

DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN A MUJERES CON HIJOS Y TRASTORNO DE ADICCIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Lidia Márquez Sánchez.

Asociación Êthos. Centro de día para la rehabilitación integral de las dependencias.

Andrés Lorenzo Aparicio.

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. Universidad de Barcelona

RESUMEN

Se presentan los resultados y conclusiones de una investigación exploratoria que destacan dificultades en la compatibilización de tratamiento de rehabilitación y cuidado maternal. La investigación inició en diciembre de 2014 y finalizó en julio de 2015. El objetivo principal ha sido identificar los factores relacionados con la desigualdad de género que dificultan el acceso y la rehabilitación de mujeres con trastorno de adicción en proporción a los hombres con el mismo trastorno.

El diseño de la investigación ha previsto una metodología mixta, basándose en fuentes provenientes de documentos técnicos e investigaciones anteriores, y combinando datos cuantitativos y cualitativos obtenidos durante el trabajo de campo.

Los datos cuantitativos parten de un cuestionario enviado a 111 entidades del ámbito de las drogodependencias repartidas por todo el territorio español. Los datos cualitativos se generan a partir de 4 entrevistas a destacadas profesionales del ámbito de intervención en dependencias y a 2 mujeres afectadas por la doble problemática adicción / violencia de género, además de 1 grupo de discusión con mujeres que sufren trastorno de adicción.

Se constató la limitación de recursos y la existencia de prejuicio profesional en relación a las mujeres que padecen trastorno de adicción con hijos a su cargo, como factor determinante para la menor demanda y permanencia de estas en los programas de rehabilitación, en relación a los hombres. Se responsabiliza a las mujeres usuarias de dificultades que presentan en el cuidado de sus hijos, conllevando frecuentemente la retirada de custodia, y produciendo una desconfianza hacia las/los profesionales perjudicial para su rehabilitación.

Palabras clave:

Trastorno de adicción, rehabilitación, perspectiva de género, maternidad, desigualdad de género.

ABSTRACT

This study shows the results and conclusions from an exploratory research that highlights difficulties in reconciling rehabilitation treatment and motherly care. The research started in December 2014 and ended in July 2015. The main objective was to identify factors related to gender inequality that hinder the access and the rehabilitation of woman with addiction disorder in proportion to men with the same disorder.

The design of the research provides a mixed methodology: using sources that come from technical documents and previous investigations, and from quantitative and qualitative data gathered during field-work.

Quantitative data has been generated from a questionnaire sent to 111 drug addiction organizations spread throughout the Spanish territory. Qualitative data has been obtained from 4 interviews to outstanding intervention professionals and 2 interviews to women suffering the double trouble of addiction / gender-based violence, as well as an interview to 1 focus-group with women suffering addiction disorders.

The outcome was that the limited resources and professional prejudice against women who suffer from addiction disorder with children in charge, is a determining factor to a lower demand and permanence in these rehabilitation programs, compared to men. Female users are blamed of having difficulties taking care of their children, often entailing the withdrawal of custody and the distrust of professionals, which has a negative impact on women's rehabilitation.

Keywords:

Addiction disorder, rehabilitation, gender perspective, maternity, gender inequality.

INTRODUCCIÓN

Las personas que demandan ayuda por trastorno de adicción se distribuyen en valores aproximados de 85% de hombres frente al 15% de mujeres, porcentajes mantenidos en las últimas décadas según estadísticas oficiales (Observatorio Nacional de Drogas, 1998, 2010, 2013), produciéndose también esta diferencia en aquellas que logran finalizar con éxito su proceso de rehabilitación. Entendemos como final de este proceso el consolidar en el tiempo la abstinencia a cualquier tipo de sustancia tóxica legal o ilegal, comportando una mejora notable en la calidad de vida en la que destacarían, especialmente, factores de salud física y emocional.

Reciente documentación y estadísticas oficiales muestran un progresivo aumento del consumo de alcohol entre las mujeres jóvenes similares a los recogidos para varones en cuanto a pautas de consumo se refiere (Barreda et al., 2005), y que el consumo de benzodiazepinas en las mujeres ha aumentado considerablemente, al contrario de los hombres (Álvarez et al., 2013). Estos datos apuntan a la necesidad de aproximarse a los motivos de esta problemática y definir las respuestas más adecuadas para paliarla.

Mucho menor es la literatura que aborda las dificultades que impiden a las mujeres con trastorno de adicción demandar ayuda de igual forma que lo hacen sus semejantes varones, especialmente desde el Trabajo Social, siendo oportuno promover estudios de esta realidad basados en una perspectiva de género. Cabe recordar que tal como mencionan Martínez et al. (2014, p. 6), a pesar de que actualmente el enfoque desde una perspectiva de género tiene cierta presencia en las investigaciones tanto nacionales como europeas:

En el contenido y la producción académica se evidencia todavía un fuerte sexismo normativo acompañado de visiones y prácticas androcéntricas, y esto a pesar de la ya larga e importante producción de trabajos críticos realizados desde el enfoque feminista en todos los ámbitos de las disciplinas científicas.

