).

3.2. Instrumentos de evaluación

La información sobre las variables que se analizaron se recogió mediante la aplicación de diferentes instrumentos de evaluación. La mayoría de los instrumentos cuentan con los requerimientos psicométricos básicos para poder ser aplicados en la muestra estudiada, tan solo en dos casos no encontramos información psicométrica más precisa.

A continuación, se describen de forma más amplia tal y como se refleja en la Tabla 3.

Tabla 4. *Batería de evaluación aplicada*

INSTRUMENTO	DIMENSIONES EVALUADAS
<i>Entrevista inicial de recogida de datos sociodemográficos</i>	Variables psicosociales
<i>Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).</i> (Vázquez y Sanz, 1999).	Gravedad de Depresión
<i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i> (Buela, Guillén y Seisdedos , 2011)	Ansiedad estado y rasgo
<i>Escala de Autoestima Rosenberg</i> (Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004)	Autoestima
<i>Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)</i> (Gómez Peña y cols., 2011)	Motivación al cambio
<i>Escala de COPE</i> (Crespo y Cruzado, 1997)	Estrategias del afrontamiento del estrés
<i>Screening de Violencia contra la Mujer (SVD)</i> de Fogarty y Brown (2002)	Violencia
<i>Escala de Violencia de la pareja y expareja (EVP)</i> (Roca et al., 2013)	Violencia
<i>Escala de separación psicosocial (ESP)</i> (Roca et al., 2013)	Dependencia a la pareja
<i>Escala de Bienestar Subjetivo o Cuestionario de Permanencia del Cambio (EBS)</i> (Donoso, Luna y Velasco, 2012)	Bienestar subjetivo
<i>Escala de ideas asociadas a los roles de género y consumo (EIR)</i> (Adaptado de Donoso, Luna y Velasco 2012)	Ideas sobre roles de género y uso de sustancias

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II) (Beck y Steer, 1993) es un autoinforme que permite detectar y evaluar la gravedad del trastorno depresivo. Se utiliza en poblaciones clínicas mayores de 13 años. Incluye los criterios propuestos por el DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de depresión mayor y la distimia. Se encuentra compuesto de 21 ítems con escala tipo Likert, que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes que sufren un trastorno afectivo. Este instrumento está traducido y adaptado en población española (Vázquez y Sanz, 1999) y es la que se utiliza en este estudio. La totalidad de los ítems o áreas evaluadas pueden clasificarse, según diferentes estudios, en tres factores: cognitivos, somáticos y afectivos. Se ha constatado reiteradamente que el 64% de los ítems contempla síntomas verbales/cognitivos, el 27% de los ítems síntomas somáticos y el 9% de los ítems rasgos afectivos. Consecuentemente, se considera que dicho inventario tiene un mayor peso en la evaluación de los rasgos cognitivos de los trastornos afectivos. La consistencia interna de este instrumento es de 0.85 y su fiabilidad alta (0.90). Según Vázquez en 1995 (citado por Sanz, 2011) puntuaciones superiores a 10 puntos son indicativas de sintomatología depresiva.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) es un cuestionario que evalúa la ansiedad en las dimensiones Estado y Rasgo. Se utiliza la versión adaptada al español por Buela, Guillén y Seisdedos (2011). Dispone de 40 ítems, la mitad pertenecientes a la subescala “Estado” que evalúa el nivel actual de ansiedad y la otra mitad a la subescala “Rasgo” que identifican la predisposición de la persona a responder al estrés.

La dimensión “Ansiedad-Estado” está caracterizada por sentimientos subjetivos, tensión o aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo. Se refiere a un estado transitorio de ansiedad, que fluctúa en el tiempo. Es decir, el individuo puede percibirse ansioso en una situación que se interprete como amenazadora o peligrosa, o por lo contrario, no sentirse ansioso dada que la situación no la percibe como amenazante. Puntuaciones bajas en esta dimensión son indicadores de que una persona se muestra segura y tranquila, mientras que puntuaciones altas muestran niveles altos de nerviosismo, tensión, miedo e incluso pánico.

La dimensión “Ansiedad-Rasgo” se define como la predisposición temperamental de una persona a percibir un amplio rango de situaciones como amenazantes o peligrosas.

Muestran un comportamiento caracterizado por un estado de ansiedad desproporcionado frente a situaciones objetivamente no peligrosas y de forma estable en el tiempo. Esta escala pretende medir la ansiedad como un rasgo permanente de la personalidad de un sujeto.

Para su corrección se obtiene una puntuación directa de ansiedad estado y una puntuación de ansiedad rasgo, resultado de la suma de cada uno de los ítems de cada subescala. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Dispone de una consistencia interna de 0.90-0.93 en la subescala Estado y de 0.84-0.87 en la subescala “Rasgo”.

Escala de Autoestima de Rosenberg

La Escala de Autoestima Rosenberg (Rosenberg, 1965; citado en Vázquez, Jiménez y Vázquez, 2004) es un cuestionario autoadministrado que evalúa la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo, y tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La autoestima refleja la relación entre la autoimagen real y la ideal.

Esta escala consiste en 10 ítems de escala tipo Likert de 4 puntos. Cinco de los ítems se encuentran anunciados de forma positiva, los cinco restantes de forma negativa, con la intención de controlar la aquiescencia. Puntuaciones menores de 25 denotan una baja autoestima. Puntuaciones comprendidas entre 26 y 29 puntos son indicativas de una autoestima media. Puntuaciones superiores a 30 son indicativas de una autoestima normal. Se encuentra adaptada a la población española y dispone de una consistencia interna entre 0.76 y 0.87 y una fiabilidad de 0.80.

Escala de evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)

La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (McConnaughy, Prochaska y Velicer, 1983) es un cuestionario que pretende evaluar la situación del sujeto en el continuo de disposición al cambio propuesto en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Compuesto por 32 ítems con escala tipo Likert de 5 puntos, dividida en 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento). El estado de motivación del evaluado corresponde a la mayor puntuación de las subescalas. Dispone de una consistencia interna bastante elevada, entre los valores de 0.69 y 0.89.

Escala de Estilos de Afrontamiento (COPE)

La Escala de COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1998 citado por Fernández y Blasco, 2003) es un cuestionario adaptado por Crespo y Cruzado (1997) en población española. Tiene el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés. Se encuentra compuesto por 60 ítems y 15 subescalas. Puntuaciones superiores a la media de cada subescala indican un uso de la estrategia de afrontamiento de forma desadaptativa. Su consistencia interna oscila entre 0.45 y 0.92.

En cuanto a los estilos de afrontamiento para evaluar el ajuste de una persona al patrón normal se debe analizar si el resultado en cada subescala está comprendido dentro del intervalo obtenido sumando y restando la desviación típica a la media. Las subescalas que, en términos generales, son más adaptativas y que también son las más usadas son: Planificación y afrontamiento activo, Búsqueda de apoyo social, Concentrar esfuerzos para resolver la situación, Reinterpretación positiva y, sobre todo, Crecimiento personal. El grado de adaptación de las estrategias Desahogarse y Centrarse en las emociones puede ser negativo a largo plazo. Finalmente, las estrategias claramente desadaptativas son Negación, Abandono de esfuerzos de solución y Uso de alcohol y drogas.

Screening For Abuse in Spanish Speaking Women (SVD)

El Cribado de Violencia contra la Mujer (SVD) de Fogarty y Brown (2002) consta de 8 preguntas tipo Likert que interroga sobre: a) el grado de estrés existente en la relación; b) la dificultad para resolver discusiones y c) la existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual. Las posibles respuestas se disponen en tres niveles que van de menor a mayor gravedad. Las respuestas menos deseables son evaluadas con 3 puntos, las intermedias con 2 puntos y las más deseables con 1 punto; así, el máximo es de 24 puntos y el mínimo de 8. Este instrumento fue traducido al español y validado por Forgarty y Brown en pacientes hispanohablantes de Estados Unidos de Norteamérica en el año 2002, obteniendo una sensibilidad de 89% y especificidad de 94%, con un alfa de Cronbach de 0,91. Puntuaciones superiores a 3 puntos se relacionan con la existencia de tensión/violencia de pareja. A mayores puntuaciones, mayor violencia en la pareja. Dispone de una consistencia interna de 0.91.

Escala de violencia en la pareja y expareja (EVP)

La Escala de Violencia de la pareja y expareja (EVP) (Roca et al, 2013), mide la frecuencia y gravedad de los comportamientos violentos en una relación de pareja preguntando a la

superviviente por el comportamiento agresor de la pareja maltratadora. Incluye violencia de tipo psicológico, físico, sexual, económico y de acoso directo e indirecto. Es una herramienta creada en población española que evalúa tanto la frecuencia del acoso como la gravedad que se ha recibido en una relación de violencia de pareja o con la expareja. Se presenta el cuestionario en dos formatos que responden a si la pareja lo es actualmente, o si es la expareja.

Para registrar la violencia actual y pasada, en las dos subescalas hay para cada pregunta del cuestionario la doble columna de “en los últimos tres meses” y “antes”. También se ha añadido la palabra “(ex) pareja” para que fuese más coherente al administrarla a las supervivientes ya separadas físicamente como es el caso de las mujeres que ingresan en un tratamiento residencial.

Un valor añadido a destacar de la escala es la inclusión de comportamientos violentos de acoso en la forma que suelen producirse después de la separación de la pareja. Estos últimos, aunque están presentes mientras se vive en pareja y en cohabitación, a veces constituyen la única forma de violencia que aparece en las separaciones. Estas dimensiones permiten visibilizar la violencia después de la separación cuando, aunque es cierto que se reduce, es sabido que se mantiene con estrategias diferentes según señalan sus autoras. La escala se compone por 34 ítems de tipo Likert. Puntuaciones superiores a la media indican presencia de violencia de alta gravedad. Dispone de una consistencia interna de 0.93-0.86.

Escala de Separación Psicosocial (ESP)

La Escala de separación psicosocial (ESP) (Roca et al, 2013) se compone por 40 ítems de respuesta Likert sobre el grado en el que una mujer está separada psicológicamente y de manera material de su pareja actual o expareja. La escala cuenta con tres dimensiones diferentes: Reacción a la violencia (Alpha de Cronbach= 0,77); Control de la propia vida (Alpha de Cronbach= 0,61); y valoración de la relación de pareja (Alpha de Cronbach= 0,51).

La subdimensión “Reacción a la violencia” es el conjunto de valoraciones cognitivo-emocionales y reacciones conductuales a la violencia que la mujer está recibiendo y que van de la supervivencia al enfrentamiento. La subdimensión Control de la propia vida pasa tanto por mecanismos psicológicos como por el autocontrol directo e independiente de las condiciones materiales de supervivencia y la percepción de suficiencia de estas condiciones. La tercera dimensión de la separación psicosocial es la Valoración de la relación de pareja. Este proceso consiste en la valoración del compromiso que la mujer

tiene y quiere tener con la relación de pareja y con la familia propia. Valorar la relación de pareja en una separación radica también en los procesos de aceptación del fracaso de la relación y del duelo por las pérdidas consiguientes, de relación amorosa inicial, de roles y posiciones sociales y económicas. Consiste también en la elaboración de la pérdida del proyecto de vida en pareja o de familia, en la reinterpretación sin estigmas de la relación abusiva y de la experiencia de separación y en el restablecimiento de la identidad personal positiva. Para la investigación se utilizó el protocolo B, dirigido a mujeres que viven separadas físicamente de la pareja o ya no tienen una relación sentimental con ellas. Puntuaciones superiores a la media indican dependencia hacia la pareja. Esta herramienta psicométrica dispone de una consistencia interna entre 0.51 y 0.77.

Escala de Bienestar Subjetivo (EBS)

La Escala de Bienestar Subjetivo o Cuestionario de Permanencia del Cambio (EBS) (Donoso, Luna y Velasco, 2012) tiene el objetivo de evaluar la sensación de satisfacción personal o bienestar psicológico, además del cambio de comportamientos y conductas, sentimientos de inseguridad y ansiedad y cambios cognitivos tras una intervención. Se dirige únicamente al género femenino. Consta de 10 afirmaciones sobre creencias y sentimientos personales. Puntuaciones superiores a 37 indican una alta satisfacción con la vida. No se dispone de evidencia psicométrica sobre su consistencia y fiabilidad.

Escala de ideas asociadas a los roles de género y consumo (EIR)

La Escala de ideas asociadas a los roles de género y consumo (EIR) es un cuestionario adaptado de la versión original de Donoso, Luna y Velasco (2012) que se centra en la evaluación del grado de asunción de los roles estereotipados de género que imperan en la sociedad patriarcal. Se compone de 8 ítems de tipo Likert de 4 puntos sobre el grado de acuerdo con afirmaciones sobre los estereotipos de género. A mayores puntuaciones se determina mayor normalización de los estereotipos de género. Para la utilización en esta investigación se ha agregado un ítem que hace referencia al doble estigma que supone ser mujer y consumidora. No se dispone de evidencia psicométrica sobre su consistencia y fiabilidad.

3.3. Procedimientos

3.3.1. Diseño de investigación

Se presenta una investigación de tipología descriptiva, relacional y explicativa en algunos de sus objetivos. Así los dos primeros objetivos generales plantean describir el perfil psicosocial, clínico y la prevalencia de VGAP en la muestra de mujeres del estudio. El objetivo general 3, pretende encontrar relaciones entre la adherencia y algunas de las características del perfil clínico de las usuarias y entre adherencia y perspectiva de género en los centros o CTs participantes. Finalmente, el objetivo general 4 pretende evaluar la efectividad del tratamiento en la CT para las mujeres que lo reciben y responde a una tipología de investigación cuasi-experimental explicativa. En los objetivos 3 y 4 utilizamos un diseño longitudinal-prospectivo, de un único grupo de tratamiento, con medidas de las variables clínicas en dos momentos diferentes: al inicio del tratamiento o pretest y al finalizar el mismo, a los 6 meses o posttest (ver Figura 3). Por otra parte, y también respondiendo al objetivo 4, realizamos un seguimiento 6 meses después de que las usuarias finalicen el tratamiento de los 3 tipos de altas posibles: terapéutica, abandono o expulsión; poniendo como fecha de finalización de estos seguimientos Junio del 2019. Seguimos la orientación en clasificación de diseños de investigación de Ato, López y Benavente (2013).

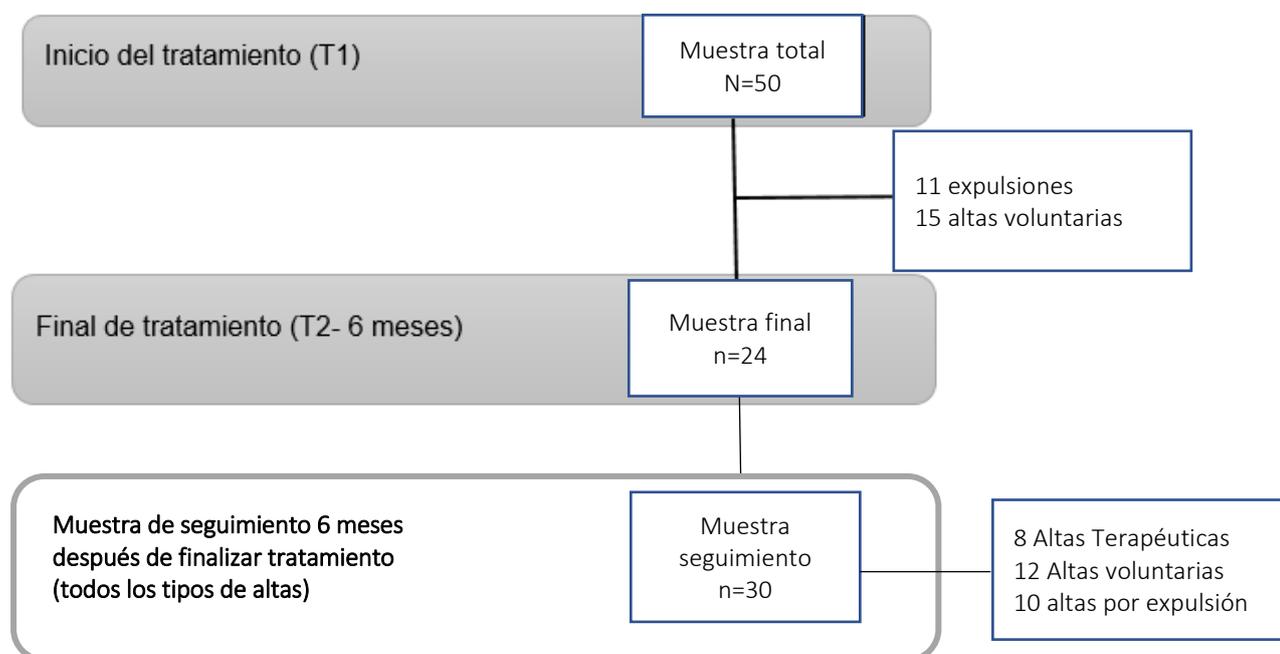


Figura 3- Proceso de recogida de datos en la investigación

3.3.2. Recogida de datos, Selección y contacto con los centros de tratamiento

La tradición de la metodología de trabajo de las Comunidades Terapéuticas ha dado como resultado que en la actualidad haya diferentes grados de profesionalización de los recursos y en la aplicación de los estilos de intervención. De las 14 Comunidades Terapéuticas (CTs) que hay en Catalunya se preseleccionaron 6 centros debido a sus características comunes como son: un alto grado de profesionalización, el uso de técnicas de intervención basadas en evidencia científica, dar atención a mujeres o ser de carácter mixto para hombres y mujeres; participar en plataformas de incidencia política y grupos de trabajo del tercer sector; realizar tratamientos a largo plazo y pertenecer a la red pública de atención a las drogodependencias (*Xarxa d'atenció a les drogodependències*). En un primer momento, se les informó de la realización y los objetivos del estudio, mediante correo electrónico a las direcciones de los 6 centros de tratamiento a los que se solicitaban la participación. Mostraron interés y aceptaron participar 4 centros, pero dos de ellos pertenecen a la misma entidad y son idénticos en cuanto a indicadores de género analizados, por lo cual en el análisis se lo considera un único centro representado a la muestra. Por otro lado, 1 centro no dio respuesta a la convocatoria y 1 centro declinó la invitación argumentando que les resultaba difícil asumir la carga de trabajo que implicaría la participación en la investigación.

3.3.3. Periodo de formación de las personas evaluadoras

Tras la autorización de la dirección del centro para participar en la investigación, se procedió a concretar reuniones presenciales en los centros con el/la directora/a del centro y los/las terapeutas que llevarían a cabo las evaluaciones de las usuarias. En las reuniones, la investigadora principal se reunió con los miembros del equipo profesional del centro que participarían en la investigación para explicar detalladamente las características de la investigación, las baterías de evaluación de T1 y T2 (denominadas así por los momentos temporales en las que se aplican (ver Figura 3), así como el resto de las fichas necesarias para el registro de información. Se entregaron los formularios en formato papel y un dossier con indicaciones específicas para el trabajo de campo.

Se realizó la formación a las personas evaluadoras, que consistió en una sesión presencial de dos horas, con el objetivo de homogeneizar conceptos en la evaluación. Posteriormente, se inicia el muestreo, y se acuerda que cada vez que ingresaba una nueva usuaria en la

Comunidad Terapéutica (CT) participante se le informa vía correo electrónico a la investigadora principal para llevar un registro y seguimiento de los casos. La investigadora principal realiza una función de coordinación en el muestreo en los centros participantes. La investigadora principal registra cada nuevo ingreso, registra las fechas en que deberán ser evaluadas por segunda vez cada participante, y realiza los recordatorios a las personas evaluadoras, registrándose de manera mensual las altas del programa, los motivos y otras casuísticas de interés. Los datos en formato papel son recogidos en las CTs de manera trimestral para ser introducidos en la base de datos.

3.3.4. Pasación batería de instrumentos de evaluación

El proceso de evaluación consistió en realizar la aplicación de una batería de instrumentos en dos momentos temporales distintos T1 y T2. La batería aplicada en el momento de T1 es ligeramente diferente que en T2 (ver Tabla 4). La batería aplicada en T1, es decir, en el momento del ingreso de la usuaria en programa, incluye una recogida de variables sociales y clínicas, consta de una parte aplicada en formato entrevista y una segunda parte con formularios autocumplimentados con un tiempo de aplicación de 1.30hs. La batería aplicada en T2 solo incluirá el registro de las variables clínicas para poder comparar la evolución en cada momento temporal, por lo tanto, consta solo de cuestionarios autoaplicados y el tiempo medio de aplicación es de 1 hora. Se acuerda este margen temporal de 6 meses para evaluar la mejoría clínica en el programa dado que existe evidencia científica que avala que esta es la temporalización adecuada para poder identificar el cambio en el ajuste psicológico y social de personas que realizan un tratamiento de drogodependencia (Guydish, 1995; Johnson, 2008).

Por otra parte, se realiza un seguimiento complementario y telefónico de las mujeres que ingresan y cursan un alta (de las tres tipologías) en los meses de mayo del 2018 hasta junio del 2019 elaborando dos sencillas preguntas al cabo de 6 meses de haber finalizado su estancia en el centro de tratamiento: 1- ¿Sigues abstinentes de sustancias? y 2- ¿Sigues vinculada a algún tipo de tratamiento. Este periodo temporal se limita para poder hacer el seguimiento de la mayor parte de la muestra que ha tenido un alta del programa y, a su vez, poder realizar el análisis de datos que se deriva para esta investigación.

Tabla 5. Relación de los instrumentos aplicados en cada batería de evaluación

INSTRUMENTOS	MOMENTO TEMPORAL	
	T1	T2
VARIABLES SOCIALES (Edad, nacionalidad, formación, hijos/as, etc.).	X	-
Historial de consumo y de tratamientos	X	-
Cribado de Violencia en la Pareja (SVD)	X	-
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).	X	X
El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	X	X
Escala de Autoestima Rosenberg	X	X
E. de Evaluación del Cambio de la U. de Rhode Island (URICA)	X	X
Escala de COPE	X	X
Escala de Violencia de la pareja y expareja (EVP)	X	X
Escala de separación psicosocial (ESP)	X	X
Escala de Bienestar Subjetivo (EBS)	X	X
Escala de ideas asociadas a los roles de género y consumo (EIR)	X	X

De aquellas usuarias que han decidido participar y contestan a la primera entrevista (T1) pero que interrumpen su programa de manera precoz (ya sea porque piden el alta voluntaria o son expulsadas del centro), se llevará a cabo un registro por parte de su terapeuta referente donde se registrará el motivo de su alta o expulsión y la fecha para realizar su posterior análisis. Se diseñó una base de datos para cada momento temporal donde se incluyeron todas las variables estudiadas y se han recodificado los ítems pertinentes.

3.3.5. Cuestiones éticas

La investigación cuenta con diferentes abales para garantizar el cumplimiento de las cuestiones éticas esenciales de acuerdo con la propia deontología profesional y con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal, como son: (a) autorización y consentimiento informado por parte de la dirección de cada centro; (b) consentimiento informado por parte de las participantes en la investigación y (c) solicitud y autorización del Comité de Ética en Experimentación Animal y Humana (CEEH) de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Cuando la usuaria realiza el ingreso a la comunidad terapéutica (CT) en un periodo temporal establecido de un máximo 15 días desde su llegada al centro, la persona referente de atención psicológica en el programa le cita para hacerle la propuesta de participación en el estudio. En este primer contacto se le proporciona la hoja de información completa del estudio para la usuaria donde se incluye el objetivo del estudio, lo que implicaría su participación y como serán tratados los datos confidenciales que se deriven de la evaluación (Anexo 1). En el caso de aceptación a participar se procede a firmar la hoja de consentimiento informado aprobado por el CEEH (Anexo 2).

3.3.6. Análisis de datos

Tras la fase de recogida de datos se procedió a la codificación y mecanización de los datos obtenidos en cada uno de los cuestionarios. Esto se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows versión 25 (*Statistical Package for Social Sciences*, IBM, 2012). Para depurar la base de datos y detectar errores en la codificación de estos, se utilizaron técnicas descriptivas univariantes, calculándose la distribución de frecuencias de cada variable con el objetivo de comprobar que todos los códigos de las variables se situaban entre los valores posibles. Cuando se identificaba algún error se procedía a analizar el cuestionario al que pertenecían, y, una vez comprobada la respuesta, se corregía. Se considera significativa la $p < 0.05$.

Las pruebas utilizadas para los análisis de datos en función de los objetivos planteados son las siguientes:

- Estadísticos descriptivos de las variables psicosociales y clínicas en T1 de toda la muestra.
- Estadísticos descriptivos de los tipos de altas al final del estudio.
- Estadísticos descriptivos de las variables clínicas en T2 de la muestra de altas terapéuticas.
- Como se trata de una muestra estadísticamente grande (N mayor de 30), se han llevado a cabo correlaciones de Pearson entre las variables psicosociales y clínicas de la muestra en T1.
- En cuanto a los datos de las altas terapéuticas, voluntarias o expulsiones, se realiza la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* para ver si la distribución de algunas variables seguía la curva normal.
- La prueba de *Chi-cuadrado* para explorar diferencias significativas entre:

- Las variables psicosociales y clínicas de la muestra de altas terapéuticas y no terapéuticas en T1.
 - Las variables psicosociales y clínicas de la muestra por tipo de centro en T1.
- La prueba de *T de Student* para muestras relacionadas para estudiar las diferencias entre las variables clínicas recogidas en T1 y en T2 de las altas terapéuticas.

4. Resultados

A continuación, presentamos los resultados del análisis de datos para los diferentes objetivos generales y específicos, así como para las tres hipótesis planteadas en la investigación. En referencia al primer objetivo, se analizan las variables psicosociales y clínicas en T1 (al inicio del tratamiento). El segundo objetivo corresponde a identificar la prevalencia de VGAP recogida en T1. El tercer objetivo relaciona los tipos de altas del programa con las variables clínicas y sociales en T1. Por último, el cuarto objetivo analiza la efectividad terapéutica comparando las diferencias de las variables clínicas recogidas en T1 y en T2 (al final del programa- 6 meses) de las altas terapéuticas y el seguimiento de todos los tipos de altas en el periodo de mayo del 2018 a junio de 2019 a los 6 meses después de haber finalizado el tratamiento.

4.1. Objetivo 1: Perfil psicosocial y clínico.

Perfil psicosocial y clínico de las mujeres con trastorno por uso de sustancias en tratamiento en Comunidades Terapéuticas.

Perfil psicosocial

El perfil psicosocial se basa en información relativa a: edad, nacionalidad, estado civil, número de hijos/as, estado de la custodia, si son menores de edad, situación económica y situación formativo-laboral (ver Tabla 6), variables recogidas en el inicio del tratamiento (T1).

La muestra final compuesta por 50 mujeres presenta una edad de 41,5 años de media (DE 9,074; rango: 22-63). El 95.9% (n=48) son de nacionalidad española y el restante 4.1% (n=2) de nacionalidad rusa. El 53% de la muestra (n=26) están solteras, 22.4% (n=11) casadas o en pareja, 10% separadas (n=5), 10% divorciada (n=5) y 4% viudas (n=2) (ver Tabla 5).

En el Figura 4, podemos ver que el 59% de las mujeres no tiene hijos (n= 29; 59%) y el 41% (n=21) de la muestra de mujeres tienen hijos/as. De ellas, en 14 casos (70%) tienen hijos/as menores de edad. La mitad de las mujeres con hijos/as menores de edad (n=7) conservan la custodia, y la otra mitad tienen la custodia de sus hijos los abuelos/as (n=5) o sus exparejas (n=2).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de variables psicosociales (N=50)

Variable	n	Porcentaje
Edad	50	-
De 20 a 30	7	14,3%
De 31 a 40	18	36,7%
De 41 a 50	18	36,7%
De 51 a 65	7	14,3%
Nacionalidad	50	-
Española	48	95,9%
Rusa	2	4,1%
Estado civil	50	-
Soltera	27	53,1%
Casada o con pareja	11	22,4%
Viuda	2	4,1%
Divorciada	5	10,2%
Separada	5	10,2%
Hijos	20	40,8%
Formación académica	50	-
Secundaria	18	36,7%
Primaria	16	32,7%
Diplomatura	7	14,3%
Licenciatura	6	12,2%
Sin estudios	3	4,1%
Situación laboral	50	-
En paro sin prestación	12	24,5%
En paro con prestación	12	24,5%
Con incapacidad para trabajar	12	24,5%
Baja laboral	12	22,4%
Estudiando	2	4,1%
Último trabajo remunerado	44	-
Entre los últimos 1 y 5 años	20	45,5%
En los últimos 12 meses	12	27,3%
Entre 6 y 10 años	7	15,9%
Hace 11 años o más	5	11,4%
Grado de discapacidad	9	18%
Personas que dependen de sus ingresos	12	24,5%

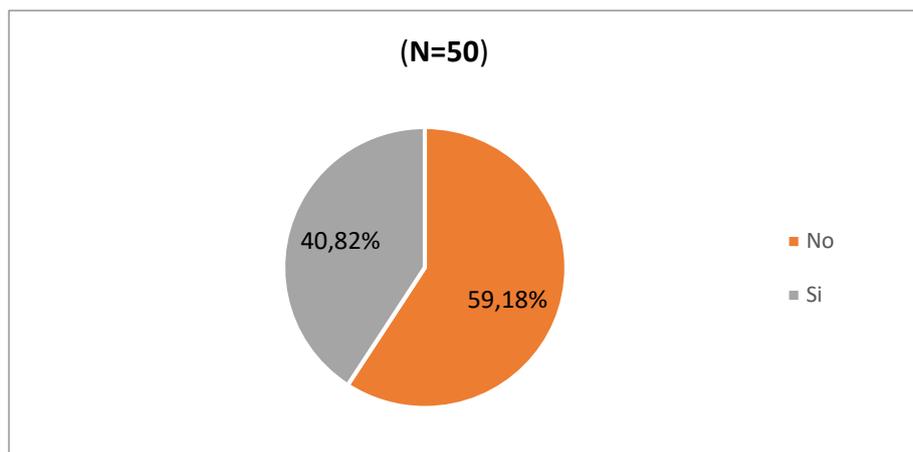


Figura 4- Porcentaje de mujeres de la muestra con hijos/as.

A nivel de **formación**, el 4% (n=2) sabe leer y escribir, pero no tiene estudios reglados, el 33% (n=16) de la muestra realiza estudios primarios, el 37% estudios secundarios (n=19), el 14% (n=7) realiza estudios de diplomaturas y el restante 12% (n=6) tiene estudios superiores de licenciaturas o doctorado.

La **situación laboral** de las mujeres que conforman la muestra es en su mayoría precaria, el 24.5% (n=12) se encuentra incapacitada para trabajar, 24.5% (n=12) en el paro sin cobrar prestación, 24.5% (n=12) en desempleo cobrando prestación, 24.5% (n=12) de baja laboral y un escaso 2% que actualmente está estudiando. Las mujeres que tienen una discapacidad en la muestra, tienen aprobado un “grado de discapacidad” media del 43,44%. En cuanto a la pensión por discapacidad, se encuentran cobrando de media 819€, aunque se encuentran casos de ingresos mínimos de 313€ sin posibilidad de poder trabajar. De las mujeres que se encuentran en situación de desempleo el 10% (n=5) llevan en esta situación 11 años o más, el 14% (n=8) entre 6 y 10 años, el 40% (n=20) entre 1 y 5 años y el restante 25% ha trabajado en los últimos 12 meses. Un 25% (n=12) de la muestra total indicó que hay otras personas que dependen exclusivamente de sus ingresos y en 90% de los casos se trata de sus hijos e hijas.

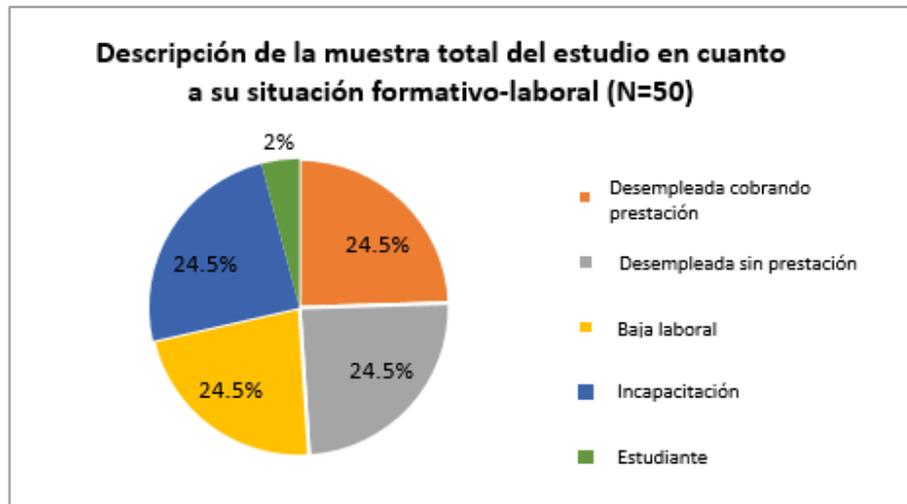


Figura 5. Situación laboral de las mujeres en tratamiento en CTs.

Perfil clínico

A continuación, describimos las características del perfil clínico y presentamos información sobre: (a) diagnóstico psicopatológico; (b) historial de consumo y tratamientos previos; (c) antecedentes psiquiátricos familiares, incluido los trastornos por uso de sustancias y antecedentes de malos tratos en la infancia; (d) variables psicopatológicas de ansiedad y depresión y (e) variables psicológicas de autoestima, estilos de afrontamientos, bienestar subjetivo, estadio de motivación para el cambio e ideas asociadas a roles de género y consumo.

(a) Diagnóstico psicopatológico

Como ya se informó en el apartado anterior de descripción de las participantes, el total de la muestra presenta Trastornos por consumo de sustancias (TUS). El motivo de demanda de tratamiento es debido a la dependencia al alcohol en el 41% (n=20) de los casos, dependencia a la cocaína 20% (n=10), dependencia a la heroína 2% (n=1). Respecto al policonsumo el 6% de la muestra (n=3) presenta dependencia a la cocaína y la heroína y el 30% (n=16) presenta policonsumo de más de dos sustancias.

En segundo lugar, el 96% (n =48) de la muestra participante puntúa de manera positiva en el cribado de violencia de género en el ámbito de la pareja.

En la Figura 6 se observa que el 57% (n=29) de la muestra presenta comorbilidad psiquiátrica o patología dual, siendo los diagnósticos más frecuentes: el Trastorno límite

de la personalidad (n=15, 30%), Trastorno por depresión mayor (n=11, 22%), Trastorno de conducta alimentaria (n=3, 6%), Trastorno de ansiedad (n=7, 14%), y trastorno psicótico (n=2, 4%). Además, en la Figura 7 se indica que del total de mujeres con comorbilidad psiquiátrica, solo el 36% está vinculada a la red de salud mental.

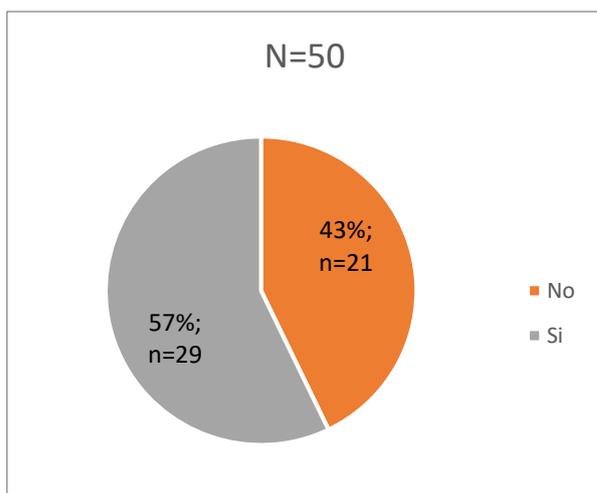


Figura 6. Porcentaje de la muestra con y sin patología dual.

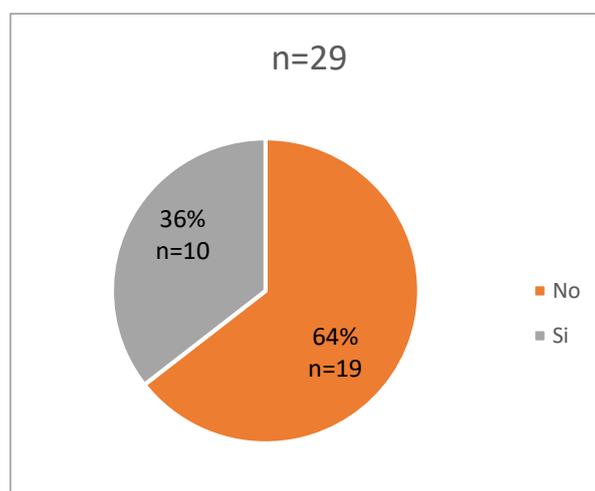


Figura 7. Porcentaje de la muestra con comorbilidad psiquiátrica que está vinculada con el circuito de salud mental.

(b) Historial de consumo y tratamientos previos

La muestra se conforma mayoritariamente por mujeres que ya han realizado previamente, al menos, un tratamiento para las adicciones representando el 85.7% de la muestra (n=43), el resto es su primer tratamiento. La media de tratamientos previos es de 2.16 (DE =2.22; mediana =2) con un rango de mínimo 1 y máximo

Respecto a los tratamientos de desintoxicación el 55% (n=27) de la muestra comenta que ha hecho una desintoxicación hospitalaria de entre 1 y 3 meses. Respecto a los tratamientos ambulatorios el 86% (n=43) informa haber realizado un tratamiento ambulatorio, con una duración media de dicho tratamiento de 19.35 meses (rango:1-128). El 70% ha realizado un programa ambulatorio entre 1 mes y 12 meses, el 13% entre 12 meses y 24 meses, y el restante 17% más de 24 meses.

En referencia a los tratamientos residenciales, el 80% (n=40) de las mujeres de la muestra han realizado un tratamiento previo en otra Comunidad Terapéutica, habiendo estado el 42.6% (n=16) de la muestra menos de 6 meses (n=24, 57.4%), y el resto más de 6 meses. La media son 7,58 meses de tratamiento en CT (M=3; DE 9.24).

En relación **al motivo de inicio en el consumo de drogas**, el 60% (n=30) de la muestra refiere que se inició en el consumo de drogas con las amistades, el 8% (n=4) con una pareja, el 20% (10) sola y el restante 12 % (n=6) con alguien de su familia. En cuanto al momento actual el 90% (n=45) de la muestra refiere consumir cuando están solas, denotando un consumo invisibilizado. El 82% (n=41) de las mujeres participantes reportan al menos haber tenido de media 1.5 periodos de abstinencia de las sustancias a lo largo de la vida de una media de 25 meses de duración (DE 38.37, rango: 0-6 meses).

(c) Antecedentes familiares

El 33% (n=16) de la muestra informa de antecedentes psiquiátricos en la familia de origen y el 36% comenta que se trata de su madre o su padre. Solo el 36% de las mujeres de la muestra que tienen un diagnóstico psicopatológico está conectada a la red de salud mental. El 50% de la muestra informa que hay antecedentes de drogodependencias en su familia de origen (n=25) y el 85% de la muestra que tiene antecedentes familiares reporta que son familiares de primer grado. En cuanto a la infancia, el 62.5% reporta haber vivido malos tratos en la infancia (n=31). El 31% (n=16) de la muestra presenta una enfermedad física crónica y el 14% (n=6) una enfermedad infecciosa.

(d) Variables psicopatológicas de ansiedad y depresión y otras variables psicológicas

Las **puntuaciones en depresión** medida con el BDI en el T1(al ingreso en el programa de la CT) indican que el 80% de la muestra presenta sintomatología depresiva, concretamente: el 20% (n=10) tienen sintomatología depresiva leve, el 28% (n=14) sintomatología depresiva moderada y un 32% (n=16) sintomatología depresiva grave (puntuaciones superiores a 10 puntos).