Dada esta situación, y conociendo que para intervenir con éxito en el ámbito de las drogodependencias se debe tener una mirada biopsicosocial (Sebastián, Losada y Márquez, 1995), se entiende que además de la parte biológica y psicológica también inciden notablemente los factores sociales y culturales. Estos últimos, y más concretamente los relacionados con la perspectiva de género, son los que no se están teniendo suficientemente en cuenta en las intervenciones con mujeres con trastorno de adicción, además del principal motivo por el cual sigue manteniéndose el desigual porcentaje de demanda de ayuda y rehabilitación.

Objetivos de la investigación

El objetivo general de la investigación es identificar cuáles son los factores relacionados con la desigualdad de género que dificultan el acceso y la rehabilitación de mujeres con trastorno de adicción en proporción a los hombres con el mismo trastorno. Respecto a los objetivos específicos, se contempla (1) identificar qué incidencia tienen las desigualdades de género en el menor acceso y permanencia en los procesos de rehabilitación en relación a los hombres, (2) verificar si se tiene en

cuenta la perspectiva de género en los programas de rehabilitación actuales y de qué forma, y (3) mencionar las dificultades de los recursos para rehabilitar mujeres que padecen conjuntamente trastorno de adicción y violencia de género.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación ha previsto una metodología mixta, basándose en fuentes provenientes de documentos técnicos e investigaciones anteriores, y combinando datos cuantitativos y cualitativos obtenidos durante el trabajo de campo.

Participantes

Participaron 19 entidades del ámbito de las drogodependencias, 8 mujeres con trastorno de adicción y 4 profesionales.

Partiendo de un universo de 345 entidades, finalmente se pudo contactar con 111 de las que participaron un total de 19. Esto supone una representatividad del 17,12%. Las entidades que colaboraron respondiendo al cuestionario están situadas en las localidades de: A Guarda (Pontevedra), Alicante, L'Ametlla del Vallès (Barcelona), Don Benito (Badajoz), Barcelona, Bilbao, Córdoba, Girona, Molina de Segura (Murcia), Sabadell (Barcelona) y Villena (Alicante). Esta dispersión geográfica permite obtener resultados que no responden únicamente a realidades propias de zonas determinadas, como podrían ser las grandes urbes.

Las mujeres con trastorno de adicción que han participado en el estudio, algunas ya rehabilitadas y otras en proceso de rehabilitación, se sitúan en el área metropolitana de Barcelona. La selección de estas se realizó en función de unas características especiales procurando contar con diversidad en las siguientes variables: principal droga de elección, situación laboral, en proceso de rehabilitación o rehabilitadas, con o sin hijos, con doble problemática adicción / violencia de género.

Las profesionales fueron elegidas de forma intencional, atendiendo a su experiencia en el ámbito:

- Verónica López, Directora Técnica de la Asociación Êthos, centro de día para la rehabilitación integral de las adicciones. Diplomada en Psicología y Trabajo Social.
- Lourdes Font, Trabajadora Social del *Centre d'Atenció a la Dona* del Ayuntamiento de Sabadell, experta en género y también con una gran experiencia en adicciones fruto de su anterior puesto de trabajo en el Centro de Atención y Seguimiento de Drogodependencias (CASD) de la misma ciudad.
- Alicia Salamanca, Trabajadora Social de *Espai Ariadna*, recurso exclusivo y pionero para mujeres con doble problemática adicción / violencia de género. Diplomada en Trabajo Social, experta y formadora en materia de género, Máster en adicciones y Máster en violencia de género.
- Marta Berenguer, Directora Técnica de Proyecto Hombre en Barcelona, responsable de todas las primeras demandas de tratamiento de las personas con trastorno de adicción. Diplomada en Trabajo Social.

Técnicas de recogida de datos

Las herramientas elegidas fueron: un cuestionario enviado a 111 entidades de atención a las drogodependencias repartidas por todo el territorio español, 1 grupo de discusión de mujeres con trastorno de adicción y 6 entrevistas semi-estructuradas, siendo 4 a profesionales destacadas del ámbito y 2 a mujeres afectadas por la doble problemática adicción / violencia de género.

Tabla 1. Instrumentos de recogida de información.

INSTRUMENTO	PARTICIPANTES
Cuestionario	- Entidades de atención a las drogodependencias
Entrevistas semi-estructuradas	- Profesionales - Mujeres afectadas por la doble problemática adicción / violencia de género
Grupo de discusión	- Mujeres con trastorno de adicción

Fuente: Elaboración propia.

Se decide triangular estas herramientas con el objetivo de obtener una variedad de datos cualitativos y cuantitativos que permita una mejor comprensión del objeto de estudio, ya que tal como explican Brunet, Pastor y Belzunegui (2002, p. 233):

La comprensión de toda la riqueza y la complejidad de la realidad social hace imprescindible que se contemple tanto desde enfoques cuantitativos como cualitativos si se desea conseguir una adecuada comprensión, representación y análisis, ya que ambas perspectivas son complementarias.

El cuestionario elaborado es mixto; con preguntas tanto de carácter cuantitativo que proporcionen datos estadísticos reales sobre la población estudiada, como de carácter cualitativo que permitan recoger las aportaciones de los participantes expertos del ámbito. Se pretende así obtener una información lo más ajustada posible a la realidad estudiada (Quivy y Campenhoudt, 1992). Se utiliza la técnica del cuestionario *online* pretendiendo llegar al mayor número posible de participantes.

El cuestionario cuenta con 16 preguntas y se estructura en 4 apartados: Datos de la entidad, Características de las personas atendidas, Trastornos y Género. Los Datos de la entidad permiten conocer el número de personas atendidas, el apartado de Características aborda la situación social de estas personas, el de Trastornos nos aproxima a las situaciones de depresión, ansiedad y patología dual, mientras que en el bloque sobre Género se incluyen preguntas específicas relacionadas con la intervención con mujeres y formación recibida para realizarla.

Se considera de suma importancia poder contar con la participación de las afectadas, por lo que se organizó un Grupo de Discusión, del tipo *focus group*, semiestructurado y con carácter abierto de forma que permite, si la conversación lo requiere, desviarse del guión con el fin de obtener el máximo de información cualitativa desde la perspectiva de las propias usuarias (Llopis, 2004). El diseño de este instrumento permite abordar las áreas del género, la maternidad, el ámbito familiar y

laboral, las relaciones de pareja, las situaciones de violencia de género y los motivos que llevan al abandono del tratamiento.

Las entrevistas son de tipo semiestructuradas y dirigidas, diseñadas para que no tuviesen una duración de más de 30 minutos a fin de facilitar la participación y en consideración al posible poco tiempo disponible de las participantes. El desarrollo de las entrevistas, a pesar de seguir el diseño de un guión preestablecido, fue flexible en cuanto a la permisividad de introducir nuevas preguntas no planificadas relacionadas con las respuestas que fueron surgiendo, ayudando de esta forma a enriquecer la información recogida (Quivy y Campenhoudt, 1992).

Se han previsto entrevistas a usuarias y a profesionales. Estas últimas cuentan con una estructura común, en la que se exploran las diferencias respecto al género en la demanda de tratamiento e intervención, pero también tienen parte específica atendiendo a las características del puesto de trabajo y a la experiencia laboral de la persona entrevistada. La entrevista realizada a Alicia Salamanca, Trabajadora Social de *Espai Ariadna*, recurso residencial de la Fundación Salud y Comunidad y pionero en cuanto a su forma de intervención; está diseñada para también conocer del abordaje global a mujeres, con y sin hijos, que padecen la doble problemática violencia de género y adicción. La entrevista a Lourdes Font, actual técnica del *Centre d'Atenció a la Dona* del Ayuntamiento de Sabadell y anterior Trabajadora Social del CASD de la misma ciudad, pretende aprovechar su experiencia profesional tanto en drogodependencias como en violencia de género. Para la elaboración de las entrevistas a Verónica López y Marta Berenguer, ambas Directoras Técnicas de centros de día mixtos y con amplia trayectoria profesional en el ámbito de las drogodependencias, se tiene en cuenta que son responsables de todas las primeras demandas de ayuda de sus respectivas entidades.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se concentró desde finales de marzo y durante el transcurso del mes de abril de 2015.

Tabla 2. Trabajo de campo.

	FECHAS
Encuesta	30 de marzo a 19 de abril
Entrevistas a profesionales	27 de marzo a 7 de abril
Entrevistas a usuarias	27 de abril
Grupo de discusión de usuarias	10 de abril

Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar se procede a difundir la encuesta autoadministrada a través de correo electrónico, obteniendo los contactos de la base de datos pública de la web de la UNAD (Unión Nacional de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente), y por los contactos facilitados por la

FCD (*Federació Catalana de Drogodependències*). El primer envío se remitió el 30 de marzo, realizando un recordatorio el 13 de abril. El cierre del cuestionario *online* fue el 19 de abril.

En cuanto al grupo de discusión, se desarrolló el 10 de abril en la sede de la Asociación Êthos en Sabadell (Barcelona). Estuvo formado por seis mujeres con trastorno de adicción, seleccionadas por sus diferentes perfiles (en proceso de rehabilitación, ya rehabilitadas, con diferentes sustancias de elección, con hijos, sin hijos...). Se accedió a las participantes mediante la desinteresada colaboración de la Directora general de la Asociación Êthos, Dolores Martínez; la Trabajadora Social de *Espai Ariadna*, Alicia Salamanca; y la Trabajadora Social del *Centre d'Atenció a la Dona* del Ayuntamiento de Sabadell (Barcelona), Lourdes Font. Se contó con la inestimable presencia de la Directora General de la Asociación Êthos, Dolores Martínez, formada en psicología y con amplia experiencia en el ámbito, por si fuera necesario intervenir en caso de movilización emocional por parte de alguna de las participantes. También colaboró generosamente la secretaria de la entidad, Lílíam Gil, en función de transcriptor.