Tabla 7. Perfil clínico: TUS, patología dual, historial de consumo y antecedentes familiares (n=50)

Variable	n	Porcentaje
Sustancia que motiva el tratamiento		
Alcohol	20	41%
Cocaína	10	20%
Heroína	1	3%
Cocaína y heroína	3	6%
Policonsumo	16	30%
Primer contacto droga	49	-
Con amigos	30	60%
Sola	10	20%
Con su familia	5	10%
Con su pareja	4	8%
Actual contacto droga	21	-
Sola	19	38%
Con su pareja	1	2%
Con amigos	1	2%
Periodo de abstinencia	40	81,6%
1 periodo	22	44,9%
2 periodos	12	24,5%
3 periodos	4	8,2%
4 periodos	1	2%
6 periodos	1	2%
Tratamientos anteriores	49	-
Ningún tratamiento anterior	7	14,3%
1 tratamiento anterior	15	30,6%
2 tratamientos anteriores	7	14,3%
3 tratamientos anteriores	12	24,5%
4 tratamientos anteriores	3	6,1%
5 tratamientos anteriores	4	8,2%
9 tratamientos anteriores	1	2%
Antecedentes psiquiátricos familiares	16	32,7%
De primer grado	12	24,7%
De segundo grado	3	6%
De tercer grado	1	2%
Antecedentes familiares consumo	24	49%
De primer grado	16	32,7%
De segundo grado	7	14,2%
Presencia de enfermedad	21	-
Física	15	31,3%
Infeciosa	6	13,6%
Diagnóstico psicopatológico (Patología dual)	49	-
Presencia	28	57,1%
Ausencia		42,9%

Tabla 7 (continuación). *Perfil clínico: TUS, patología dual, historial de consumo y antecedentes familiares (n=50).*

Variable	n	Porcentaje
Sustancia que motiva el tratamiento		
Alcohol	20	41%
Cocaína	10	20%
Antecedentes de malos tratos en la infancia	30	61,2%
Nunca	18	36,7%
En ocasiones contadas	6	12,2%
A veces	10	20,4%
Frecuentemente	4	8,2%
Muy frecuentemente	10	20,4%

Tabla 8. *Perfil clínico: Ansiedad, depresión, y otras variables psicológicas (n=50)*

Variable	n	Porcentaje
Ansiedad	50	-
Estado	37	73,5%
Rasgo	43	86%
Depresión	50	-
Mínima	10	20%
Leve	10	20%
Moderada	14	28%
Grave	16	32%
Autoestima	50	-
Baja	26	52%
Media	7	14%
Alta	17	34%
Bienestar subjetivo	48	-
Nada satisfecha	7	14%
Satisfacción inestable	24	48%
Satisfacción alta	17	34%
Estadio de motivación al cambio	50	-
Precontemplación	3	6%
Contemplación	26	52%
Acción	9	18%
Mantenimiento	12	24%
Ideas asociadas a roles de género y consumo	48	-
Bajo	14	28%
Medio	27	54%
Alto	7	14%

Respecto a la *sintomatología de ansiedad* medida a través del instrumento STAI, observamos que la puntuación media en Ansiedad como Estado es de 31,71 puntos (DE 13,04). Esta puntuación directa equivale a un centil 75 del baremo normativo lo que indica una puntuación elevada de ansiedad respecto a la población estandarizada. En la dimensión Ansiedad Rasgo se obtiene una media de 36,04 puntos (DE 11,42) relativa a un centil 80-85 lo que también indica una puntuación elevada de ansiedad respecto a la población estandarizada (ver Figura 8 y 9).

El 73,5% de la muestra en la dimensión Ansiedad Estado y el 86% en Ansiedad Rasgo obtienen puntuaciones mayores de su estado y rasgo de ansiedad respecto a la media de la población estandarizada. En las gráficas se puede ver que la curva debería ser una curva normal y está desplazada hacia puntuaciones sobre 75, lo que indica que la población estudiada tiene niveles significativamente altos de Ansiedad estado y rasgo.

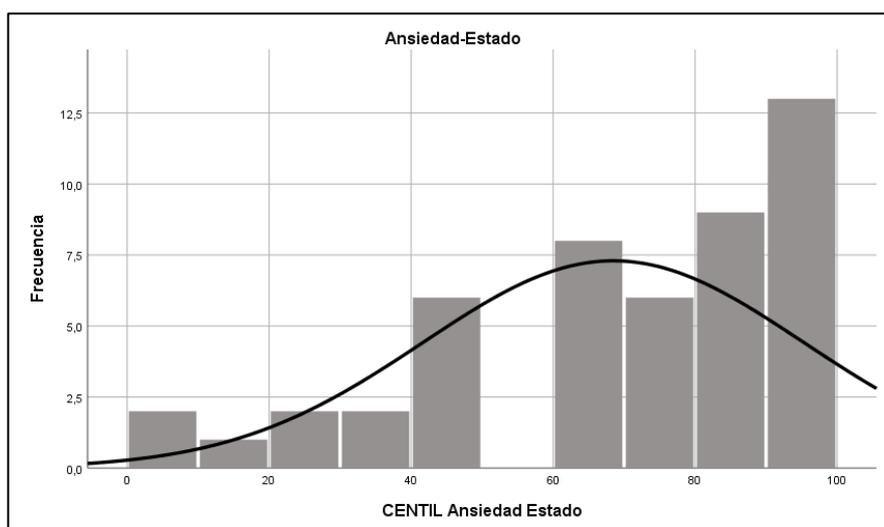


Figura 8. Puntuaciones Ansiedad-Estado de la muestra

(e) Otras variables psicológicas estudiadas

En este subapartado presentamos resultados de: autoestima, estilo de afrontamiento, bienestar subjetivo, estadio motivacional e ideas asociadas a roles de género y consumo.

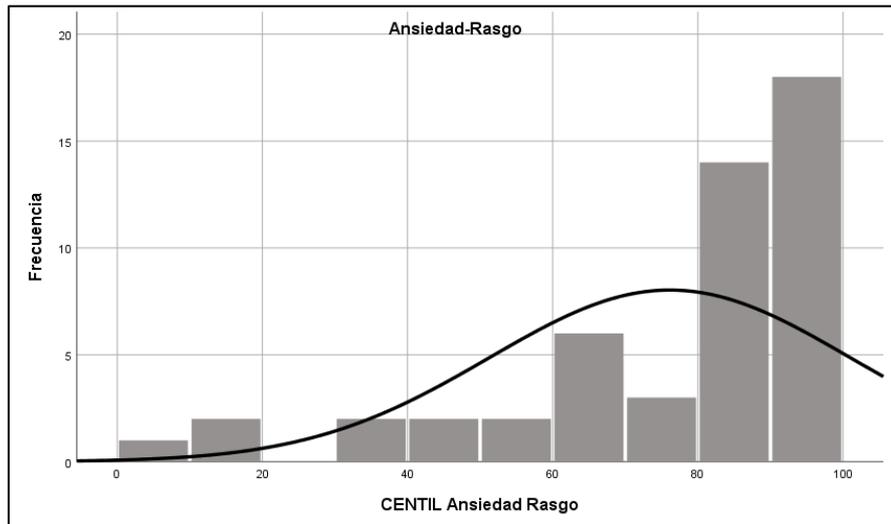


Figura 9. Puntuaciones Ansiedad-Rasgo de la muestra

Autoestima

En cuanto a las puntuaciones de autoestima en la escala de Rosemberg encontramos que el 52% de la muestra (n=26) presenta puntuaciones bajas (puntuaciones menores de 25), el 14% (n=7) autoestima media (entre 25 y 29 puntos) y el 34% (n=17) autoestima elevada (entre 26 y 40 puntos.)

Estilos de afrontamiento

En la Tabla 8 se pueden consultar los resultados relativos al estilo de afrontamiento de las participantes. Las puntuaciones obtenidas en las subescalas *Búsqueda de Apoyo Social* y *Religión* están comprendidas en el intervalo de la media de la población general. Observamos que las puntuaciones de las subescalas *Centrarse en las emociones* y *desahogarse*, *Aceptación*, *Concentrar esfuerzos para solucionar la situación*, *Crecimiento personal* y *Evadirse* muestran una tendencia normal, pero en la que existen puntuaciones extremas. Estas puntuaciones corresponden a un volumen de la muestra significativo (n=20) que se dividen de forma equivalente hacia ambos lados de la tendencia central.

Las subescalas que muestran una tendencia de puntuaciones más elevadas son: *Consumo de alcohol o drogas*, *Abandono de los esfuerzos de afrontamiento*, *Negación* y *Actividades distractoras de la situación*. La puntuación media en la subescala Consumo de Alcohol y Drogas es de 2,96 (DE 1,22), llegando las puntuaciones más extremas a 11 DE por encima del intervalo de normalidad. El 75% (n=39) de las mujeres se encuentra entre 1 y 11 DE

por encima del intervalo de normalidad, concentrándose el volumen mayor entre 4 y 6 DE por encima de la normalidad.

Un 22,9% (n=11) de las mujeres de la muestra muestran puntuaciones superiores a la norma en la escala de *Abandono de los esfuerzos de afrontamiento*, llegando hasta 3 DE. En la subescala *Negación*, un 43,7% (n=22) de las mujeres obtienen puntuaciones superiores a la normalidad, concentrándose el mayor volumen en 1 DE por encima del intervalo de normalidad. Un 39,4% (n=19) de las mujeres puntúan por encima del intervalo de normalidad en la subescala de *Actividades Distractoras de la situación* entre 1 y 2 DE.

Por último, se observa una tendencia a puntuaciones inferiores al intervalo de normalidad en las subescalas de *Humor* (43,8%, N=21), *Planificación y afrontamiento activo* (35,4%, N=17), *Refrenar el afrontamiento* (31,3%, N=15) y *Reinterpretación positiva* (31,3%, N=15).

Bienestar Subjetivo

En cuanto al estado de bienestar subjetivo medido con la escala EBS, el 50% (n=25) de la muestra tiene un índice de satisfacción subjetiva inestable, es decir, muy variable en función del estado de ánimo. El 15% (n=7) presenta un bienestar subjetivo bajo, y el restante 35% (n=17) un bienestar subjetivo alto, este último dato puede deberse a la sensación de estar seguras en la comunidad terapéutica, alejadas del entorno de consumo y en muchos casos de la violencia.

Estadio de motivación para el cambio

Sobre el estado motivacional de la muestra de mujeres participantes en el momento de su ingreso encontramos que el 6% (n=3) está en estado de precontemplación, el 52% (n=27) se sitúa en estado de contemplación o ambivalencia hacia el cambio, el 18% (n=9) está en estado de acción y motivadas para cambiar y el restante 24% (n=11) está en estado de mantenimiento o en proceso de cambio.

Tabla 9. Puntuaciones medias obtenidas en las subdimensiones de la escala COPE (N=50).

	Media	DE	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
Búsqueda de apoyo social	2,69	0,78	1,25	6,00	2,25	3,00
Religión	1,72	0,80	1,00	4,00	1,00	2,25
Humor	1,56	0,73	0,00	3,50	1,00	2,00
Consumo de alcohol o drogas	2,96	1,22	0,00	6,00	2,06	4,00
Planificación y afrontamiento activo	2,32	0,77	0,00	4,00	1,83	2,83
Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	1,65	0,80	0,00	3,67	1,00	2,00
Centrarse en las emociones y desahogarse	2,60	0,75	0,00	4,00	2,00	3,18
Aceptación	2,44	0,80	0,00	4,00	2,00	3,00
Negación	1,87	0,68	0,00	3,50	1,50	2,25
Refrenar el afrontamiento	2,18	0,64	0,00	3,50	1,75	2,75
Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	2,59	0,80	0,00	4,00	2,00	3,00
Crecimiento personal	2,93	0,91	0,00	4,00	2,50	3,50
Reinterpretación positiva	2,39	0,76	0,00	4,00	1,75	3,00
Actividades distractoras de la situación	2,56	0,64	0,00	3,33	2,33	3,00
Evadirse	2,04	0,61	1,00	4,00	1,66	2,33

Ideas asociadas a roles de género y consumo.

Se mide también el grado en el que las mujeres participantes tienen interiorizados ciertos estereotipos de género que pueden influir con la percepción del problema y el proceso de recuperación. El 70% de la muestra (n=41) muestran un nivel medio o alto de interiorización de los estereotipos de género, sobre todo aquellos asociados al consumo de sustancias, es decir aquellos estereotipos que recaen sobre las personas con adicción con un agregado de penalización social debido al género. El 35% (n=17) de la muestra se muestra de acuerdo o muy de acuerdo con la afirmación que indica que los problemas de consumo van estrechamente ligados a la violencia recibida. El 72% de la muestra está de

acuerdo o muy de acuerdo en que está peor vista la adicción en una mujer que en un hombre.

4.2. Objetivo 2: La Violencia de Género en el Ámbito de la Pareja (VGAP)

A continuación, describimos la prevalencia de la VGAP en las usuarias que realizan tratamiento en las Comunidades Terapéuticas; los tipos de violencia sufrida en su relación actual y pasada, y el índice de separación psicosocial del agresor, el cual indica el grado en el que una mujer está separada psicológicamente y de manera material de su pareja actual o expareja.

Prevalencia de Violencia de género en el ámbito de la pareja (VGAP) de las usuarias en tratamiento en CTs en TI.

Toda la muestra de mujeres participantes ha respondido a una herramienta de cribado de violencia de género en el ámbito de la pareja (VGAP), puntuaciones superiores a 3 puntos indican tensión y agresividad en la relación de pareja. Los resultados indican que **el 96% de la muestra (n=48) puntúan de manera positiva en este cribado**, por lo cual 48 mujeres que participan en el estudio tienen o han tenido una relación de pareja en contexto de violencia.

Para profundizar y captar la heterogeneidad de las tipologías de violencias en los contextos de pareja, se administra la escala de *Violencia de la pareja y expareja* (EVP) (Roca et al., 2013). Los resultados indican que el 52% de la muestra (n=26) responden el cuestionario en base a una relación actual o de los últimos 3 meses, y el restante 47% (n=24) responden el cuestionario refiriéndose a una relación pasada (más de 3 meses de su separación).

Patrones de VGAP en función de los tipos de violencia en el ámbito de la pareja/ expareja y su gravedad.

Para conocer los patrones de VGAP se administra un instrumento que recoge los subtipos de violencia, así como la frecuencia que nos dará una puntuación de gravedad. El instrumento permite diferenciar entre la VGAP de una pareja actual y de una relación anterior. Los datos se describen en la Tabla 10.

Tabla 10. Resultados de la Escala de Violencia de Pareja/Expareja (N=50)

		Media	DE	Poca gravedad	n	Alta gravedad	n
Psicológica	Actual	21,85	10,63	73,1%	19	26,9%	7
Psicológica y económica	Pasada	14,04	6,89	56,5%	13	43,5%	10
Física	Actual	18,77	12,68	76,9%	20	23,1%	5
	Pasada	25,48	14,48	78,3%	18	21,7%	5
Sexual	Actual	14,81	9,66	84,6%	22	15,4%	4
	Pasada	16,70	8,94	69,9%	16	30,1%	7
Económica	Actual	6,04	3,16	76,9%	20	23,1%	6
	Pasada	-	-	-	-	-	-
Sustancia tóxica	Actual	11,35	6,07	50%	13	50%	13
	Pasada	13,57	5,67	43,5%	10	56,5%	13
Acoso Directo	Actual	20,46	12,21	80,8%	21	19,2%	5
	Pasada	27,13	15,19	73,9%	17	26,1%	6
Acoso indirecto	Actual	9,58	5,90	84,6%	22	15,4%	4
	Pasada	12,57	6,20	87%	20	13%	3
Total	Actual	102,85	51,26	76,9%	20	23,1%	6
	Pasada	109,48	48,66	73,9%	17	26,1%	6

Abreviaciones. DE: Desviación Estándar.

Respecto a las mujeres que han sufrido violencia con sus parejas actuales la puntuación media es de 102,58 (DE= 51.26), la puntuación media de la violencia psicológica es de 21.85 (DE= 10.63) y el 26.9% (n=7) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones de violencia psicológica grave (>27 puntos). La puntuación media de la violencia física es de 18.77 (DE= 12.68) y el 23.1% (n=5) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones graves de violencia física (>30 puntos). La puntuación media de la violencia económica es de 6.04 (DE= 3.16) y el 23.1% (n=5) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones altas de violencia económica (<9 puntos). La puntuación media de la escala de consumo de tóxicos como estrategia de afrontamiento es de 11.35 (DE= 6.07) y el 50% (n=13) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones altas de esta subescala (<20 puntos). La puntuación media del acoso directo es de 20.46 (DE= 12.21) y el 19.2% (n=5) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones altas de esta subescala (>30 puntos). Por último, la puntuación media del acoso indirecto es de 9.58 (DE= 5.90) y el 15.4% (n=4) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones altas por tanto de acoso grave indirecto (<9 puntos) (ver Tabla 8).

Respecto a las mujeres que han sufrido violencia en el pasado (> 3 meses) la puntuación media es de 109,48 (DE= 48.66) siendo el 26.1%(n=6) de la muestra puntuaciones de alta gravedad, la puntuación media de la violencia psicológica y económica pasada es de 14.04 (DE= 6.89) y el 43.5 %(n=10) de la muestra que han sufrido VGAP pasada muestra puntuaciones de alta gravedad de violencia psicológica y económica (>27 puntos). La puntuación media de la violencia física es de 25.48 (DE 14.48) y el 21.7 % (n=5) de la muestra que han sufrido VGAP pasada muestra puntuaciones altas de violencia física grave (>60 puntos).

La puntuación media de la escala de consumo de tóxicos como estrategia de afrontamiento es de 13.57 (DE= 5.67) y el 56.5 %(n=13) de la muestra que han sufrido VGAP pasada muestra puntuaciones altas de esta subescala (<20 puntos). La puntuación media del acoso directo es de 27.13 (DE= 15.19) y el 26.1% (n=6) de la muestra que han sufrido VGAP pasada muestra puntuaciones que indican alta gravedad en esta subescala (>30 puntos). Por último, la puntuación media del acoso indirecto es de 12.57 (DE= 6.20) y el 13%(n=3) de la muestra que han sufrido VGAP actual muestra puntuaciones altas de acoso indirecto (<9 puntos). En cuanto a la violencia sexual, la puntuación media es de 16.07 (DE= 8.94) y el 31.1% (n=7) de la muestra que sufrió VGAP presenta puntuaciones de violencia sexual grave (ver Tabla 8).

Grado de separación psicosocial del agresor de las usuarias en tratamientos en CTs.

Sobre los resultados de la escala de separación psicosocial (ESP), en la Tabla 11, observamos que la puntuación total de la escala en el primer momento de evaluación es próxima a la media de la población estandarizada con una media de 96.18 (DE 12.70). Respecto a las tres dimensiones del instrumento también se registran puntuaciones cercanas a la media de la población estandarizada de: reacción a la violencia con una media de 49.78 (DE= 12.35), control de la propia vida con una media de 38.65 (DE= 8.68) y valoración de la relación con una media de 37.08 (DE= 8.63).

A partir de los resultados obtenidos para los primeros objetivos que hacen referencia al perfil psicosocial y clínico, así como la prevalencia de VGAP, hemos considerado relevante el llevar a cabo una correlación entre las variables para poder estudiar como interaccionan en la muestra (ver Tabla 12).

Tabla 11. Puntuaciones medias obtenidas en las subdimensiones de la escala de separación psicosocial (ESP) (N=50).