Las 2 entrevistas a mujeres usuarias se llevaron a cabo el 27 de abril en la sede administrativa de la Fundación Salud y Comunidad, en la ciudad de Barcelona. Se realizan también 4 entrevistas a profesionales del ámbito de las drogodependencias. Estas personas son elegidas por su actual puesto de trabajo, por su trayectoria profesional y por sus conocimientos en adicciones y género. La fecha de realización de estas entrevistas fue entre el 27 de marzo y el 7 de abril.

Análisis de datos

Se creó un sistema de códigos para realizar el análisis cualitativo, en base al marco teórico y permitiendo codificación *in vivo* a partir de las informaciones recogidas durante el trabajo de campo, obteniendo la siguiente tabla de variables:

Tabla 3. Codificación de las variables.

CÓDIGOS	SUBCÓDIGOS
1. Trastornos psicológicos	1.1 Ansiedad, depresión, patología dual
2. Desigualdades de género	2.1 Estigma social
	2.2 Doble y triple criminalización
	2.3 Responsabilidades familiares
	2.4 Sentimiento de culpa por abandono de la familia
	2.5 Prejuicio profesional
	2.6 Apoyo familiar y de la pareja
	2.7 Motivos de menor acceso
	2.8 Consumo de benzodiazepinas y alcohol
3. Perspectiva de género en la intervención	3.1 Necesidad de mayor formación en temática

	de género
	3.2 Incompatibilidad del tratamiento con la maternidad
	3.3 Percepción de mayor dificultad
	3.4 Tratamientos masculinizados
4. Dificultades para abordar la doble problemática adicción/violencia de género	4.1 Profesionales sin suficiente formación en adicciones y violencia de género
	4.2 Relación entre violencia de género y adicción
	4.3 Efecto “puerta giratoria”

Fuente: Elaboración propia.

Se ha considerado oportuno codificar los nombres de todas las personas participantes a fin de dificultar la identificación. Siendo así, las profesionales entrevistadas se mostrarán con el código TS seguido de un número diferenciador, las mujeres con trastorno de adicción participantes en el grupo de discusión con el código PGD y el correspondiente número de orden de participación, y las usuarias entrevistadas usuarias con el código PE y su correspondiente número.

RESULTADOS

En primer lugar se quiso obtener, mediante el cuestionario, un porcentaje actualizado sobre el número de personas atendidas en el año 2014 por las entidades, permitiendo una primera comparación con los últimos datos presentados por el Observatorio Nacional de Drogas en 2012. El número de personas atendidas por los centros colaboradores en la cumplimentación de este cuestionario fue de 4593, de las cuales 3345 son hombres y 1248 mujeres; un 72,82% y un 27,17% respectivamente. Esto supone solo un 12% más de mujeres en la muestra actual respecto a la del estudio del Observatorio Nacional de Drogas realizado en 2012.

Estigma social

Todos los resultados obtenidos en el trabajo de campo, destacan la existencia de un estigma social hacia las personas que sufren trastorno de adicción, padecido en mayor grado por mujeres que por hombres. A pesar de que las pautas de consumo de algunas sustancias en entornos de ocio parecen haberse igualado entre ambos sexos, siguen siendo peor consideradas las mujeres al hacerlo, tal como declaró una de las participantes entrevistadas al decir:

Ves a un hombre bebiendo... Pues ningún otro hombre o ninguna otra mujer tiene que castigarlo porque esté bebiendo, ¿me entiendes? Y si te ven beber sola en un bar pues tienden más a pensar que, y eso es así y se nota, se nota. Sí, porque el día que te tomas un café no te miran de esa manera, cuando estás sola. (PGD6)

Al respecto de esto, una profesional también manifestó que *“en primer lugar habría un factor social, y es que el reconocimiento de una drogodependencia en una mujer siempre es una consideración... Está ¡peor visto!, ¡peor vivido!, en la mujer que en el hombre”* (TS3).

Por tanto, el temor a que su imagen pueda verse dañada y que el reconocimiento de su adicción sea motivo de rechazo por parte del entorno familiar y social, parece ser una de las causas por las que muchas optan por negar el trastorno o bien ocultarlo durante mucho más tiempo, dado que son ellas mismas las que tienen interiorizado el estigma del que se las acusa, influenciándolas en su decisión de solicitar ayuda. Así queda reflejado en el testimonio de una de las profesionales entrevistadas cuando aseguró:

Lo que nos encontramos es que, en según qué perfiles de mujeres, les cuesta mucho reconocer que hay una adicción como tal y a veces llegan a centros como el nuestro hablando de otras problemáticas y al final lo que observamos, es que encubierto, hay una adicción. (...). En algunos tipos de mujeres sigue siendo complicado, por su estatus, por su posición y por sus hijos. (TS1)

Doble y triple criminalización

El mayor estigma que acusa a las mujeres respecto a los hombres se debe a que implica una doble transgresión por padecer adicción y porque su comportamiento no corresponde a lo que socialmente se espera de una mujer en sus roles de “buena madre”, “buena hija”, “buena esposa”... Y esto a pesar de que supuestamente han habido grandes avances en cuanto a la percepción de igualdad entre hombres y mujeres.

Por tanto, se consideró que dado que las mujeres retardaban la demanda de ayuda por miedo a las consecuencias sociales de esta doble criminalización, era oportuno pensar que esta pudiese convertirse incluso en una triple criminalización. Esta sería la propia que ellas mismas se adjudicaban al haber interiorizado las dos anteriores, conllevando una peor imagen de sí mismas.

Las respuestas obtenidas en este sentido indicaron, de forma unánime, que efectivamente las mujeres acusan de esta triple criminalización convirtiéndose en una peor autoestima que las vulnera aún más si cabe, siendo la causa en muchas ocasiones de un aumento de sus conductas autodestructivas, tal como queda reflejado en el siguiente testimonio: *“Es sentirte pues eso, que... Que lo pierdes todo y que a veces te dices: ¡es que no me importan mis hijos! Porque... ¡Qué mala soy!, ¿no? (...). A mí me dolía más, y consumía más.”* (PGD1).

Responsabilidades familiares

Se abordó la influencia de las responsabilidades familiares mediante la voz de profesionales y afectadas incidiendo en la forma en que, junto con el cuidado maternal, afectan en la menor demanda y permanencia de mujeres en los tratamientos de rehabilitación.

En primer lugar, los resultados obtenidos en el cuestionario sorprendieron al marcar una amplia coincidencia en la atribución al peso que suponía el combinar las cargas familiares con el tratamiento, como factor decisivo en las dificultades atribuidas a la menor demanda y permanencia,

ya que en los centros se observa una clara tendencia a anteponer el cuidado familiar al suyo propio. La misma afirmación ofrecieron las profesionales entrevistadas al asegurar igualmente que las cargas familiares eran uno de los factores principales que impedían el acceso y la continuidad de las mujeres en los procesos de rehabilitación, ya sea por decisión propia o por presiones familiares para retomar sus responsabilidades.

Los mismos resultados se obtuvieron tanto en el grupo de discusión como en las entrevistas a mujeres afectadas: todas coincidían en que la incompatibilidad entre su tratamiento y la realización de sus responsabilidades maternas y familiares había sido motivo de demora en la demanda de ayuda. Por otro lado, muchas de estas mujeres se habían visto obligadas a ejercer una doble jornada (laboral remunerada y doméstica), pero ninguna declaró un malestar añadido por ello, simplemente lo daban por natural; quedando reflejado de esta forma otra de las desigualdades de género que acusan a nuestra sociedad.

Además, cuando estas mujeres deciden iniciar un tratamiento de rehabilitación, existe una incompatibilidad manifiesta que impide que puedan combinar proceso y cuidado familiar, por lo que muchas deben delegar en otros familiares en el mejor de los casos, o bien sufrir la retirada de custodia de sus hijos. Según los resultados obtenidos, es común en todas ellas un fuerte sentimiento de culpa por abandono de familia, reduciendo todavía más su ya maltrecha autoestima.

Simultáneamente, los testimonios recogidos de todas las profesionales destacan esta incompatibilidad entre tratamiento y responsabilidades familiares. Concretamente, una de ellas afirmó:

Yo creo que los programas están diseñados, básicamente, no sé si para hombres, pero no hay una especificidad pensada para mujeres, ni muchísimo menos. Creo que no, creo que tradicionalmente los programas, los recursos, han estado pensados para hombres, y esa es la realidad. No se han adecuado ni en los espacios, ¡ni los horarios muchas veces!, ¿no? A veces incluso un tema de horarios, cuando tú montas un grupo por ejemplo de personas, vamos a imaginarnos, ¿no?, un grupo de personas que tienen problemas de alcohol, en ningún momento nos hemos planteado, bueno, cual es el mejor horario, ¡para la mujer!, que tiene que atender, ¿no?, en tema de niños, comidas... (TS3)

Ya no mencionar cuando de lo que se trata es de ingresar en una Comunidad Terapéutica. En este caso, directamente las mujeres embarazadas tienen vetado el acceso, al menos en cuanto a los centros en convenio con la Generalitat de Cataluña se refiere. Por tanto, queda evidenciada la difícil combinación del papel de madre con los tratamientos de rehabilitación accesibles para la mayoría (en el caso de las personas económicamente pudientes, que pueden acceder a tratamientos mucho más costosos, quedaría por comprobar).