	Media	DE	Mínimo	Máximo	n
ESP Total	96,18	12,78	74,04	133,3	50
Reacción a la violencia	49,78	12,35	0	80	50
Control de la propia vida	38,65	8,683	0	54	50
Valoración de la relación	37,08	8,638	0	52	50

Abreviaciones. DE: Desviación estándar

Tabla 12. Tabla de correlaciones entre las variables sociales y clínicas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Maltrato infancia	1	0,272	0,159	0,193	-	0,222	-0,039	0,226	0,239	0,086
					,394**					
		0,061	0,284	0,190	0,006	0,134	0,797	0,132	0,110	0,572
		1	,718**	,761**	-	0,169	-0,202	0,117	0,244	-,340*
2 BDI-II					,700**					
			0,000	0,000	0,000	0,245	0,169	0,427	0,094	0,018
			1	,780**	-	-	-0,185	-0,132	-0,023	-
3 STAI_AE					,560**	0,067				,372**
				0,000	0,000	0,650	0,213	0,376	0,879	0,010
				1	-	0,090	-0,108	0,057	0,116	-
4 STAI_AR					,741**					,422**
					0,000	0,538	0,463	0,700	0,431	0,003
					1	-	0,213	-0,102	-0,106	0,281
5 Autoestima						0,058				
						0,693	0,146	0,489	0,472	0,053
6 EVP						1	,462**	,808**	,373**	0,092
							0,001	0,000	0,009	0,532
7 ESP							1	,370**	0,089	0,191
								0,010	0,547	0,193
8 SVD								1	,392**	0,052
									0,006	0,724
9 EIR									1	0,025
										0,864
10 EBS										1

[Nota: BDI: Puntuación de sintomatología depresiva; STAI_AE: Puntuación de ansiedad estado; STAI_AR: Puntuación de ansiedad rasgo; EVP: Escala de Violencia en la Pareja; ESP: Escala de separación psicosocial; SVD: *Screening de Violencia Doméstica*; EIR: Escala de ideas y Roles asociadas al género; EBS: Escala de Bienestar Subjetivo]

Respecto a la EVP, observamos que existe correlación positiva entre las puntuaciones en EVP y SVD ($r=0,462$), EVP y SVD ($r=0,808$) EVP y EIR ($r=0,373$) y SVD y EIR ($r=0,392$). También hay una correlación positiva entre ESP y SVD ($r=0,370$).

La historia de maltrato durante la infancia se correlaciona negativamente de forma moderada con las puntuaciones de autoestima ($r=0.394$).

En la esfera clínica, las puntuaciones del BDI-II correlacionan positivamente con las del STAI, tanto en la dimensión ansiedad estado ($r=0,718$) como en la dimensión ansiedad rasgo ($r=0,761$). Aparece una correlación negativa entre BDI y autoestima ($r= -0.700$), BDI y EBS ($r= -0.340$).

Existe correlación positiva moderada entre STAI ansiedad-estado y STAI ansiedad-rasgo ($r=0.780$). STAI ansiedad-estado correlaciona negativamente con las puntuaciones de autoestima ($r= -560$), y con EBS ($r= -0.372$). STAI ansiedad-rasgo correlaciona negativamente con autoestima ($r= -0.714$) y con EBS ($r=-0.422$).

4.3. Objetivo 3: La adherencia terapéutica y posibles determinantes

La adherencia terapéutica de las usuarias y sus posibles determinantes relacionados con historial clínico previo, estado motivacional y grado de implantación de perspectiva de género en los programas de tratamiento.

La adherencia al tratamiento: altas terapéuticas, abandonos y barreras identificadas.

De la muestra estudiada, el 48% de la muestra finaliza el programa con la consecución de sus objetivos terapéuticos, es decir, con el Alta Terapéutica ($n=24$). El 30% ($n=15$) efectúan una alta voluntaria y en la mayoría se produce antes de los 3 meses del programa ($n=14$). El restante 22% ($n=11$) son altas por expulsión, casi la mitad de las expulsiones ($n=6$) son expulsadas antes de los 3 meses por motivos como el tener una relación con otro usuario en el centro, por problemas conductuales o por haber realizado un consumo en su estancia en el tratamiento (ver Figura 10).

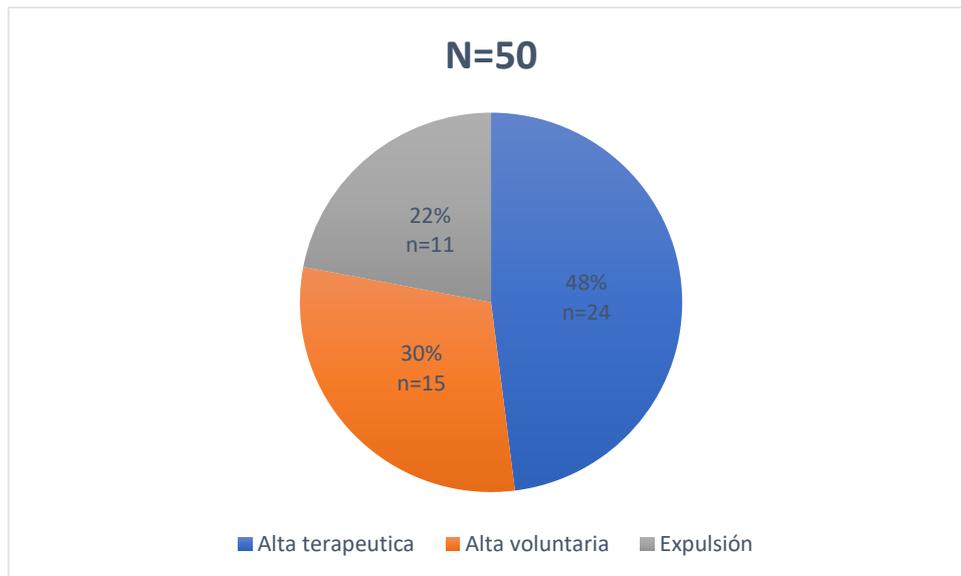


Figura 10- Tipos de altas en la muestra total.

La adherencia terapéutica en función de las variables psicosociales y clínicas

En cuanto a las variables psicosociales, no se aprecia que haya diferencias estadísticamente significativas, aunque si podemos observar una serie de tendencias (ver Tabla 13).

Edad, hijos y situación formativo-laboral

El grupo de las altas terapéuticas tiene una edad levemente superior al de los otros dos grupos (Media= 43, DE=10), y la mitad del grupo de altas terapéuticas tiene hijos/as (54,2%; n=13), siendo un porcentaje bastante superior respecto al grupo de las altas voluntarias (26.7%, n=4) y de altas por expulsión (27.3%, n=3).

En cuanto al nivel de formación, en el grupo de las altas voluntarias se identifica un menor nivel de formación siendo que el 40% de la muestra de este grupo (n=6) cuenta con educación primaria, y el 33.3% (n=5) educación secundaria. En los otros grupos encontramos porcentajes de las muestras con estudios superiores de diplomatura o licenciatura.

Respecto a la situación laboral, el grupo de las altas voluntarias es la que presenta mayor porcentaje de personas sin empleo, siendo que el 66.7% que tuvieron su último trabajo remunerado entre 1 y 5 años atrás, además este grupo también presenta un porcentaje de grado de discapacidad superior respecto a los otros grupos de altas (26.7%, n=4).

Antecedentes familiares de salud mental, consumo de drogas y malos tratos en la infancia

El grupo de altas por expulsión presenta mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos en la familia (45.5%, n=5), seguido por el de las altas voluntarias (40%, n=6). El grupo de altas voluntarias presenta mayor prevalencia de antecedentes de drogodependencia en la familia de origen en un 66.7% (n=10) y una prevalencia superior de malos tratos en la infancia respecto a los otros grupos siendo esta del 73.3% (n=11).

En relación con las variables clínicas (ver Tabla 14) al dividir el total de la muestra por tipos de altas, es necesario destacar que no se aprecian diferencias en las tendencias en cuanto al número de tratamientos anteriores dado que la mayoría han realizado previamente entre 1 y 3 programas a lo largo de su vida.

Respecto a la variable de sustancias de consumo, cabe destacar que las altas terapéuticas son el grupo que mayor prevalencia de consumo de alcohol como sustancia principal presenta siendo un 58.3% (n=14). Las altas voluntarias son el grupo que mayor prevalencia de policonsumo (3 o más sustancias) presenta siendo un 46% (n=7), y las altas por expulsión presentan mayor prevalencia de consumo de cocaína (27.3%, n=3) y de policonsumo (27.3%, n=3).

En cuanto al diagnóstico psicopatológico, el grupo de altas voluntarias presenta mayor prevalencia respecto a los otros grupos siendo esta un 60% (n=9).

Depresión y ansiedad

El grupo de altas terapéuticas presentan puntuaciones inferiores de depresión respecto a los otros grupos ya que el 50 % (n=12) presentan sintomatología moderada o grave y la puntuación media es de 20.88 (DE=12.51). Las altas voluntarias informan que el 66.6% (n=10) presentan sintomatología moderada o grave siendo la puntuación media 24.93 (DE=11.26), y el grupo de las altas por expulsión presenta una puntuación superior media de 25.73 (DE=8.75) siendo que el 68.8% de su grupo (n=8) presentan sintomatología moderada o grave.

En referencia a las puntuaciones de Ansiedad Rasgo, el grupo de las altas por expulsión presenta puntuaciones superiores respecto a los otros grupos de ansiedad rasgo (Media=

82.36; DE=27.21). En cambio, en las puntuaciones de ansiedad Estado, las altas voluntarias presentan puntuaciones medias superiores a los otros grupos (Media= 75.20, DE= 20.06). Las altas terapéuticas son las que presentan puntuaciones de ansiedad estado inferiores a los otros dos grupos al inicio del programa (Media=63.83, DE=27.16).

Autoestima

Las puntuaciones de autoestima indican que el 45.8% de la muestra de altas terapéuticas (n=11) presentan una autoestima baja y un 45,8% (n=11) autoestima alta, así como una puntuación media de 27.50 (DE=6.20). En el grupo de las altas voluntarias las puntuaciones de autoestima indican que el 53.3% de la muestra (n=8) presentan una autoestima baja y un 26,7% (n=4) autoestima alta, y una puntuación media de 24.73 (DE=7.99). En cuanto a las altas por expulsión, el 63.6% de este grupo (n=7) presentan una autoestima baja y un 18,2% (n=2) autoestima alta, y una puntuación media de 24.64 (DE=7.08).

Grado de motivación

En cuanto a la motivación para el cambio la muestra se reparte mayormente en el estado de contemplación, pero de manera más específica y por tipos de alta, el grupo de las altas terapéuticas se encuentra mayormente en contemplación hacia el cambio (45.8%, n=11), acción (29.2%, n=7) y mantenimiento (25%, n=6). Las altas voluntarias presentan la mayor parte de la muestra en estado de precontemplación (20%, n=3) y contemplación (46.7%, n=7). En cuanto a las altas por expulsión, casi la totalidad de este grupo (72.7%, n=8) está en estado de contemplación al cambio y solo un 27.3% (n=3) en estado de acción y mantenimiento.

Estereotipos de roles de género y consumo

Respecto a las puntuaciones de la escala sobre estereotipos asociados a los roles de género y al consumo, el 62.5% (n=15) de la muestra de altas terapéuticas presentan puntuaciones medias y altas de interiorización de los mandatos de género, en el caso de las altas voluntarias es el 60 % (n=9) y en el caso de altas por expulsión representa el 90.9% de ese grupo (n=10).

Violencia de género en el ámbito de la pareja

El grupo de las altas terapéuticas presenta puntuaciones totales de violencia en la pareja superior al de los otros grupos (media=102.33; DE:48.21) seguido por las altas voluntarias (media=65.29, DE=56.72) y altas por expulsión (media=59.19, DE=46.95).

Escala de separación psicosocial de la pareja agresora

En relación con el grado de separación psicosocial del agresor, aunque las puntuaciones totales son parecidas en los tres grupos de tipo de alta, cabe mencionar que las altas voluntarias tienen una puntuación levemente superior al de los otros grupos (media=99.21, de=16.03).

Estrategias de afrontamiento

Respecto a las estrategias de afrontamiento, se observan diferencias estadísticamente significativas en las subdimensiones del instrumento COPE “*búsqueda de apoyo social*” ($p= 0.048$) y “*Humor*” ($p=0.025$) siendo el grupo de mujeres de las altas terapéuticas quienes hacen un uso más adaptativo de esta estrategia de afrontamiento respecto a los otros grupos de altas, ya que el grupo de altas voluntarias y expulsiones está compuesto por personas que tienden a infrautilizar o sobre utilizar este tipo de estrategias de afrontamiento. Respecto al consumo de alcohol y drogas como estrategia de afrontamiento en los tres grupos se hace un uso desadaptativo con igual magnitud en el inicio del tratamiento.

Tabla 13. *Variables psicosociales y tipo de alta del programa*

Variable	ALTA TERAPEUTICA		ALTA VOLUNTARIA		EXPULSIÓN	
	%	n	%	n	%	n
Hijos/as	54,2%	13	26,7%	4	27,3%	3
Formación académica	-	24	-	15	-	11
Secundaria	37,5%	9	33,3%	5	36,4%	4
Primaria	29,2%	7	40%	6	27,3%	3
Diplomatura	20,8%	5	6,7%	1	9,1%	1
Licenciatura	8,3%	2	20%	3	9,1%	1
Sin estudios	4,2%	1	-	0	9,1%	1
Situación laboral	-	24	-	15	-	11
En paro sin prestación	33,3%	8	20%	3	9,1%	1
En paro con prestación	25%	6	26,7%	4	18,2%	2
Con incapacidad para trabajar	20,8%	5	26,7%	4e	27,3%	3
Baja laboral	12,5%	3	26,7%	4	36,4%	4
Estudiando	8,3%	2	-	0	-	0
Último trabajo remunerado	-	24	-	15	-	11
Entre los últimos 1 y 5 años	33,3%	8	66,7%	10	18,2%	2
En los últimos 12 meses	25%	6	20%	3	27,3%	3
Entre 6 y 10 años	16,7%	4	13,3%	2	9,1%	1
Hace 11 años o más	12,5%	3	-	0	18,2%	2
Grado de discapacidad	12,5%	3	26,7%	4	18,2%	2
Diagnóstico psiquiátrico	58,3%	14	60%	9	45,5%	5
Antecedentes		24		15		11
Psiquiátricos	20,8%	5	40%	6	45,5%	5
Drogas	50%	12	66,7%	10	18,2%	2
Malos tratos en la infancia	50%	12	73,3%	11	63,6%	7
Tratamientos previos	49%	24	30,6%	15	20,4%	10
Ninguno	12,5%	3	20%	3	10%	1
1-3	70,8%	17	60%	9	80%	8
+3	16,7%	4	20%	3	10%	1
Consumo	49%	24	30,6%	15	20,4%	10
Alcohol	58,3%	14	26,7%	4	18,2%	2
Cocaína	16,7%	4	20%	3	27,3%	3
Heroína	-	0	-	0	9,1%	1
Alcohol + Cocaína	4,2%	1	6,7%	1	9,1%	1
Policonsumo	20,8%	5	46,7%	7	27,3%	3

Tabla 14. Variables clínicas y tipo de alta del programa

	ALTA TERAPEUTICA			ALTA VOLUNTARIA			EXPULSIÓN		
	%	n	Media (DE)	%	n	Media (DE)	%	n	Media (DE)
Edad	-	24	43 (10)	-	15	40 (8,61)	-	11	41,2 (7,87)
BDI-II		24	20,88 (12,51)		15	24,93 (11,26)		11	25,73 (8,75)
Mínima depresión	14%	7		13,3%	2		9,1%	1	
Depresión Leve	10%	5		20%	3		18,2%	2	
Depresión Moderada	12%	6		33,3%	5		27,3%	3	
Depresión Grave	12%	6		33,3%	5		45,5%	5	
STAI		24			15			11	
Ansiedad-Estado		24	63,83 (27,16)			75,20 (20,06)			69,09 (33,76)
Ansiedad-Rasgo		24	74,08 (24,86)			74,87 (23,99)			82,36 (27,21)
Autoestima		24	27,50 (6,20)		15	24,73 (7,99)		11	24,64 (7,08)
Baja	45,8%	11		53,3%	8		63,6%	7	
Media	8,3%	2		20%	3		18,2%	2	
Alta	45,8%	11		26,7%	4		18,2%	2	
URICA		24	-		15			11	
Precontemplación	-	0		20%	3		-	0	
Contemplación	45,8%	11		46,7%	7		72,7%	8	
Acción	29,2%	7		6,7%	1		9,1%	1	
Mantenimiento	25%	6		26,7%	4		18,2%	2	
EIR		24	18,08 (4,08)		15	19,62 (5,73)		11	20,18 (3,68)
Bajo	37,5%	9		26,7%	4		9,1%	1	
Medio	50%	12		40%	6		81,8%	9	
Alto	12,5%	3		20%	3		9,1%	1	
EBS		24	32,83 (8,95)		15	32,46 (9,74)		11	33,27 (8,58)
Nada satisfecha	16,7%	4		13,3%	2		9,1%	1	
Satisfacción inestable	54,2%	13		40%	6		45,5%	5	
Satisfacción Alta	29,2%	7		33,3%	5		45,5%	5	
ESP		24	94,91 (13,16)		13	99,21 (16,03)		11	95,37 (5,95)
EVP		24	102,33 (48,21)		14	65,29 (56,72)		11	59,18 (46,95)

La adherencia terapéutica en función del grado de implantación de la perspectiva de género de los tratamientos.

La implantación de la perspectiva de género (PdG) en un programa de drogodependencias es un constructo muy complejo de medir y actualmente no existen herramientas que capten todos los aspectos susceptibles de medida en su totalidad. Aun así, basándonos en la literatura y en investigaciones anteriores conocemos una serie de indicadores que han demostrado ser efectivos en el trabajo con mujeres drogodependientes en entornos residenciales: La formación en perspectiva de género del equipo profesional, las reuniones de supervisión para detectar estereotipos de género en la intervención profesional, los grupos específicos de intervención para mujeres dinamizados por una persona con formación en PdG y con una regularidad semanal, la incorporación de buenas prácticas en cuanto a PdG y drogas, así como la coordinación con otras redes y recursos necesarios (red de violencia y red de infancia).

Tabla 15. *Indicadores de implantación de Perspectiva de Género en los programas de tratamiento*

	CT1	CT2	CT3
Al menos 50 % Equipo formado en PdG	NO	SI	NO
Reuniones de supervisión del equipo en clave PdG	NO	SI	NO
Grupos de Mujeres específicos	SI	SI	SI
Grupos de hombres específicos	SI	SI	NO
Frecuencia semanal	SI	SI	SI
Terapia individual enfoque feminista	SI	SI	NO
Quien dinamiza los grupos de mujeres Y hombres tiene formación en PdG	SI	SI	SI
Coordinación con otras redes y recursos	SI	SI	SI
Cantidad de Indicadores de PdG	6	8	4

Según el análisis de los programas llevados a cabo en las CTs participantes se observa que la CT2 cumple con todos los indicadores de PdG, seguido de la CT1 que cumple con 6 indicadores, y por último la CT3 que cumple con 4 indicadores. Se observa que del 100% de altas terapéuticas de la muestra total el 45.8% pertenecen a la CT2, el 29.2% a la CT1 i el 25% a la CT3. Respecto a las altas voluntarias el 66,7% pertenecen a la CT1, el 6.7% a

la CT2 y el restante 26,7% a la CT3. Por último, en referencia a las altas por expulsión el 63,6% pertenece a la CT2, el 18.2% a la CT1 y el restante 18.2% a la CT3.

Se está utilizando un coeficiente de confianza del 95% por lo que el nivel de significancia es 5% (0.05), como la significancia asintótica (bilateral) mediante el estadístico de Chi-cuadrado de Pearson es de $0.024 < 0.05$, entonces si se acepta la hipótesis que afirma que hay relación entre la variable “centro” y “tipo de alta”.

Tabla 16. *Tipos de altas de las mujeres participantes por cada Comunidad Terapéutica*

		Comunidad Terapéutica			Total
		CT1	CT2	CT3	
ALTA	N	7	11	6	24
	Terapéutica % ALTA %CENTRO	29,2% 36.8%	45,8% 57,9%	25,0% 50%	100,0% 48%
Voluntaria	N	10	1	4	15
	% ALTA %CENTRO	66,7% 52.6%	6,7% 5.3%	26,7% 33.3%	100,0% 30.0%
Expulsión	N	2	7	2	11
	% ALTA %CENTRO	18,2% 10.5%	63,6% 36.8%	18,2% 16.7%	100,0% 22%
TOTAL	N	19	19	12	50
	% ALTA %CENTRO	38,0% 100%	38,0% 100%	24,0% 100%	100,0% 100%

4.4. Objetivo 4: Efectividad del tratamiento en las CTs

Los resultados del programa en las mujeres con altas terapéuticas

En este punto se ha evaluado la efectividad terapéutica solo del grupo de mujeres que han finalizado el tratamiento. Este objetivo pretendía medir si existía un cambio en las variables clínicas de la muestra de altas terapéuticas entre el inicio y el final de su programa.