Prejuicio profesional

Como ha quedado patente, las mujeres presentan dificultades añadidas a las de sus compañeros de proceso varones, por este motivo se quiso averiguar si existía percepción por parte de las usuarias de haber recibido un trato diferencial. El resultado fue unánime en cuanto a la sensación de igualdad en ambos sexos, sin diferencias ni privilegios específicos en el programa por el hecho de ser mujer. En cambio, las mujeres participantes denunciaron un mayor enjuiciamiento en mujeres que en hombres, en cuanto a la respuesta de las/los profesionales en relación a las dificultades de relación y cuidado filio-parental de las personas afectadas por trastorno de adicción. Según los resultados obtenidos, esta diferencia no solo se denota en la culpabilización por incumplimiento de responsabilidades de cuidado maternal, sino que también acusaba una mayor rapidez en el inicio de los trámites de retirada de custodia, que no habían observado en la misma proporción en los hombres. Así lo explicaba una de las mujeres al decir:

Yo no pedí ayuda antes por eso, por miedo a perder a mis hijos. Porque al principio cuando empieza el EAIA, o normalmente son Servicios Sociales, claro, si lo confiesas, mira lo que me pasó: que los perdí. Entonces durante mucho tiempo se quejaron de que yo no confesara, pero es que cuando lo hice, los perdí... Sin antes ayuda ni nada y durante mucho tiempo, yo lo he ocultado, para no perderlos. Cuando te decían que fueras sincera, que querían ayudarte... En el momento en que lo dije, perdí a mis hijos, sin más. Y entonces claro, durante seis meses o algo, estuve ocultándolo. (PE2)

También hubo una extensa respuesta al declarar que el hecho de haberse sentido juzgadas había dificultado su vinculación a los tratamientos. En este sentido, encontramos aportaciones como la siguiente: *“Me han exigido muchísimo, me han tratado muy mal, como si fuera, no sé... ¡Lo peor! Cuando yo solo necesitaba ayuda (...)”* (PE2).

Varias de las profesionales participantes reconocieron la existencia de este prejuicio profesional, afirmando no solo haberlo observado en la praxis de sus compañeras/os, sino siendo ellas mismas las que lo habían reproducido, de forma más o menos consciente, al culpabilizar a la mujer por descuidar aspectos en su rol de madre.

Otro dato significativo fue el que se obtuvo con la declaración de una de las profesionales cuando afirmó que *“el poder reconocer ella que tiene una drogodependencia implicaría también que los servicios tendrían que atender esta situación de cargo familiar, y no culpabilizar a la mujer”* (TS3). Muestra, por tanto, que no se había planteado la posibilidad de un inciso real y efectivo en este sentido, ya sea por parte de las/los profesionales como de los propios organismos oficiales competentes en temas de adicciones, por temor a verse obligados a crear nuevos recursos diferentes a los que actualmente se ofrecen.

Adicción y violencia de género

Otra variable tratada es la doble co-morbilidad adicción/violencia de género, por lo que en este estudio se quiso abordar la prevalencia de esta relación.

En primer lugar, se diseñó la pregunta del cuestionario que solicitaba un valor aproximado de mujeres atendidas con esta característica, ofreciendo una escala de frecuencia del 1 al 5 en el cual el 1 correspondía a “Ninguna” y el 5 a “Todas”. El 42,2% de las respuestas obtenidas marcaron el valor 4, significando que la mayoría de mujeres presentan esta doble problemática. Por otro lado, el 36,8% de las respuestas se sitúan en el valor 2, lo cual indica que existen algunas mujeres con esta característica. Es significativo y contradictorio este detalle, ya que a pesar de que en algunos centros predomina un gran número de mujeres que sufren violencia de género, en otros, el porcentaje no es tan elevado, o al menos, no es verbalizado; tal diferencia podría deberse a los distintos enfoques terapéuticos con los que se trabaja en los respectivos centros. Por otra parte, un 10,5% de las/los profesionales marcaron tanto el valor 3 como el 5, correspondientes a las respuestas “La mitad” y “Todas”, respectivamente.

En segundo lugar, las profesionales entrevistadas estuvieron de acuerdo en que sí existía una estrecha relación entre estas dos problemáticas, que quizás en algunos casos podría atribuirse al tipo de relaciones conflictivas habituales en una persona consumidora, o bien como una forma de sobrellevar ambas problemáticas. Por ejemplo en el caso de algunas mujeres consumidoras de benzodiazepinas. Así lo explicó una de las profesionales entrevistadas:

Puede ser que primeramente haya fluido la violencia de género, y de ahí se desarrolle un trastorno depresivo y de ahí que se tenga que tomar antidepresivos, benzodiazepinas para conciliar el sueño. O sea, las adicciones no están ligadas con la violencia, ni la violencia a las adicciones: es que primero puede aparecer una de las problemáticas y después la siguiente, o las dos a la vez. (TS4)

Por último, de las 8 mujeres con trastorno de adicción participantes en este estudio, 7 declararon haber sufrido violencia de género. Es importante remarcar que fue en el grupo de discusión donde varias de ellas reconocieron por primera vez en su proceso este hecho, quedando evidenciados los efectos terapéuticos que conlleva la creación de espacios donde las mujeres sientan que pueden expresarse entre iguales. También quedó patente la frecuencia con la que algunas mujeres creen que por el hecho de ser consumidoras son justificados los malos tratos, tal como declaró una de ellas al decir:

La adicción es una cosa que se ve más y nadie piensa el por qué, ¿no? Porque tú estás consumiendo, que es lo que hay, ¿no?, incluso tú piensas un poco, hasta si llegaras a merecer los malos tratos porque estás consumiendo... Yo me he sentido así. (PE2)

A pesar de esta gran prevalencia de mujeres maltratadas, se constató la escasez de recursos preparados para ofrecer intervenciones globales, ya que en la mayoría de los casos detectados la solución pasa por someterlas a una ida y venida continua de recursos especializados en una de las dos problemáticas, que a menudo concluye en la desvinculación de la persona o en la invisibilización de una de ellas (normalmente la violencia de género) como única alternativa a la rehabilitación. Estos casos son los denominados “pacientes de puerta giratoria” tal como se explica a continuación:

Yo creo que realmente, actualmente, no están preparados (...). También es cierto que la coordinación de recursos adicciones y violencia no está coordinada, a nivel institucional (...). Son lo que llamamos “pacientes de puerta giratoria”, que entran, salen, entran, salen ¡y no les damos soluciones al fin y al cabo! Las mandamos a otro lugar, que igual hacen lo mismo: puerta giratoria y vuelven a salir, ¿no? Y sí que se necesitaría una mayor articulación de recursos y que esté más ligado. Y tanto las profesionales de violencia que haya formación en adicciones, esto también es necesario. Hay desconocimiento. (TS4)

En el caso de las mujeres con hijos la situación se vuelve más compleja, ya que tal como manifestaron algunas de las entrevistadas, si bien es cierto que existen múltiples recursos que atienden y dan protección a mujeres con hijos a cargo que sufren violencia de género, cuando se detecta un problema de consumo de tóxicos se elimina la posibilidad de permanecer en estos, con el agravante de la posible retirada de custodia de sus hijos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A raíz de los resultados mostrados, se confirma la estrecha relación entre las desigualdades de género y el significativo menor porcentaje de demandas de ayuda por parte de mujeres que de hombres, así como la menor permanencia de estas en los programas de rehabilitación por trastorno de adicción.

Existe un estigma social que castiga más duramente a las mujeres con trastorno de adicción que a los hombres con el mismo trastorno. Las mujeres tienen que soportar la carga que les implica la doble criminalización por ser adictas y por haber trasgredido los roles que a su sexo se les atribuyen, siendo el temor a las consecuencias sociales que el reconocimiento del trastorno les puede suponer uno de los principales motivos de mayor demora en el reconocimiento del trastorno y en la demanda de ayuda.

A esta doble criminalización, se le añade una mucho más dura: la que se infringe la propia mujer al haber interiorizado las acusaciones de “mala mujer” y toxicómana; convirtiéndose en lo que denominamos triple criminalización. Este concepto se traduce en una menor autoestima que las vulnera aun más, si cabe.

También se demuestra que la influencia de este mayor estigma es sobradamente conocida por las/los profesionales del sector, pero a pesar de ello y de que indudablemente es mayor la sensibilidad en materia de género que en décadas anteriores, seguimos sin contar con suficientes iniciativas ni voluntad política que ayude a disminuirlo. Por tanto, se llega a la conclusión de que existe una tendencia general a normalizar el fenómeno como si de un desastre natural se tratase, y sobre el que poca cosa se puede hacer más que trabajarlo individualmente y/o en terapia grupal.

En cuanto a la aplicación de la perspectiva de género en los programas, sigue sin estar suficientemente extendida. En primer lugar, la mayoría de los programas en funcionamiento denotan una evidente masculinización en su diseño y aplicación, y también se acusa una escasez de recursos que faciliten la conciliación de mujeres con hijos a su cargo con el tratamiento. Por otro

lado, queda demostrado que en los programas ambos sexos reciben el mismo tipo de atención, teniendo que ser ellas las que se adaptan, mediante un mimetismo que puede resultarles perjudicial, a actividades y grupos de terapia donde predomina el número de hombres. Esta evidencia está en concordancia con lo expuesto por Blanco, Palacios y Sirvent (2001) cuando denunciaban, hace ya quince años, la dificultad que suponen los tratamientos de diseño androcéntrico para la rehabilitación de mujeres. Siendo así, si bien se ha evidenciado que uno de los factores que influyen en el fracaso de los procesos de rehabilitación femeninos es la masculinización de los programas, como la mayoría de sus asistentes siguen siendo hombres se continúa sin hacer cambios estructurales que faciliten el acceso de más mujeres. Por lo que se llega a la conclusión, de que en este sentido, la causa del problema perpetúa la situación.

Flagrante es la situación en las comunidades terapéuticas donde no solo es imposible acceder con hijos a cargo, sino que en el caso de las mujeres embarazadas estas deben decidir entre ingresar o seguir adelante su gestación. Es lógico pensar entonces, coincidiendo con varios autores como Arostegui y Urbano (2004), o Martínez (2009), que esta imposibilidad sea otra de las causas de menor demanda de tratamiento: no es nada fácil tomar la decisión de abortar, por mucho que se necesite la rehabilitación, y si lo hacen posiblemente se convierta en una decisión demasiado dolorosa como para rehabilitarse sin secuelas emocionales difíciles de sanar.

En estudios anteriores, varios autores señalan la existencia de una gran prevalencia de mujeres que padecen la doble co-morbilidad adicción/violencia de género (Blanco et al., 2001; Gómez, Clari y Saiz, 2006; Altell, 2011), declarando que existe un porcentaje aproximado del 60% de mujeres atendidas que la sufren o han sufrido. En relación a lo expuesto por estos autores, se constata la existencia de esta doble problemática, y si bien es notorio el número de detecciones, cabe la sospecha de que sean muchas más las que sufren esta situación y no lo verbalizan. Sorprende en cambio, que a pesar de este elevado número de casos, la mayoría de programas existentes siguen presentando evidentes dificultades para ofrecer cobertura global ya no solo mediante el efecto de puerta giratoria, que tan poco favorece la vinculación de las mujeres a los tratamientos, sino también para ofrecer asistencia y protección a las víctimas de violencia de género que padecen trastorno de adicción y tienen hijos a cargo. Es sabido que estas mujeres cuentan con unas necesidades específicas que implicarían un replanteamiento de los recursos, pero es incomprensible que si bien hay variedad de programas residenciales de Atención a la Víctima de Violencia de Género con hijos a cargo, siga manteniéndose el vacío asistencial cuando la misma mujer presenta conjuntamente trastorno de adicción. En estos casos y de nuevo, la respuesta frecuente pasa por someterlas a procesos de retirada de custodia como medida cautelar de protección del menor de edad.

Cabría replantearnos el motivo que lleva a culpar a la mujer de una incapacidad para el cuidado maternal, y considerar si esto ocurre también con otros trastornos con menor estigma social. En el mismo sentido, debería proponerse la reflexión sobre la responsabilidad de profesionales y

organismos oficiales competentes que no están ofreciendo una respuesta que facilite subsanar el problema sin penalizar a estas mujeres.

Tal como ha quedado reflejado en los resultados obtenidos, existe un prejuicio profesional que acusa mayormente a mujeres que a hombres cuando se trata de atender a mujeres toxicómanas con hijos a cargo. Este prejuicio puede ser atribuido a varios factores: insuficiente formación en perspectiva de género aplicada a las drogodependencias, influencia de la educación recibida en cuanto a los roles de mujer, o simplemente porque el reconocimiento de este implicaría un replanteamiento de los recursos, tanto por parte de organismos oficiales como de instituciones privadas, que requeriría de la creación de muchos más servicios destinados a conciliar los tratamientos de rehabilitación con la maternidad. Por no mencionar las acciones de carácter formativo necesarias para implantar la perspectiva de género en esta área de intervención, con la finalidad de detectar rápidamente este tipo de hechos, pudiendo así evitarlos o repararlos en la mayor brevedad posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, E., González, J., Llorens, N., Brime, B., Ruiz, A. y Sendino, R. (2013). *Estadísticas 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Altell, G. (2011). Ciclo de debates sobre violencia familiar. Intervención específica con mujeres drogodependientes que sufren violencia en la pareja. [s.n]
- Arostegui, E., Urbano, A. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. España: Universidad de Deusto.
- Barreda, M. A., Díaz-Salazar, M., de Ena, S., López, M. del C., Rodríguez, M., Sánchez, S. y Calvo, Z. (2005). *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención* (Madrid Salud. Instituto de Adicciones). Madrid.
- Blanco, P., Palacios, L., y Sirvent, C. (2001). I Simposium Nacional sobre adicción en la mujer: Madrid 6 y 7 de octubre de 2000. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Brunet, I., Pastor, I. y Belzunegui, Á. (2002). *Tècniques d'investigació social: fonaments epistemològics i metodològics*. Barcelona: Pòrtic.
- Gómez, J., Clari, E., y Saiz, A. (2006). Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Portularia*, 6, 151–164.
- Llopis, R. (2004). Grupos de discusión. Madrid: ESIC.
- Martínez, P. (2009). Extrañándonos de lo “normal”. Madrid: H. y Horas.
- Martínez, L. M., Biglia, B., Luxán, M., Fernández, C., Azpiazu, J. y Bonet, J. (2014). Experiencias de Investigación feminista: Propuestas y reflexiones metodológicas. *Athenea Digital*, 14(4), 3–16.

- Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (1998). Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas 1997. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2010). Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, 1991-2009. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2012). Encuesta sobre alcohol y drogas en España, 1995-2011. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2013). Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España, 2011-2012. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.
- Quivy, R., y Campenhoudt, L. Van. (1992). *Manual de investigación en ciencias sociales*. Mexico D.F. : Noriega.
- Sebastián, P., Losada, M. J. y Márquez, P. (1995). Aproximación a las funciones de los trabajadores sociales de los centros de atención a las drogodependencias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 123–139.