Efectivamente, se observa que hay una diferencia y una mejora clínica substancial de las variables medidas, así como una diferencia estadísticamente significativa en algunas variables concretas y que son explicadas a continuación (ver Tabla 17):

Depresión y ansiedad

Las puntuaciones del BDI-II recogidas en el momento del ingreso y de finalización del programa indican que la muestra de altas terapéuticas ha reflejado una mejora en cuanto a la sintomatología depresiva, disminuyendo la puntuación inicial en 9.27 puntos (DE=14.67) y con una significación de $p=0.007$. En términos de porcentaje, el porcentaje de puntuación de depresión baja ha pasado de ser de 29.1% (n=7) a ser 62.5% (n=15).

Las puntuaciones de ansiedad también muestran una tendencia a la baja, es decir, la Ansiedad-Estado que en un principio es 63.83 puntos (DE=27.16) baja 18.45 puntos (media=45.38, DE=27.98) habiendo una diferencia de medias de 8.86 puntos (DE=17.00) con una significación de $p=0.023$. La Ansiedad-Rasgo inicialmente con 74.08 puntos (DE=24.86) baja 27.89 puntos (media=46.19, DE=30.54) con una diferencia media de 10.27 puntos (DE=15.08) y una significación de $p=0.004$.

Autoestima

En cuanto a las puntuaciones de autoestima, la puntuación final de la muestra de Altas Terapéuticas obtiene como puntuación media 32.06 (DE=5.31) habiendo una diferencia media de -3 puntos debido a que es una variable que incrementa (DE= 7.315) y un grado de significación de $p=0.020$. Por otra parte, el porcentaje de la muestra que presenta “alta autoestima” que inicialmente era el 45.8% (n=11) pasa a ser el 75% (n=18).

Ideas y estereotipos de género

La escala de ideas y estereotipos asociados a los roles y el consumo, también indica que hay una leve reducción en la puntuación, lo cual indica una reducción de la aceptación de estas ideas estereotipadas en cuanto al género y al consumo. Las puntuaciones iniciales son de 18.08 puntos (DE=4.08) baja 16.06 puntos (DE=4.12) habiendo una diferencia media de 2.455 (DE=6.515) con una significación de $p=0.032$. La muestra en T1 presenta un 12.5% que muestran puntuaciones altas (n=3), pero en T3 esto se reduce al 0%, incrementándose las puntuaciones medias y bajas.

Bienestar subjetivo

Respecto a la escala de bienestar subjetivo, la muestra marca una tendencia positiva en su recuperación, dado que hay un incremento de la puntuación media pasando de 32.83 (DE=8.95) a 40.31 (DE=9.49) siendo la diferencia media de 7.48 (DE=12.14). En términos de porcentaje, al inicio en T1 solo el 29,2% (n=7) indicaban puntuaciones de alto bienestar subjetivo, y en T3 pasa a ser el 62,5% (n=15).

Motivación al cambio

El estado de motivación respecto al cambio en el momento de la primera medida, indica que hay una mejora clínica de los niveles de motivación y se reduce el porcentaje de la muestra en el estado de contemplación de T1 (45.8%, n=11) en T3 (25%, n=6) y aumentando significativamente el estado de acción de T1 (29.2%, n=7) en T3 (75%, n=18) (ver Tabla 18).

Violencia de género en el ámbito de la pareja

Las puntuaciones en la escala de violencia de pareja (ver Tabla 19) también muestran una mejora clínica y estadística, tanto para la escala de violencia de la pareja actual como la violencia con una pareja pasada. Es importante destacar que, en cuanto a la violencia actual, la escala de puntuación total se reduce de manera significativa en 30 puntos pasando de 91.58 (DE=49.69) a 62 (DE=28.88) habiendo una diferencia media de 29.58 (DE=57.08) con una significación de $p=0.030$. Las subescalas que parecen mostrar de manera más destacada una mejora clínica y estadística son las de violencia psicológica (Diferencia media= 11.88, DE=13.10, $p=0.026$), violencia física (Diferencia media= 11.44, DE=13.80, $p=0.038$) y el consumo de tóxicos en contexto de violencia (Diferencia media= 5.33, DE=6.12, $p=0.031$). La subescala que denota una mejora clínica es la referente al acoso directo (diferencia media=9.11, DE=12.69).

En cuanto a la violencia pasada, la escala de puntuación total se reduce de manera significativa en 18 puntos pasando de 113.08 (DE=46.24) a 92.25 (DE=53.15) siendo una diferencia media de 20.83 (DE=35.35). Las subescalas que parecen mostrar de manera más destacada una mejora clínica son las de violencia física y sexual.

Separación psicosocial de la pareja agresora

La escala de separación psicosocial del agresor capta en qué grado la mujer esta física y psicológicamente separada del agresor y de la relación de pareja. En este caso el incremento en las puntuaciones de la escala de puntuación total pasando de 94.91 (DE=13.16) a 107,20 (DE=6.89) indica una mejora considerable en este constructo habiendo una diferencia media de -9.41 (DE=16.49) con una significación de $p=0.014$. La subescala que muestra mayor cambio es la de “control” de la propia vida habiéndose incrementado 7.81 puntos, seguida de “Valoración de la relación” que incrementa 5.8 puntos habiendo una diferencia media de -6.18 puntos (DE=9.62) y una significación de $p=0.007$.

Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento también muestran una tendencia positiva entre T1 y T3 en el grupo de las altas terapéuticas, se observa que hay un incremento en las puntuaciones de estrategias adaptativas como son la planificación y el afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social (Diferencia media= 0.659, DE=0.779, $p=0.001$), concentrar esfuerzos para resolver la situación, reinterpretación positiva (Diferencia media= 0.330, DE=0.990) y sobre todo crecimiento personal (Diferencia media= 0.500, DE=0.690, $p=0.003$). También se registra un descenso en las puntuaciones de las estrategias desadaptativas como uso de alcohol y drogas (Diferencia media= 1.318, DE=1.422, $p=0.000$), negación y abandono de los esfuerzos de afrontamiento (ver Tabla 20).

Tabla 17. *Diferencias entre las variables de Depresión, ansiedad, estereotipos de género, autoestima y bienestar subjetivo entre T1 y T2 de las altas terapéuticas.*

	Diferencia entre medias	DE	DE promedio	IC Inferio r	IC Superior	P
Depresión	9,273	14,678	3,129	2,765	15,781	0,007
Ansiedad Estado	8,864	17,005	3,625	1,324	16,403	0,023
Ansiedad Rasgo	10,273	15,081	3,215	3,586	16,959	0,004
Autoestima	-3,909	7,315	1,560	-7,153	-0,666	0,020
Estereotipos de género	2,455	6,515	1,389	-0,434	5,343	0,032
Escala de bienestar subjetivo	-6,682	12,140	2,588	-12,064	-1,299	0,017

[Abreviaciones: DE- Desviación Estándar; IC- Intervalo de confianza; P- Significación estadística]

Tabla 18. *Diferencias entre el grado de motivación entre T1 y T2 de las altas terapéuticas.*

	Diferencia entre medias	DE	DE promedio	IC Inferio r	IC Superior	P
Precontemplación	1,545	6,323	1,348	-1,258	4,349	0,264
Contemplación	-1,273	6,143	1,310	-3,996	1,451	0,342
Acción	-2,273	6,341	1,352	-5,084	0,539	0,108
Mantenimiento	0,591	7,817	1,667	-2,875	4,057	0,726

[Abreviaciones: DE- Desviación Estándar; IC- Intervalo de confianza; P- Significación estadística]

Tabla 19. *Diferencias entre las escalas de violencia y separación psicosocial en T1 y T2 de las altas terapéuticas.*

	Diferencia entre medias	DE	DE promedio	IC Inferio r	IC Superior	P
Violencia psicológica actual	11,889	13,100	4,367	1,819	21,958	0,026
Violencia física actual	11,444	13,803	4,601	0,834	22,0545	0,038
Violencia sexual actual	3,000	11,169	3,723	-5,585	11,585	0,444
Violencia económica actual	3,444	2,833	0,944	1,266	5,622	0,007
Violencia actual tóxicos Acoso directo actual	5,333	6,127	2,041	0,626	10,040	0,031
Acoso indirecto actual	9,111	12,692	4,230	-0,645	18,867	0,063
Violencia actual puntuación total	5,888	7,975	2,658	-0,241	12,019	0,058
Violencia emocional y económica pasada	50,111	57,082	19,027	6,233	93,988	0,030
	3,000	4,242	3,000	35,118	41,118	0,500

[Abreviaciones: ESP- Escala de Separación Psicosocial; DE- desviación estándar; IC- Intervalo de confianza; P- Significación estadística]

Tabla 19 (continuación). *Diferencias entre las escalas de violencia y separación psicosocial en T1 y T2 de las altas terapéuticas.*

	Diferencia entre medias	DE	DE promedio	IC Inferio r	IC Superior	P
Violencia sexual pasada	6,000	8,485	6,000	-70,237	82,237	0,500
Violencia física pasada	3,500	9,192	6,500	-86,090	79,090	0,686
Violencia y tóxicos pasada	1,000	1,414	1,000	-13,706	11,706	0,500
Acoso directo pasado	2,000	4,242	3,000	-40,118	36,118	0,626
Acoso indirecto pasado	12,500	10,606	7,500	-107,79	82,796	0,344
Violencia pasada puntuación total	10,000	35,355	25,000	- 327,655	307,655	0,758
ESP- Reacción a la violencia.	-1,364	12,046	2,568	-6,704	3,977	0,601
ESP- Control de la propia vida	-6,182	9,625	2,052	-10,449	-1,915	0,007
ESP- Valoración de la relación.	-4,091	10,272	2,190	-8,645	0,463	0,076
ESP Total	-9,412	16,495	3,516	16,726	2,099	0,014

[Abreviaciones: DE- Desviación Estándar; IC- Intervalo de confianza; P- Significación estadística]

Tabla 20. *Diferencias entre las puntuaciones de la escala COPE (estrategias de afrontamiento) en T1 y T2 de las altas terapéuticas.*

	Media	DE	DE promedio	IC Inferior	IC Superior	P
Búsqueda de apoyo social	,659	,779	,166	1,004	,313	,001
Religión	,409	1,019	,217	,042	,861	,074
Humor	,034	,842	,179	,339	,407	851
Consumo de alcohol o drogas	1,318	1,422	,303	,687	1,949	,000
Planificación y afrontamiento	-,303	,777	,165	,647	,0417	,082
Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	,212	,745	,158	,118	,542	,196
Centrarse en las emociones y desahogarse	,204	,875	,186	,183	,592	,285
Aceptación	-,090	,904	,192	,492	,310	,642
Negación	,340	,773	,164	,002	,683	,051
Refrenar el afrontamiento	,102	,843	,179	-,271	,476	,576
Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	-,227	,969	,206	,657	,202	,284
Crecimiento personal	-,500	,690	,147	,805	-,194	,003
Reinterpretación positiva	-,333	,992	,211	,773	,106	,130
Actividades distractoras de la situación	,030	,741	,158	,298	,358	,850
Evadirse	,212	,773	,164	-,130	,555	,212

[Abreviaciones: DE- Desviación Estándar; IC- Intervalo de confianza; P- Significación estadística]

La eficacia terapéutica después de los 12 meses del inicio del programa

Para la obtención de estos datos se ha estudiado la muestra de mujeres que han cursado una alta terapéutica, alta voluntaria o alta por expulsión entre mayo del 2018 y mayo del 2019 y se ha hecho un seguimiento en los 6 meses posteriores de esta alta para conocer si siguen abstinentes del consumo de sustancias y si siguen vinculadas a un tratamiento de drogodependencias. Esta muestra de seguimiento se conforma de 30 mujeres: 8 altas terapéuticas, 12 altas voluntarias y 10 altas por expulsión.

Respecto a las altas terapéuticas los datos indican que a los 6 meses del alta del programa el 100% (n=8) siguen abstinentes de consumo y el 87.5% (n=7) siguen vinculadas a un tratamiento de drogodependencias. En cuanto a las altas voluntarias, a los 6 meses de haber abandonado el programa el 25% (n=3) siguen abstinentes de consumo y el 50 % (n=6) siguen vinculadas a un tratamiento de drogodependencias. En el grupo de las altas por expulsión, a los 6 meses solo el 20% (n=2) siguen abstinentes de consumo y el 20% (n=2) siguen vinculadas a un tratamiento de drogodependencias.

5. Discusión

Perfil psicosocial y clínico de las mujeres con Trastorno por uso de sustancias en tratamiento en Comunidades Terapéuticas.

Perfil psicosocial

En la muestra estudiada domina un perfil psicosocial caracterizado por mujeres con una medida de edad de 41,5 años, de nacionalidad española (95,9%), con estado civil de soltera, divorciada o separada (73,5%) y con hijos/as (40,8%). La mayoría tiene estudios primarios o secundarios (69,4%) o universitarios (16,5%), pero están sin trabajo (73,5%) y depende de los ingresos económicos de terceras personas. Las características psicosociales del perfil de la muestra son concordantes con los resultados de diferentes estudios (ONU, 2005; Manrique, 2012; UNAD, 2019 y SGD, 2019). La edad media de las usuarias que conforman la muestra de estudio es alta y la mayoría mantiene un estado civil sin pareja, lo cual avala la idea de que, en el caso de las mujeres, los consumos están más invisibilizados, se hacen en solitario (en el 90% de nuestra muestra) y se restringen al ámbito doméstico. Esto unido a la mayor penalización social del consumo en mujeres (Altell, 2011; Martínez, 2018; Manrique, 2012), así como el hecho de cuidados de terceras personas a cargo fomenta que la demanda de ayuda y el ingreso en programas residenciales, se dilate en el tiempo, tal y como se recogía en los estudios Covington (2007) y de Benoit (2015). El grupo de mujeres que tienen hijos/as, representan un 41% de la muestra, pero solo la mitad de ellas conservan la custodia de los menores a cargo, denotando una situación en la que se realiza el ingreso al programa de drogodependencias cuando ya han ocurrido consecuencias a nivel social y jurídico (UNODC, 2005). En cuanto a la situación formativa y laboral, si bien la gran parte de la muestra tiene estudios primarios o secundarios y un 16,5 % universitarios, la mitad se encuentra en situación de desempleo y hace entre 1 y 5 años que han realizado su último trabajo siendo un desempleo de larga duración, también una parte significativa de la muestra se encuentra incapacitada para trabajar cobrando pensiones muy bajas. Esto refleja una situación de desventaja social importante y de falta de oportunidades de reinserción al sumarse al problema de adicción la situación de pobreza y la brecha salarial estructural de las mujeres en la sociedad actual (Cantos, 2015). Esta conjunción de ejes de vulnerabilidad se traduce a barreras sociales para acceder a servicios de salud y mejorar su situación personal, como ya indican diversos autores (Castaños, 2007; Covington, 2007; Gilchrist, 2012). Estos datos nos llevan a replantearnos cómo son y cómo deberían ser los recursos

de tratamiento y reinserción sociolaboral para mujeres drogodependientes, dado que las necesidades específicas de las mujeres que solicitan tratamiento incluyen complejidades añadidas que debería tenerse en cuenta en el diseño de las acciones y los programas para lograr mejores resultados.

Perfil clínico

Comentamos el perfil clínico de la muestra dando prioridad a la comorbilidad psicopatológica y de violencia de género existente, para analizar después las características de la adicción. Las variables clínicas reflejan que en la muestra estudiada predomina un perfil de mujeres caracterizado por diagnóstico de patología dual o comorbilidad psiquiátrica en más de la mitad de los casos (57,1%), sin embargo, solo un pequeño porcentaje de ellas está vinculada a la red de salud mental. Un tercio de la muestra informa de antecedentes psiquiátricos familiares, y la mitad de la muestra tiene antecedentes de drogodependencia en la familia de origen. Por otra parte, la mayoría de las mujeres (61,2%) confirman haber sufrido malos tratos en la infancia, siendo estos frecuentes o muy frecuentes en el 28,6% de los casos, y casi la totalidad de la muestra (96%) puntúa positivamente en la escala de violencia de género en el ámbito de la pareja.

En cuanto a los diagnósticos psicopatológicos, los resultados coinciden con los estudios citados de Pantoja (2007), Castaños (2007) y Martínez (2008) que encontraban prevalencias elevadas de conjunción de problemas de salud mental y adicciones. Dado que más de la mitad de la muestra estudiada presentan un diagnóstico comórbido con el problema de adicción, pero solo un pequeño porcentaje está conectado con la red de salud mental, se evidencia la falta de coordinación entre redes de atención al menos a nivel regional y en nuestro contexto. Existe la tendencia a derivar a la persona a la red de drogodependencias cuando se detecta un problema de adicción, poniendo más énfasis en esta situación que en la necesidad de atención psiquiátrica, incluso contando con un diagnóstico (Cantos, 2015; Martínez, 2009). En la misma medida ocurre cuando también se detectan problemas de violencia de género que pueden estar sufriendo estas mujeres y se categorizan como secundarios a la adicción (Altell, 2011; Castaños et al., 2007; Chait, 2005; Farapi, 2007; Martínez, 2008; ONU, 2005). Desde nuestro punto de vista, esto se produce como deriva de la concepción parcelada de los problemas de las personas, sin tener una visión integral de abordaje, lo cual dificulta el buen pronóstico, ya que la red de drogodependencias no está diseñada para atender de manera eficaz y holística a este tipo de perfiles y no hay una manera protocolizada de trabajar conjuntamente entre redes de

atención (salud mental, drogodependencias y violencia), lo cual puede derivar en peores resultados de tratamiento en las personas con problemáticas asociadas a los problemas de adicción. En este sentido, parece que nos falta camino por recorrer para integrar en los tratamientos y redes asistenciales la perspectiva de género que recomienda los organismos internacionales (OMS, 2013; EMCDDA, 2009).

Por otra parte, hallamos que del total de las mujeres participantes muchas de ellas tienen antecedentes de salud mental y de consumo de sustancias en la familia de origen, sobre todo en familiares de primer grado repitiendo un estilo de afrontamiento generacional en cuanto a la sustancias. En relación con las cuestiones anteriores, más de la mitad de la muestra informa haber vivido malos tratos en la infancia, lo que puede relacionarse con familias de origen desestructuradas y estilos de crianza negligentes o abusivos debido a los problemas de consumo o psiquiátricos de sus progenitores (Castaños, 2007; Chait, 2005; Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias, 2005). Esta cuestión nos lleva a reflexionar sobre cómo abordamos los problemas de adicción de las personas adultas con hijos/as: ¿están recibiendo la atención adecuada? o quizás como sistema, ¿estamos contribuyendo a invisibilizar a los niños/as y jóvenes que viven en entornos de consumo y sufren el impacto directo de estas situaciones de vulnerabilidad?

En relación a las características de la adicción actual y su historial de consumo, la mayor parte de la muestra demanda tratamiento por dependencia al alcohol (41%), cocaína (20%) o policonsumo (30%), habiendo realizado en el 69,4% de los casos entre 1 y 3 tratamientos previos por dependencia a las sustancias. Nuevamente, y en consonancia con estudios anteriores (OEDA, 2019; Montanari, 2015; UNAD, 2019), se confirma que las adicciones de las mujeres que demandan tratamiento van relacionadas en gran parte con el abuso de drogas legales como el alcohol y los psicofármacos, si bien ésta no queda reflejada en la muestra estudiada como droga que motiva el tratamiento. La misma tendencia que registran las encuestas estatales de población joven (ETUDES, 2019) y de población general en España (EDADES, 2017) que ya identifican este patrón de prevalencia superior de consumo en las mujeres de hipnosedantes y tabaco. La mayor parte de la muestra ha realizado, al menos, un tratamiento de rehabilitación anterior, siendo de carácter ambulatorio, pero también el 86% (n=43) ha realizado al menos un tratamiento anterior en comunidad terapéutica y refieren haber estado al menos un periodo de su vida abstinentes del consumo de sustancias. Según los datos y la literatura consultada (Guydish, 1995; IREFREA, 2003), no acaba de quedar claro el efecto que pueda tener el haber realizado tratamientos previos, es decir, si la experiencia de más tratamientos crea un efecto

acumulativo que puede favorecer a la recuperación a largo plazo, o por el contrario esto puede desmotivar a la realización del tratamiento actual habiendo una percepción de baja autoeficacia que puede influir en un mal pronóstico.

Respecto a los niveles de ansiedad, la muestra obtiene una puntuación media de ansiedad estado (73,5%) y ansiedad rasgo (86%) significativamente más alta que la población estandarizada. Encontramos además en la mayoría sintomatología depresiva grave (32%) o moderada (28%). La mitad de la muestra presenta puntuaciones bajas de autoestima (52%); estilos de afrontamiento desadaptativos; con índice de bienestar subjetivos bajos o inestables (62%) y con motivación baja para el tratamiento dominando la negación y ambivalencia ante sus problemas (58%). Por otra parte, la mayor parte de la muestra presenta un nivel medio-alto (54-28%) de interiorización de los estereotipos de género. En referencia a la sintomatología clínica, queda confirmada la hipótesis planteada, ya que la muestra estudiada presenta puntuaciones elevadas de depresión y ansiedad, así como bajos niveles de autoestima, siguiendo la línea de investigaciones anteriores (Najavits, 2007; Covington, 2003). En cuanto a los estilos de afrontamiento estos se basan fundamentalmente en estrategias deficitarias ante el consumo de alcohol o drogas, la negación, la distracción, el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, siendo todas estas estrategias desadaptativas para afrontar la propia vida y circunstancias, coincidiendo con los estudios de Castaños (2007) y Chait (2005). En relación con estas variables de afrontamiento, se observa que el bienestar subjetivo es bajo y muy variable según el estado de ánimo, lo que sumado a la sintomatología clínica y la falta de herramientas personales para hacer frente a la propia situación pueda generar una imagen de “perfil complejo” de abordaje en los programas, tal y como apuntaba en su investigación Arzova (2015). Referente al estado de motivación, se observa que la mitad de la muestra se encuentra en un estado contemplativo al abandono de sustancias, variable que en combinación de las anteriores puede influir de manera directa en el pronóstico y la falta de adherencia al tratamiento, ya que realizan el ingreso en un programa terapéutico, pero la motivación para abandonar el consumo es ambivalente (Prochaska & Diclemente, 1984). En cuanto al grado en el que las mujeres participantes tienen interiorizados ciertos estereotipos de género que pueden influir con la percepción del problema y el proceso de recuperación, la mayor parte de la muestra señala un nivel medio o alto de interiorización de estos, sobre todo aquellos asociados al consumo de sustancias, es decir aquellos estereotipos que recaen sobre las personas con adicción con un agregado de penalización social por el hecho de ser mujer y consumidora (Márquez y Lorenzo, 2016; Martínez, 2009). Por último, hay que destacar

que existen correlaciones significativas entre los malos tratos en la infancia y una baja autoestima, altas puntuaciones de depresión y ansiedad, así como el hecho de haber sufrido VGAP y presentar alta interiorización de los estereotipos de roles vinculados al género y al consumo que pueden justificar el maltrato y significar una barrera para pedir ayuda o iniciar un proceso terapéutico. Estas asociaciones significativas entre variables nos llevan nuevamente a plantear e insistir sobre la necesidad de que los programas de tratamiento deben tener muy presente la suma de vulnerabilidades que afectan a estas mujeres y que ayudan a explicar el inicio y mantenimiento de sus múltiples problemas, incluida la adicción.

La prevalencia de Violencia de Género en el Ámbito de la Pareja (VGAP) en las usuarias que realizan tratamiento en las Comunidades terapéuticas.

Prevalencia de VGAP

En referencia a este objetivo, se confirma la hipótesis de una alta prevalencia de VGAP en las mujeres que realizan programas de drogodependencias, ya que hemos hallado que, de casi la totalidad de la muestra, el 96% (n=48) ha sufrido VGAP pudiendo ser el caso de una pareja actual como de una expareja. Estos resultados coinciden con los estudios de Jauffret-Roustide (2008), Amor (2011) y Benoit (2015) quienes también detectaron altos niveles de VGAP en muestras de mujeres drogodependientes en programas de recuperación. Estos datos enfatizan la necesidad de explorar esta cuestión como eje fundamental en el abordaje terapéutico. Relacionado con los puntos explicados previamente, los estilos de afrontamientos desadaptativos como es el uso de sustancias pueden significar una manera de afrontar la violencia recibida. Por otra parte, la mitad de la muestra participante y que refiere que ha vivido VGAP responde en base a una relación actual o de los últimos 3 meses y el resto a una relación finalizada. Respecto a las relaciones actuales y pasadas una parte de la muestra reportan puntuaciones de alta gravedad. En el caso de las usuarias que responden sobre una relación actual, es necesario reflexionar sobre cómo se aborda en el tratamiento actual la presencia de una pareja maltratadora que puede interferir en el correcto desarrollo de su evolución, entorpeciendo la recuperación y en muchos casos boicoteando el tratamiento tal y como se indica en la literatura (Llopis, 2006; Llord, 2013). Esto merece una reflexión por parte de los equipos de intervención abordarlo en clave de género entendiendo que la separación del agresor es un proceso paulatino y complejo, y no presionando a la usuaria a abandonar la pareja como condición para

continuar en el programa dado que puede ser contraproducente. Respecto a los tipos de violencia recibida en el ámbito de la pareja, las mujeres que responden a una relación actual o que ha finalizado hace menos de 3 meses, destacan situaciones graves de violencia física, psicológica, y en contexto de consumo.

Patrones de VGAP

Al analizar los patrones de violencia de pareja en la actualidad y en el pasado. Las mujeres de nuestra muestra han respondido sobre una relación pasada de violencia con puntuaciones altas, como ya hemos indicado, y además se confirma la mayor gravedad en la violencia relacionada con las sustancias tóxicas (56,5%), psicológica y económica (43,5%), sexual (30,1%) y con acoso directo (26,1%). Parece ser que ciertas violencias, como son la sexual y la económica, se pueden identificar e informar por la mujer de manera más fácil, a través de un autoinforme y una vez ha finalizado la relación, en contraposición a situaciones de violencia actuales. Esto podría deberse a motivos que tienen que ver con el proceso de liberación y recuperación de las violencias (Roca et al, 2013).

La separación psicosocial de la pareja agresora

En cuanto al grado de separación psicosocial de la pareja agresora en la muestra estudiada, se obtienen puntuaciones totales cercanas a la media de la población estandarizada, lo cual indica niveles bastante adecuados. Este instrumento tiene tres subescalas: “*reacción a la violencia*”, “*control de la propia vida*” y “*valoración de la relación*”. La subescala “*reacción a la violencia*” hace referencia al conjunto de valoraciones cognitivo-emocionales y reacciones conductuales a la violencia que la mujer está recibiendo y que van de la supervivencia al enfrentamiento. En cuanto a *Valoración de la relación de pareja* que consiste en la elaboración de la pérdida del proyecto de vida en pareja o de familia. La subescala sobre el “*Control de la propia vida*”, pasa tanto por mecanismos psicológicos sobre el tener las herramientas necesarias para tener el control sobre la propia toma de decisiones vitales.

La muestra presenta puntuaciones notablemente superiores a la media en “*reacción a la violencia*”, ya que nos encontramos con una muestra estudiada que presenta puntuaciones graves de violencia física, emocional y sexual y esto puede evidenciar de manera más notoria la violencia recibida siendo una situación que incrementa la reacción a la violencia, por tanto, la puntuación en esta escala será superior. Sin embargo, la subescala sobre el

“Control de la propia vida” y de “valoración de la relación” presentan puntuaciones inferiores. Esto último hace referencia a que es necesario abordar con las usuarias el duelo que implica el darse cuenta de que la relación violenta no solo lo es por las circunstancias (consumos, dificultades económicas, etc), sino porque la pareja es violenta, y como la violencia recibida ha generado dinámicas que se han retroalimentado con el problema del consumo.

En cuanto a las diferencias entre la separación psicosocial de las mujeres que hablan de una pareja agresora actual o anterior, se observa que no hay una diferencia estadísticamente significativa, pero que las mujeres que hablan de una pareja anterior presentan una separación psicosocial superior. Esta tendencia responde a la naturaleza del constructo en sí, el cual es progresivo, gradual y el hecho de que la pareja sea actual o pasada hace que la persona se encuentre en momentos temporales diferentes de ese proceso de salida de la espiral de la violencia.

La adherencia terapéutica de las usuarias y sus posibles determinantes relacionados con historial clínico previo, estado motivacional y grado de implantación de perspectiva de género en los programas de tratamiento.

La adherencia al tratamiento: altas terapéuticas, abandonos y barreras identificadas.

En la muestra estudiada hemos encontrado que algo más de la mitad de la muestra (52%; n=26) no finaliza el programa con un alta terapéutica o recuperación. Concretamente un 30% (n=15) decide abandonar tratamiento de manera voluntaria antes de los tres meses y el 22% son altas por expulsión mayoritariamente también producidas en los 3 primeros meses. Esto podría explicarse por múltiples barreras, especialmente las vinculadas al género como comentaremos más adelante. No obstante, cabe destacar que del total de la muestra estudiada observamos que el 48% (n=24) finaliza el tratamiento con una alta terapéutica, la cual cosa indica la consecución de sus objetivos terapéuticos. Tal y como se ha comentado con anterioridad y en la línea de los informes publicados por naciones unidas (UNODC, 2015) y la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD, 2018), las tasas de resultados efectivos de tratamiento en recursos de drogodependencias son menores para mujeres que para los hombres, y estos resultados indican que menos de la mitad de la muestra finaliza el programa, y que estamos ante un resultado insuficiente. Por otra parte, es necesario destacar que si analizamos la información cualitativa registrada cuando una usuaria efectúa una alta voluntaria o una expulsión, frecuentemente tiene que ver con la

interrupción del programa para hacerse cargo de responsabilidades familiares, el hecho de tener una relación sexo afectiva con algún usuario del programa, o haber tenido una recaída en consumo en algún permiso, por lo cual se replican alguna barreras de permanencia que se han mencionado previamente en el apartado teórico y que se han identificado en estudios como el de Downey (2003) y de Cantos (2017).

La adherencia terapéutica en función de las variables psicosociales y clínicas

En cuanto a las variables psicosociales como posibles determinantes de la adherencia al tratamiento, de manera contraria a la esperada no se aprecia que haya diferencias estadísticamente significativas, aunque si podemos observar una serie de tendencias. El grupo de las altas terapéuticas tiene una edad levemente superior al de los otros dos grupos, de alta voluntaria y expulsión, y la mitad del grupo de altas terapéuticas tiene hijos/as a cargo, lo cual puede significar una motivación extra para finalizar el tratamiento en aquellos casos donde ya se ha producido la retirada de custodia y el hecho de realizar un tratamiento sea una condición básica para considerar el retorno de la custodia. En cuanto a las altas voluntarias y expulsiones, se identifica un nivel de formación equivalente respecto al subgrupo de altas terapéuticas, sin embargo, observamos porcentajes de muestra superior respecto a: situación de baja laboral, grado de discapacidad, mayor prevalencia de diagnóstico psiquiátrico, antecedentes de drogodependencia en la familia de origen y mayor porcentaje de historia de malos tratos en la infancia. Todo ello indica que las usuarias que han abandonado prematuramente el programa de tratamiento, por motivos voluntarios o expulsión, tienen un perfil psicosocial y clínico más complejo y con mayor necesidad de una atención psicológica y psiquiátrica. Teniendo en cuenta que una parte importante de la muestra tiene diagnósticos de salud mental pero no están vinculadas a los servicios de la red de salud mental, la falta de atención psiquiátrica específica y regular, así como la necesidad de formación de los equipos para trabajar con perfiles con problemas psicopatológicos, podría implicar una barrera de permanencia en los programas de adicciones para aquellas usuarias que presentan un perfil de patología dual (Meneses, 2007; Montanari, 2015).

Respecto a las variables clínicas como posibles determinantes de la adherencia al tratamiento, al dividir el total de la muestra por tipos de altas, solo se observan diferencias en los estilos de afrontamiento “Búsqueda de apoyo social” y “Humor” siendo el grupo de mujeres de las altas terapéuticas quienes hacen un uso más adaptativo de esta estrategia de

afrontamiento, ya que el grupo de altas voluntarias y expulsiones está compuesto por personas que tienden a infrautilizar o sobre utilizar estas estrategias. Respecto al “consumo de alcohol y drogas” como estrategia de afrontamiento en los tres grupos se hace un uso desadaptativo de esa estrategia con igual magnitud, por lo cual es fundamental abordar este estilo de afrontamiento respecto a la prevención de recaídas de la conducta adictiva (Martínez y Arostegui, 2018). En cuanto a las tendencias, en la muestra de altas terapéuticas encontramos puntuaciones levemente superiores de autoestima y mejores niveles de motivación. En este punto cabe destacar que entre las altas voluntarias se encuentran 3 personas en fase de precontemplación y por tanto con muy baja motivación, además de 15 personas en fase contemplativa o ambivalente respecto al abandono de las drogas. Por otra parte, presentan una puntuación levemente inferior respecto a los otros grupos en la escala de violencia de la pareja, ansiedad y depresión. Parece ser que los estados de alta ansiedad y depresión, sumados a una baja autoestima, baja motivación, así como una mayor presencia de ideas estereotipadas de roles y consumo pueden pronosticar en mayor medida que estas mujeres no finalicen sus programas si esto no se aborda de manera integral y planificada, tal y como apuntan Nuñez y Rendón (2012) y Gilchrist (2012).

La adherencia terapéutica en función del grado de implantación de la perspectiva de género de los tratamientos.

Siguiendo con el análisis de variables que influyen en la adherencia terapéutica, se verifica la hipótesis de que aquellos programas que tienen más indicadores de implementación de perspectiva de género en su diseño tienen mayores tasas de altas terapéuticas respecto a los programas que tienen menos indicadores. Al parecer los indicadores tales como el grado de formación que tiene el equipo de intervención y el hecho de que no solo sean personas puntuales las referentes en perspectiva de género, sino que haya una formación integral a casi todo o todo el equipo, así como la realización de reuniones de supervisión (preferiblemente por una persona experta y externa) marcan la diferencia en cuanto al éxito en el tratamiento de mujeres drogodependientes en contextos residenciales respecto a los demás. Esta aportación es sumamente relevante e innovadora, ya que, aunque encontramos referencias que aconsejan tener en cuenta la perspectiva de género, no hemos encontrado investigaciones que analicen la mayor efectividad de estos programas, así como detallando cuales son los indicadores de género que han sido evaluados. Mediante el análisis de los programas y la descripción de los indicadores, así como el análisis de los resultados terapéuticos, ha sido posible operativizar el hecho de que los programas que se encuentran

diseñados en clave de género y que también ejecutan las acciones de estos programas con lógicas feministas, redundan en intervenciones holísticas con abordajes integrales que tienen en cuenta las especificidades de género, y por lo tanto mejores resultados con mujeres drogodependientes en contextos residenciales.

Los resultados del programa en las mujeres con altas terapéuticas

Efectivamente se confirma la hipótesis de que las mujeres que completan el tratamiento residencial de 6 meses han tenido una mejoría significativa en las variables clínicas estudiadas de: depresión, ansiedad, autoestima, interiorización de los estereotipos de género, estilo de afrontamiento, bienestar subjetivo y motivación.

Se observa que hay una diferencia estadísticamente significativa y una mejora clínica substancial de las variables medidas en cuanto a las puntuaciones de depresión ($p=0.007$). Se registra una diferencia estadísticamente significativa también de ansiedad estado ($p=0.023$) y rasgo ($p=0.004$) mostrando una tendencia a la baja. La autoestima también registra un incremento estadísticamente significativo ($p=0.020$) y una mayor parte de la muestra reporta “alta autoestima” al final de su tratamiento. En consonancia con la autoestima vemos que se reduce el porcentaje de muestra con altos niveles de interiorización de estereotipos de género, y de que hay una diferencia estadísticamente significativa a la baja de estas ideas ($p=0.032$) lo cual se relaciona con una mayor aceptación de la propia persona, la desculpabilización y el empoderamiento que resulta en mayores niveles de autoestima, así como un incremento de la percepción del bienestar subjetivo. Estos resultados, en cuanto a la mejora de las variables clínicas, coinciden con estudios que avalan la eficacia terapéutica de los tratamientos residenciales a largo plazo con perspectiva de género en las mujeres usuarias, tales como Ashley (2003), Najavits (2007), Covington (2008) y Cappelz (2012).

El estado de motivación respecto al cambio en el momento de la primera medida, indica que mejoran los niveles de motivación, reduciéndose el porcentaje de la muestra en estado de contemplación y aumentando significativamente el estado de acción y mantenimiento.

Las puntuaciones en la escala de violencia de pareja también muestran una mejora clínica y estadísticamente significativa en cuanto a la violencia actual ($p=0.026$). Estas mejoras son esperables dado que, en el momento de ingresar en la Comunidad Terapéutica, hay una protección y una distancia física de la pareja agresora, sobre todo en las que sufren

violencia actualmente, por lo cual se observa una diferencia significativa en las mujeres que sufren violencia actual y no en las que han sufrido violencia en el pasado, ya que esa separación de la pareja agresora se había producido previo al ingreso al programa. Para evaluar la recuperación de la violencia de manera más exhaustiva, es necesario tener en cuenta los resultados de la escala de separación psicosocial del agresor, ya que capta en qué grado la mujer está física y psicológicamente separada del agresor y de la relación de pareja (Roca et al, 2013). En este caso el incremento en las puntuaciones de la escala de puntuación total indica una mejora considerable en este constructo y estadísticamente significativa ($p=0.014$), lo cual significa que la mejora no solo se produce por el distanciamiento físico de la pareja agresora, sino del trabajo personal de recuperación que se ha hecho en el abordaje terapéutico de su situación. La subescala que mostraba puntuaciones más altas al inicio del programa era “*reacción a la violencia*”, en cambio al final del programa muestra mayor cambio la subescala de “*control de la propia vida*” denotando un incremento de la autonomía, la mejora de su autoconcepto y la mayor percepción de autoeficacia para afrontar las circunstancias personales y arrojando resultados de un incremento estadísticamente significativo ($p=0.007$).

Por último, los estilos de afrontamiento también muestran que hay una diferencia estadísticamente significativa en las estrategias de afrontamiento positivas como la búsqueda de apoyo social y sobre todo el crecimiento personal. También se observa un incremento en las puntuaciones, por tanto, una mejora clínicamente significativa, de estrategias adaptativas como son la planificación y el afrontamiento activo, concentrar esfuerzos para resolver la situación, reinterpretación positiva. También se registra un descenso en las puntuaciones de las estrategias desadaptativas como la negación y el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, y una reducción estadísticamente significativa ($p=0.000$) de la estrategia de afrontamiento basado en el consumo de alcohol o drogas.

La efectividad terapéutica después de los 12 meses del inicio del programa

Se confirma la hipótesis que las mujeres que completan el tratamiento residencial y reciben alta terapéutica presentan mejores resultados, a los 6 meses de seguimiento, en relación con la variable de abstinencia y vinculación a tratamientos, que las mujeres con altas voluntarias o expulsiones. Los datos indican que, en las dos variables que hemos estudiado, las mujeres que realizan el programa en su totalidad durante 6 meses, un año después se mantienen sin consumir sustancias y vinculadas de alguna manera a un servicio de atención

como puede ser el servicio ambulatorio CAS, pisos de reinserción sociolaboral o seguimiento psicológico. En cambio, las mujeres que abandonaron el programa y por tanto tienen altas voluntarias, al cabo de 6 meses solo la mitad siguen en tratamiento y el 25% (n=3) abstinentes de consumo. Las altas por expulsión son las que presentan resultados más desalentadores, ya que solo el 20% (n=2) de ellas siguen abstinentes y realizando tratamiento. Parece ser, que existe una evolución diferente según el tipo de alta que han realizado del programa, y que las mujeres que completan su estancia y consiguen egresar con una alta terapéutica se enfrentan a la vida y las nuevas circunstancias con otros estilos de afrontamiento, con mayor grado de control para mantener la abstinencia y apartar las sustancias de su vida, mayor recuperación de sus problemáticas asociadas (salud mental, violencia, pobreza, etc.) y mayor vinculación a la red de atención específica lo que les facilita un acompañamiento y el mantenimiento de los objetivos logrados. Con vistas al futuro, es necesario determinar cuáles son aquellos parámetros que ayuden a diseñar programas más eficaces para el abordaje de la drogodependencia en mujeres en contextos residenciales y cómo impacta la falta de estos en los abandonos y expulsiones, así como prestar especial atención a las variables sociales y clínicas de aquellas mujeres que no finalizan y empezar a dilucidar cómo todo ello interactúa.

Limitaciones, fortalezas e implicaciones prácticas

Las diferentes **limitaciones** atribuibles a la investigación podemos agruparlas en tres categorías relacionadas con el contexto de investigación clínica complejo, las propias derivadas de trastornos crónicos como lo son la mayoría de los TUS y las derivadas de la metodología utilizada.

La investigación se ha llevado a cabo en un *contexto de investigación clínica complejo* por varios motivos como hemos venido aclarando. El primer lugar, la escasa afluencia de las mujeres con TUS a la red de asistencia en drogodependencias (UNAD, 2018; FCD, 2018) y especialmente en la tipología de tratamientos en CTs o centros terapéuticos residenciales de drogodependencias. En segundo lugar, el hecho de que haya muy pocas CTs especializadas en violencia de género como ya hemos comentando al analizar los indicadores de estos centros en el punto de “Barreras de género en el acceso y permanencia en los tratamientos.”, y que además estén en condiciones de asumir la carga de trabajo que supone una investigación de estas características para sus terapeutas. Estos dos aspectos

ayudan a comprender la dificultad de contar con una muestra mayor tanto de usuarias como de centros. Sin embargo, consideramos que tener una muestra clínica de 50 mujeres es cualitativamente muy relevante y, además, ha quedado claro que el tamaño de la muestra es representativo en la mayoría de las variables de perfil psicosocial y clínico, respecto a otras investigaciones similares (Covington, 2008; Najavits, 2007).

Por otra parte sabemos por experiencia que los estudios de seguimiento en *población drogodependiente* tienen unas pérdidas de muestra importantes, que los niveles de adherencia son medio-bajos y que son frecuentes los periodos de tratamientos y recaídas (Marlatt, 1993; Prochaska i Diclemente, 1984). Esto ha quedado reflejado en la pérdida de algo más del 50% de la muestra en la fase postratamiento y en la dificultad para hacer el seguimiento 6 meses después de dejar la CT. En nuestro caso, añadimos la dificultad de incluir el estudio de la relación de la adicción con la violencia de género en la pareja. Esto ocasionó que al proponer la participación a las usuarias en el estudio y comentar la temática, una buena parte de la muestra se negará a participar aludiendo falta de interés o simplemente denotando una negativa a abordar el tema de la violencia en sus vidas. Esto nos hace reflexionar e hipotetizar que quizás también existe un estadio precontemplativo en relación a la violencia vivida, donde la mujer niega o no está preparada para identificar dicha violencia, trabajar su significado y mucho menos asumirla. Muchas mujeres no quieren o no pueden tratar el tema. Esto explicaría en parte su rechazo a participar en la investigación.

Metodológicamente debemos señalar las limitaciones derivadas de la amplia batería de instrumentos administrados. Si bien eran necesarios para conocer mejor la complejidad de problemas que han de afrontar estas mujeres, tanto derivados de la adicción como de la violencia de género, la batería ha resultado ser demasiado larga y en ocasiones los ítems han sido complejos para la comprensión de alguna persona participante. Hay que destacar también, que el lenguaje de algunos ítems, sobre todo en los instrumentos clásicos de estrategias de afrontamiento y motivación generaba confusión en las usuarias por la utilización de algunos términos complejos, cosa que influye en la desmotivación de las participantes e incluso en la infrarrepresentación de algunos fenómenos.

Por otra parte, somos consciente de que el seguimiento realizado 6 meses después de finalizar el tratamiento debería recoger la totalidad o la mayor parte de la muestra inicial para reducir sesgos de interpretación, pero no ha sido posible por cuestiones de planificación y finalización de esta tesis. Aun así, creemos que los resultados nos permiten tener una mirada esperanzadora en los tratamientos y muy especialmente en aquellos que

contemplan las importantes diferencias de género que afectan a la mujer con problemas de TUS.

En cuanto a *las fortalezas* de este estudio consideramos que la investigación ha permitido responder a la finalidad principal de la tesis relativa a conocer y dar visibilidad a la confluencia del fenómeno de drogodependencia y de la violencia de género en el ámbito de la pareja en las mujeres que realizan tratamiento en las CTs. Además, ha podido constatar que no es fácil encontrar centros que contemplen en el diseño y apliquen en sus programas la perspectiva de género en todos los aspectos, dado que es un constructo que cuesta aterrizar en la práctica cotidiana. Los resultados refuerzan que es muy importante el hecho de conocer las circunstancias de las mujeres que realizan tratamientos concretamente en comunidades terapéuticas mixtas. En la bibliografía encontramos estudios sobre todo aplicados a programas ambulatorios, o a programas residenciales exclusivos para mujeres (Conejo, 2012; Covington, 2007; Díaz, 2008). Este estudio pone de relieve la situación y las necesidades latentes en el tratamiento de mujeres que acuden a un servicio residencial mixto, así como la necesidad de tener en cuenta ciertos indicadores de perspectiva de género en el programa para mejorar la eficacia terapéutica con las usuarias.

Cómo *aportación significativa* los datos apuntan que los centros que incluyen la perspectiva de género de forma integral en sus tratamientos, obtienen mejores resultados. Esta es una aportación original de nuestra investigación. Por otro lado, los datos descriptivos de la muestra evidencian la alta prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja de las mujeres que atendemos en nuestros programas y servicios, y las múltiples manifestaciones de este tipo de violencia. Existe una visión generalizada de que las usuarias que acceden a las CTs, y otros recursos de drogodependencias, viven situaciones de violencia, de falta de apoyo social, situaciones laborales más precarias, etc., pero el hecho de poder medir estas situaciones con instrumentos estandarizados y hacer un seguimiento longitudinal ayuda a visibilizar la importancia de esta cuestión y la necesidad urgente de formar a los equipos de los recursos de drogas para el abordaje de estas realidades complejas.

Líneas de futuro

Para las investigaciones futuras nuestras recomendaciones serían las siguientes: En primer lugar, sería muy interesante poder contar con una mayor participación de Comunidades Terapéuticas para obtener una muestra más representativa que facilite la generalización de los resultados, también sería muy deseable que los indicadores para categorizar a los centros en función de su perspectiva de género fuesen más ampliamente extendidos. En segundo lugar, la ampliación del tamaño muestral nos permitiría tener datos de prevalencia real de VGAP en las mujeres atendidas en las Comunidades Terapéuticas de Catalunya. En tercer lugar, recomendamos que las investigaciones futuras realicen los estudios de seguimiento a más largo plazo y que introduzcan estrategias que maximicen la recogida de datos tanto para altas terapéuticas, como y muy especialmente, para altas voluntarias o expulsiones. Quizás puede ayudar que los diferentes dispositivos de la red asistencial se impliquen en este tipo de estudios. Esto nos permitirá encontrar claves para proceder y evitar que las mujeres afectadas se desvinculen de la red de atención y cronifiquen su situación. En cuarto lugar, hay que reflexionar en torno a la batería de evaluación e intentar optimizar los constructos analizados, así como el tiempo invertido en cada evaluación para no caer en un efecto desmotivador de las participantes y de los/las profesionales que participan.

Por último, consideramos que sería fundamental poder complementar la investigación cuantitativa con métodos cualitativos que nos permitan identificar de manera exhaustiva los indicadores de género en el diseño de los programas, así como la evaluación de las barreras de permanencia de las usuarias que interrumpen el programa antes de su finalización.

6. Conclusiones

1. La media de edad de las usuarias que ingresan en las Comunidades Terapéuticas participantes en el estudio es alta (media=41.5 años, DE=9.07, Rango 22-63). La mayoría se encuentra desempleadas o incapacitadas para trabajar, lo cual desemboca en una situación de mayor vulnerabilidad social. De las mujeres que tienen hijos, solo la mitad conservan la custodia. Casi la totalidad de la muestra realizan consumos en solitarios y en el ámbito doméstico denotando un problema invisibilizado. Esto refleja una situación de desventaja social importante y de falta de oportunidades de reinserción al sumarse al problema de adicción la situación de pobreza y la brecha salarial estructural de las mujeres en la sociedad actual.
2. La mitad de la muestra presenta un diagnóstico psiquiátrico, pero son pocas las que están vinculadas a la red de salud mental, indicando una falta de coordinación entre las redes de atención. Existe una alta prevalencia en las familias de origen de antecedentes de psicopatología y de problemas de adicción sobre todo en familiares de primer grado, así como también hay una alta prevalencia de malos tratos en la infancia. Los antecedentes de adicción en familiares, así como la concurrencia de malos tratos en la infancia derivan en una alta vulnerabilidad para repetir un estilo de afrontamiento basado en el consumo de sustancias.
3. La mayor parte de la muestra ingresa por problemas de dependencia al alcohol, o al alcohol y la cocaína, y han realizado al menos un tratamiento ambulatorio y un tratamiento residencial previo. Presentan puntuaciones elevadas de depresión y ansiedad, bajas puntuaciones de autoestima, bienestar subjetivo y estilos de afrontamiento desadaptativos tales como “consumo de alcohol y drogas”, “negación”, “distracción” y “abandono de los esfuerzos”. La mayor parte de la muestra presenta un nivel medio o alto de interiorización de los estereotipos en cuanto al género y al consumo.
4. Existen correlaciones significativas entre los malos tratos en la infancia y una baja autoestima, así como entre altas puntuaciones de depresión y ansiedad, y el hecho de haber sufrido VGAP y presentar alta interiorización de los estereotipos de roles vinculados al género y al consumo que pueden justificar el maltrato y significar una barrera para pedir ayuda o iniciar un proceso terapéutico. Estas asociaciones entre

variables subrayan la necesidad de que las diferentes problemáticas asociadas a la drogodependencia se tengan en cuenta de forma integral en los programas de tratamientos y en la red asistencial en general para obtener mejores resultados terapéuticos.

5. Se encuentra una prevalencia del 96%, en la muestra estudiada, de violencia de género en el ámbito de la pareja, la mitad de ellas en una relación actual y la otra mitad en una relación anterior. La muestra que vive VGAP en una relación actual muestra puntuaciones graves en las dimensiones de violencia física y psicológica. La muestra que vivió VGAP en una relación pasada muestra puntuaciones graves en las dimensiones de violencia económica, sexual y acoso directo.
6. El grado de separación psicosocial de la muestra es cercano a la media estandarizada. En cuanto a las subdimensiones se observan puntuaciones superiores a la *“reacción a la violencia”*, e inferiores en *“Control de la propia vida”* y *“Valoración de la relación de pareja”*.
7. El 48% de la muestra estudiada finaliza su tratamiento con una alta terapéutica, el 30% interrumpe su programa con una alta voluntaria, y el 22% tienen un alta por cesamiento forzoso o expulsión. Dentro de las barreras registradas de las altas voluntarias se describen: las relaciones hetero-afectivas con otros usuarios de programa, el realizar algún consumo de sustancias o la presión familiar a interrumpir el tratamiento.
8. Respecto a las variables sociales según los tipos de altas no hay diferencias estadísticamente significativas, aunque si algunas tendencias que hay que tener en cuenta: Las altas terapéuticas tienen una edad levemente superior y la mitad tienen hijos/as a cargo. En las altas voluntarias y expulsiones se identifica menor nivel de formación y mayor número de mujeres incapacitadas para trabajar, mayor prevalencia de diagnósticos psiquiátricos, una mayor prevalencia de malos tratos en la infancia y de antecedentes de drogodependencias en la familia de origen respecto al grupo de las altas terapéuticas.
9. Respecto a las variables clínicas según los tipos de alta hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los estilos de afrontamiento el grupo de

las altas terapéuticas hace un uso más adaptativo de las estrategias “*Búsqueda de apoyo social*” y “*Humor*”, y todos los grupos de alta hacen un uso desadaptativo en este caso en exceso de la estrategia “*Consumo de alcohol y drogas*”. En cuanto a las tendencias, las altas terapéuticas presentan puntuaciones levemente superiores de autoestima y de grado de motivación para el cambio en estadios de contemplación y acción, y puntuaciones levemente inferiores de ansiedad, depresión y escala de violencia contra la pareja. Los grupos de altas voluntarias y expulsiones presentan mayor sintomatología depresiva, ansiosa y puntuaciones altas de interiorización de los estereotipos de género, así como estadios de motivación de precontemplación y contemplación.

10. Los programas de tratamiento que acumulan más indicadores de perspectiva de género en el diseño y la ejecución obtienen mejores tasas de resultados terapéuticos mediante significación estadística, por tanto, son más efectivos. Todo apunta a que los indicadores que marcan la diferencia son: El porcentaje del equipo de intervención formado en perspectiva de género y las reuniones de supervisión del equipo técnico.
11. Teniendo en cuenta el grupo de las altas terapéuticas a los 6 meses de tratamiento, se observa una mejora clínica y estadísticamente significativa entre el ingreso (T1) y el alta (T2) en las siguientes variables: Se reducen la sintomatología depresiva y la ansiedad (estado y rasgo), se reduce la interiorización de los estereotipos de género y consumo, se reducen las puntuaciones de la escala de violencia y de las escalas de afrontamiento desadaptativas. A su vez, se incrementan la autoestima, el bienestar subjetivo, la escala de separación psicosocial del agresor (sobre todo en la subdimensión de “*Control de la propia vida*”), la motivación para el cambio y las estrategias de afrontamiento adaptativas.
12. En el seguimiento realizado 12 meses después del inicio del tratamiento, se observa que las mujeres que finalizan su estancia en el programa con una alta terapéutica, al cabo de 6 meses presentan mejores tasas de abstinencia y de vinculación a programas terapéuticos, en comparación a las mujeres que finalizan con una alta voluntaria o una expulsión. Por tanto, podemos decir, que el alta terapéutica pronostica un buen mantenimiento del cambio 6 meses después de finalizar el tratamiento.

REFERENCIAS

- Agència de Salut Pública de Catalunya (2018). Sistema d'informació sobre drogodependències de Catalunya. Informe 2018. Canal Salut Drogues. http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/Informe_2018_SIDC_ok.pdf 03/03/2019.
- Altell, G., Pinazo, S. y Boronat, F. (2006). *Violencia doméstica y alcohol: Cómo actuar desde el ámbito profesional de las drogodependencias*. Fundación Salud y Comunidad: Madrid
- Altell, G. (2011). La prevención de la violencia contra la mujer asociada al abuso del alcohol y otras drogas. Ponencia presentada en IX Congreso sobre la violencia contra la mujer, Alicante. Recuperado de <http://www.generoydrogodependencias.org/?p=356>.
- Altell, G., Tudela, M., Martínez, P., González, I. y Rivero, V. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Madrid: Fundación Atenea.
- Amor, P., Corral, P., Bohórquez, A., Oria, J.C., Rodríguez, M.; López, F. y Calderón, D. (2011). *Violencia de género y adicción a drogas en centros de día*. Junta de Andalucía.
- Angli, MD, Hser, y, McGlothlin, WH. (1987) Sex Differences in Addict Careers. 2. Becoming Addicted. *AM.J. Drug Alcohol Abuse*. 13, 1-2: 59-71.
- Arana, X. y Germán, I. (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Eguzkilore*, 19: 169-215.
- Arbelo, A y Puyol, B (2015). Características socioambientales y familiares de las mujeres drogodependientes incluidas en el programa de mantenimiento de metadona en la UAD de Ofra. Universidad de la Laguna.
- Aristizábal, E., Ríos, A. y del Pozo, F. (2016). Salud Mental, género, educación social en Mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla (Colombia) (2015-2016). *Salud Uninorte*, 32 (2), 256-267.
- Arsova Netzelmann, T., Dan, M., Dreezens-Fuhrke., J., Kalikov, J., Karnite, A.,

- Kucharova, B., Musat, G. (2015). Women using drugs: a qualitative situation and needs analysis. Cross-country rapid assessment and response (RAR Report). *SPI Forschung gmbH*, Berlin.
- Ashley, O; Masrdeb, M y Brady T. (2003). Effectiveness of Substance Abuse Treatment Programming For Women: A Review. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*. 2003;29 (1):19-53.
- Ato, M., López, JJ. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de Investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29 (3): 1038:1059.
- Bacigalupo, L., Poyanco, C. y Quaas, C. (2013). Evaluación Cualitativa del “Programa de Tratamiento y rehabilitación residencial con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo de drogas”, del Centro de Tratamiento y rehabilitación de mujeres con dependencia severa de alcohol y drogas (CTR) del Hospital de Peñablanca. (Tesis Doctoral). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile.
- Benoit, T. y Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. Council of Europe.
- Bernal, M.C., Frari, S.A. y O’Brien, B. (2005). Percepción del papel maternal de las mujeres que viven en el contexto de la droga y de la violencia. *Revista Latinoamericana*, 13(2), 1118-1126.
- Blanco, P., Sirvent, C. y Palacios, L. (2005). Diferencias de género en la adicción de implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*, 5(2):81- 97.
- Blume, S. B. (1994). Women and addictive disorders. *American Society of Addiction Medicine*, 1-16.
- Brown, P. J. (2000) Outcome in female patients with both substance use and post-traumatic stress disorders. *Alcohol Treatment Quarterly*, 18 (3): 127-135.
- Cantos, R. (2015) *Incorporación de la perspectiva de género en la planificación sobre drogodependencias. Diagnóstico y recomendaciones*. Madrid: Fundación Atenea.
- Cantos, R., Altell, G., Tudela, M., Martínez, P., González, I. y Romero, V. (2017). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Campbell, J (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 13; 359 (9314):1331-6.

- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007) Intervención en drogodependencias con enfoque de género. *Colección Salud 10*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Castaño, V. (2009). La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres. *Fundación Atenea*. España: Fundación Atenea Grupo GID.
- Casey, E. y Nurius, P. (2005). Trauma exposure and sexual revictimization risk. *Violence Against Women*, 11(4): 505-30.
- Capezza, N. y Najavits, L. (2012). Rates of trauma-informed counseling at substance abuse treatment facilities: reports from over 10,000 programs. *Psychiatric Services*, 63: 390-4.
- Chait, L.; Zulaica Calvo, B. (2005). Battered female drug addicts: analysis for intervention. *Trastornos adictivos* (7) 104-113.
- Clark, A. H., y Foy, D. W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6(1), 37-48.
- Colman, R. y Widom, C.S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 28: 1133-51.
- Collen F y Fogarty (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of American Board of Family Practice* (15): 101-11.
- Conejo, A. y Rojas, A. (2012). Fortalecimiento del vínculo materno en mujeres con problemas de adicción. *Revista de Enfermería en Costa Rica*, 33 (2), 90-93.
- Coordinadora de Comunitats Terapeutiques, Psisos de Reinserció i Centres de Dia (2017). *Informe Anual*. Barcelona, 2018.
- Cosden, M. y Cortez-Ison, E. (1999). Sexual abuse, parental bonding, social support, and program retention for women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 16 (2): 149-155.
- Covington, S. (1997). Women, Addiction and Sexuality. *Gender Issues in Addictions: Men and woman in treatment*. Edited by L Straussner and E. Zelvin. Jason Aronso.
- Covington, S. (2007). *Women and Addiction: A Gender-Responsive Approach*. *Clinical Innovator's Series*. Center City, MN: Hazelden.
- Covington, S.P., Burke, C., Keaton, S. y Norcott, C. (2008) Evaluation of a Trauma-

Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 387-398. DOI: 10.1080/02791072.2008.10400666.

- Cunningham, J, Sobell, L., Sobell, M., Agrawal, S. y Toneatto, T. (1993). Barriers to Treatment: why alcohol and drug-abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18(3):347–353.
- Deas, D.; St. Germaine, K. y Upadhyaya, H. (2006). Psychopathology in substance abusing adolescents: Gender comparisons. *Journal of Substance Use*, 11 (1): 45–51.
- Delsol, C. y Margolin, G. (2004). The role of family-of origin violence in men’s marital violence perpetration. *Clinical Psychology Review*, 24: 99-122.
- De Bellis, M. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27: 155-70.
- Díaz Salazar, M. (2008) *Estudio sobre violencia de género en mujeres adictas del CAD de Villaverde*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Downey, L, Rosengren, DB. y Donovan, DM. (2003). Gender, waitlists, and outcomes for public-sector drug treatment. *Journal of Substance abuse treatment*, 25 (1): 19-28.
- El Bassel, N., Gilbert, L. y Rajah, V. (2003). The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and VIH. *Addictive Behaviours*, 28 (8), 1385-403
- El Bassel, N. y Wittes, S. (2001). Drug use and physical and sexual abuse of street sex workers in New York City. *Research for Sex Work*, 4.
- Eldred, CA. y Washington, P. (1976) Interpersonal relationships in heroin use by men and women and their roles in treatment outcome. *International Journal of the Addictions* 11 (1): 117-130.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2005) *Differences in patterns of drug use between women and men*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009).

- Women's voices: experiences and perceptions of women facing drug problems in Europe*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016a). *European drug report 2016: trends and developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016b) *Statistical bulletin 2016 (data tables)*. <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016> (acceso Octubre 2019).
- ERANID (2014). *Lisbon international invitational consultation*. European Union.
- ESPAD (2016). *ESPAD report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Esquivel, G., Ortiz, R. y Ortiz, M. (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Archivos en Medicina Familiar*, 14(2): 47-58.
- Farris, C. A., y Fenaughty, A. M. (2002). Social isolation and domestic violence among female drug users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2): 339–351. <https://doi.org/10.1081/ADA-120002977>.
- Federació Catalana de Drogodependències (2019). *Informe sobre el grau de implantació de la perspectiva de gènere en les entitats de drogues i adiccions de la FCD i desenvolupament de instrument de mesura*. Barcelona: FCD.
- Fundación Atenea (2010). *La metodología de la comunidad Terapéutica*. Madrid: Fundación Atenea Grupo Gid.
- Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? *Mujeres en Red*. El periódico feminista.
- Grella, C. (2015). Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders. DAWN: *Drugs and alcohol women network*. UNICRI: 141-175,
- Grella, C. (1997). Effects of gender and diagnosis on addiction history, treatment utilization, and psychosocial functioning among a dually diagnosed sample in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs SARC Supplement*, 1: 289-95.
- Grella, C. y Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25: 385–406
- Grella, C. (2003). Contrasting the views of substance misuse and mental health

- treatment providers on treating the dually diagnosed. *Substance Use & Misuse*, 38(10): 1433-46
- Greenfield S., Back. S., Lawson K. y Brady K. (2010) Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33:339-355.
- Gilchrist, G., Blazquez, A., Pons Rabasa, A., Coronado, M., Colom, J. y Torrens, M. (2012). *Barreres per a l'accés al tractament, segons el gènere, entre consumidors i consumidores de substàncies que no busquen ni reben tractament*. Recuperado de: http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/perspectiva_genere/arxius/1091_sgd_informe_0205121_definitivo_eDE_am_revisat_amb_marcadors.pdf
- Giménez, L. (2012). Protocolo de evaluación de necesidades de adicción y violencia contra las mujeres (Trabajo de Fin de Máster, Universitat de València, València). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10550/26195>
- Guydish, J., Werdegar, D., Sorensen, J., Clark, W. y Acampora A. (1995). A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month outcomes The Walden House Day Treatment Program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (1995), pp. 441-447.
- Hedrich, D. (2000). *Problem drug use by women. Cooperation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs* (Pompidou Group). Lisboa. P-PG/ Treatment Strasbourg.
- Instituto de Adicciones Madrid Salud. (2005). *Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones Madrid Salud.
- IREFREA Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género (2003) *Treatment Facilities for Drug Addicted Mothers in Europe*. Implications and Consequences. Informe Comisión Europea
- IREFREA Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género. (2001). *Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe*. Informe Comisión Europea.
- IREFREA 1998-2006. Ponencia presentada en III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer, Instituto Espiral, Madrid.
- Instituto de la Mujer (2015) *Mujeres en Cifras. Macroencuestas: Violencia contra las Mujeres*.

- International Narcotics Control Board, INCB (2016). *The Report of the International Narcotics Control Board for 2016*. Viena: INCB.
- Jarvis, T.J. (1992). Implications of gender for alcohol treatment research: a quantitative and qualitative review. *British Journal of Addictions*, 87: 1249-1261.
- Jeifetz, V. & Tajer, D. (2010). Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de investigaciones*, 17: 317-320
- Johnson, K., Pan, Z., Young, L., Vanderhoff, J., Shamblen, S., Browne, T. (2008). Therapeutic community drug treatment success in Peru: A follow-up outcome study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3 (2008), pp. 26
- Kendler, K., Bulik, C., Silberg, J., Hettema, J., Myers, J. y Prescott, C. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of general psychiatry*, 57(10): 953-9.
- Kaiser, D., Grundmann, J., Schulze, C., Stubenvoll, M., Kosar, M., Junker, M., Najavits, L.M., Schäfer, I. (2015). A Pilot Study of Seeking Safety in a Sample of German Women Outpatients with Substance Dependence and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5): 1-8.
- Kauffman, S.E., Silver, P., y Poulin, J. (1997) Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Social Work*, 42(3): 231-241.
- Kirkwood C. *Leaving abusive partners*. London: Sage, 1993.
- Kokkevi, A. Haster, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument on drug and alcohol dependent. *European addiction research*, 1: 208-10.
- Llopis, J. J. (1997). Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes. Un estudio con mujeres heroinómanas, su personalidad y evolución. Tesis Doctoral. Universidad Literaria Valencia.
- Llopis, J. (1997). Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia. Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, pp. 363-398. Madrid: Dupont Pharma.
- Llopis, J. y Rebullida, M. (2002). Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de actitudes. En I Simposium Nacional sobre Adicción en la mujer, pp. 155-172. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Llopis, J.; Castillo, A.; Rebullida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de

- género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Revista del Instituto de Investigación en Drogodependencias*, 5(2), 137-145.
- Llopis, J., Rebollida, M., Castillo, A. y Stocco, P. (2006). *Panorama actual de las mujeres consumidoras de sustancias en España: Una visión desde la identidad de género*.
- Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T. y Purroy, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20: 9-22.
- Ladwing, G., y Andersen, M. (1989). Substance Abuse in women: relationship between chemical dependency of women and past reports of physical and/or Sexual abuse. *The International Journal of Addictions*, 24: 739-754.
- Link, B.; Struening, E.; , Rahav, M.; Phelan, J y Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2):177–190.
- Manrique, L (2012). Protocolo de evaluación de necesidades de adicción y violencia contra las mujeres. Trabajo final Master universitario en investigación, tratamiento y patologías asociadas en drogodependencias. Universidad de Valencia.
- Meneses, C. (2002) “Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas”, en II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer. Madrid: Fundación Instituto Spiral.
- McMahon, T, Winkel, J, Luthar, S, y Rounsaville, B. (2005). Looking for Poppa: Parenting Status of Men Versus Women Seeking Drug Abuse Treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 31 (1): 79-91.
- Manhal-Baugus, M. (1998). The self-in-relation theory and women for sobriety: female-specific theory and mutual help group for chemically dependent women. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 18 (2): 78-85.
- Marlatt, G. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.

- Martin, F. y Aston, S. (2014). A “Special Population” with “Unique Treatment Needs”: Dominant Representations of “Women's Substance Abuse” and Their Effects. *Contemporary drug problem*, 41 (3): 335-360.
- Martínez, P. (2008). *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Salamanca: ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias).
- Martínez, P. (2009) *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD). Recuperado de: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/unad0001.dir/unad0001.pdf .
- Martínez, P. (2009). *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. España: Horas y Horas.
- Martínez, P. (2010). *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los Centros de UNAD*. Madrid: UNAD.
- Martínez, P; Arostegui, E (2018). *Manual para la prevención de recaídas desde la perspectiva de género*. Deusto: Bilbao.
- Martínez P. Uso de drogas, adicciones y violencia, desde perspectiva de género. *Revista Infonova*. 2018; (35) 23-34.
- Márquez, L. y Lorenzo, A. (2016). Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género. Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; Y Gimeno, C. (Coords) (2016). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- Meneses, C. (2007). Los obstáculos de acceso al tratamiento. En: *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la mujer; 2007.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar social (2017). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Madrid: Gobierno de España.
- Mota, T., Noto, R. y Santos, P. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de Drogas: guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Romans, S. y Herbison, G. (1996). The

- long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20 (1): 7-21
- Montanari L, Guarita B: Polydrug Use among Drug Treatment Clients in Europe. What Implications for Treatment? 20 Years of Monitoring - Key Indicators Expert Working Groups, 2015.
- Najavits, L., Weiss, R. y Shaw, S. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions*, 6: 273-283
- Najavits, L., Rosier, M., Lee, N., Freeman, M. (2007). A New Gender-Based Model for Women's Recovery From Substance Abuse: Results of a Pilot Outcome Study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 5-11.
- Najavits, L. , de Haan, H. y Kok, T. (2015). How do females with PTSD and Substance abuse view 12-Step Groups? An empirical study of attitudes and attendance patterns. *Substance use & misuse*, 50: 1786-1794.
- Najavits, L., Enggasser, J., Brief, D. y Federman, E. (2018). A randomized controlled trial of a gender-focused addiction model versus 12-step facilitation for women veterans. *The American Journal on Addictions*, 27: 210-216.
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. y Dore, M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social Work*, 40: 45–53
- Nelson-Zlupko, L.; Dore, M.; Kauffman, E. y Kaltenback, K. (1996). Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13 (1): 51-59.
- NIDA (2001). Métodos de tratamiento para la mujer. NIDA Infofax.
- NIDA (2018). Substance use in women. *Drug Facts*. NIDA Infofax.
- Nieto, M. A. (2004) Violencia y consumo de cocaína. *Adicciones*, 16(1): 46-47.
- Noell, J., Rohde, P., Seeley, J. y Ochs, L. (2001). Childhood sexual abuse, adolescent sexual coercion and sexually transmitted infection acquisition among homeless female adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 25: 137-48.
- Núñez, G. y Rendón, A. (2012) Género y adherencia al tratamiento: mujeres drogodependientes de un centro de integración juvenil en el norte de México. *Cult drog*, 17(9): 205-236.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDE) (2009). *Informe Anual*

- 2009: *El problema de la drogodependencia en europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Office of Substance Abuse Services (2004). *Gender differences and their implication for substance use disorder treatment*. Virginia: Virginia Department of Mental Health, Mental Retardation and Substance Abuse Services.
- Organización de Naciones Unidas (2005a). *Estudio multi-país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Autor.
- ONU (2005). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito. New York: Naciones Unidas.
- OMS (2013)- Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud
- Olmos, R. (2009) Estudio sobre violencia de género en mujeres adictas del CAD de La Latina. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Pantoja, L. (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en Drogodependencias*. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2002. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2003.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 2019. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio Del Interior; 2019.
- Prather, J. y Fidell, L. (1978). Drug use and abuse among women: An Overview. *The International Journal of the Addictions* 13(6), 863-885.
- Profesionales de la red de atención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (2005). *Mujer y adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Proshaska, J., Diclemente, C (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Reed, BG. (1985) Drug Misuse and Dependency in Women: the Meaning and Implications of Being Considered a Special Population or Minority Group. *The International Journal of The addictions*, 20 (1): 13-62.
- Roberts, A, M S. Jackson, y I. Carlton-Laney, I. (2000). Revisiting the need for feminism

- and afrocentric theory when treating african-american female substance abusers. *Journal of Drug Issues* 30 (4): 901-918.
- Roberts, A. y Nishimoto, R. (2006). Barriers to engaging and retaining african-american post-partum women in drug treatment. *Journal of Drug Issues*, 36 (1):57-76.
- Ruiz-Jarabo, C; Blanco, P (2004). La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
- Ruiz-Olivares, R. y Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y salud*, 27(1): 1-6.
- Rosenbaum, B. y Varvin, S. (2007). The influence of extreme traumatization on body, mind and social relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 88 (6): 1527-42
- Romaní, O. (2018). *Un enfoque de salud pública en materia de drogas. De la locura a la enfermedad a la promoción de la salud colectiva*. Madrid: Riod.
- Romo, N. (2006). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres, en Monografía Humanitas, vol. 5, *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, pp. 65-83.
- Romero, M., Gómez, C., Ramiro, M. y Díaz, A. (1997). Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Salud mental*, 20(2): 38-47.
- Ruglass, L.; Miele, G.; Hien, D.; Campbell, A.; Caldeira, N.; Jiang, H.; Litt, L.; Killeen, T.; Hatch-Maillette, M.; Najavits, L.; Brown, C.; Robinson, J.; Brigham, G; y Nunes, E. (2012). Helping Alliance, Retencion, and Treatment Outcomes: A Secondary Analysis From the NDA clinical trials network women and trauma study. *Substance use and misuse*, 47: 695-707.
- Santos Goñia, L. (2010) Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico. *Grupo de trabajo sobre mujeres drogodependientes*. Vol. 12. Núm. 3.:97- 124 Julio.
- Sistema d'informació sobre Drogodependències de Catalunya, Informe Anual (2018). Generalitat de Catalunya. Agència de Salut Pública.
- Simpson, T. y Miller, W. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical psychological review*, 22 (1): 27-77.
- Shipway, L. (2004) *Domestic Violence: A Handbook for Health Care Professionals*. Routledge Taylor & Francis Group, London.

- Swan, S; Sknow, D (2000). *A Typology of Women's Use of Violence in Intimate Relationships*. Yale University.
- Swift, W, Copeland, J, y Hall, W. (1996) Characteristics of women with alcohol and other drug problems: finding of an Australian national survey. *Addiction*, 91(8): 1141-1150.
- Stengel, C. y Fleetwood, J. (2014). *Developing drug policy: Gender matters*. Swansea, UK: Global Drug Policy Observatory.
- Tuchman, E. (2010) Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases*, 29(2): 127-138.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2005). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios Figuras y experiencia adquirida. Nueva York: Naciones Unidas,
- UNAD. *Informe de perfil 2019*. Madrid, 2019.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2017) *Informe mundial sobre las Drogas 2017*. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Viena: Naciones Unidas.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2018) *Informe mundial sobre las Drogas 2017*. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Viena: Naciones Unidas.
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2016) *Informe mundial sobre las Drogas 2016*. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Viena: Naciones Unidas.
- Urbano, A y Arostegui, E (2004). ***La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados***. Universidad de Deusto.
- Valls, E., Geldschläger, H. y Ginés, O. (2012). *Opinions i necessitats respecte a la perspectiva de gènere a la XAD*. Agència de Salut Pública de Catalunya: Generalitat de Catalunya.
- Vázquez (1995) (Sanz J. 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*, 2011;34 (3):161-168
- Vázquez, A.; Jiménez, R. y Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en la población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.

- Velasco, S (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires: Paidós.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica; su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la mujer
- Wells, D. y Jackson, J. (1992). HIV and Chemically Dependent women: Recommendations for Appropriate Health Care and Drug Treatment Services. *The International Journal of the Addictions* 27(5): 571-585.
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Westermeyer, J. y Boedicker, A. (2000) Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 26 (4): 523-535.
- Xunta de Galicia (s.f.). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Xunta de Galicia.
- Zermiani, M., Gomma, M., Simeoni, E., and Serpelloni, G. (2013). Evaluation of care services provided to female patients by Drug Addiction Department: a national explorative survey. *Journal of Applied Medical Sciences*, 2: 11-23.

ANEXOS

Anexo 1: Hoja de información para la usuaria.



Universitat Autònoma de Barcelona

Usted ha sido invitada a participar en un estudio de investigación. Antes de tomar una decisión es importante que usted entienda por qué el estudio se va a realizar y en que consiste. Por favor, lea la siguiente información de forma cuidadosa.

¿En qué consiste esta investigación?

El propósito de esta investigación consiste en estudiar cual es el perfil de las mujeres que acceden a Comunidades Terapéuticas, cuáles son las principales de barreras para permanecer en el tratamiento y cuáles son las variables de los programas que influyen en un mayor éxito terapéutico.

¿Por qué se me propone la participación y porqué es importante que participe?

Se le propone participar en este estudio ya que ha realizado el ingreso en la Comunidad Terapéutica en la fase en que estamos realizando este proyecto. Depende de usted decidir si toma parte o no, usted es libre de decidir en todo momento, su participación es totalmente voluntaria y usted es libre de retirarse en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna razón.

¿En qué consiste mi participación en el estudio?

Consiste en responder una serie de preguntas para conocer mejor su historia y poder medir los cambios a lo largo de su programa. **La misma entrevista que se realizará hoy se hará cada 3 meses y supondrá 1 hora de duración en cada ocasión.** Si usted está de acuerdo en participar en el estudio, deberá firmar la hoja de consentimiento informado. Le recordamos que en todo momento puede retirarse del estudio sin que esto afecte a su tratamiento. Al finalizar la evaluación puede solicitar un informe sobre cómo ha ido su evolución en las diferentes sesiones de evaluación y puede conocer sus resultados.

¿Es este estudio confidencial? (1)

Toda la información que usted facilita es totalmente confidencial. Los resultados del estudio se presentarán de manera que no revelarán la identidad de las personas participantes en ningún momento. Los registros que incluyen los nombres de las personas y las direcciones serán destruidos al finalizar el estudio. Por tanto, se garantiza que toda la información recogida será considerada totalmente confidencial.

(1) En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, sus datos personales obtenidos o recogidos en su historia de salud, serán incorporados y protegidos para su tratamiento a un fichero automatizado cuya gestión y custodia será responsabilidad del investigador principal. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad el estudio científico del que ha sido informado/a y para el cual ha prestado su consentimiento. De conformidad con la Ley 34/2002 y la Ley Orgánica 15/1999 puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos dirigiendo un escrito a los investigadores principales.



Universitat Autònoma de Barcelona

Mujeres en Comunidades Terapéuticas de drogodependencias: Perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento.

Por favor, lea con calma este documento de consentimiento antes de decidir si participar en el estudio.

Objetivo de la investigación

El propósito de esta investigación consiste en estudiar cuál es el perfil de las mujeres que acceden a Comunidades Terapéuticas, cuáles son las principales barreras para finalizar el tratamiento y cuáles son las variables de los programas que influyen en un mayor éxito terapéutico.

¿Qué implica mi participación?

Consiste en responder una serie de preguntas para conocer mejor su historia y poder medir los cambios personales a lo largo de su programa. La misma entrevista que se realizará hoy se hará cada 3 meses y supondrá 1 hora de duración en cada ocasión. Si usted está de acuerdo en participar en el estudio, deberá firmar la hoja de consentimiento informado.

Riesgos y beneficios

No hay riesgos en la participación de este estudio.

Compensación

En este caso no está prevista ninguna compensación económica por participar.

Confidencialidad

Si decides participar, tu identidad se mantendrá confidencial y sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos del proyecto. Si fuera el caso de que tuvieran que presentar casos de estudio, se utilizarían siempre seudónimos. Este consentimiento informado se mantendrá en un lugar seguro por parte de los investigadores principales y se destruirá al cabo de 5 años una vez finalizada la investigación. Cuando el estudio se haya completado y se hayan analizado los datos, toda la base de datos será anonimizada y puesta a disposición del resto de investigadores / as interesados / as.

Participación voluntaria y derecho a retirarse del estudio

La participación en este estudio es completamente voluntaria. No hay penalización por no participar. Tienes el derecho a retirarte del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones y sin consecuencias negativas, sólo nos lo comunicará por cualquier medio.

Eventual publicación / reutilización / otros procesamientos de los datos básicos y periodo de retención.

Los datos de la investigación serán puestas a disposición de otros investigadores / as de forma anonimizada una vez transcurridos 5 años a partir de la finalización del proyecto. Los identificadores personales serán destruidos.

Contacto de investigadores principales del estudio

Teresa Gutierrez Rosado Teresa.gutierrez@uab.cat

Joan Deus Yela joan.deus@uab.cat

Consentimiento

- He leído la información sobre el proyecto de investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales se me han respondido satisfactoriamente.
- Entiendo que la información que la anonimizada (sin identificadores personales) de este proyecto será puesta a disposición de otros/as investigadores/as un tiempo después de finalizar el proyecto.
- Estoy de acuerdo en participar y he recibido una copia de este consentimiento.

Nombre y apellido de la participante:

Comunidad Terapeutica:

Firma:

Fecha:

Investigador/a:

Firma

Fecha: