



PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL
TRATAMIENTO DE LAS
DROGODEPENDENCIAS EN
ANDALUCÍA: CONOCIMIENTOS,
EXPECTATIVAS Y PROPUESTAS DE
INTERVENCIÓN

Secretaría General de Políticas Sociales
CONSEJERÍA DE IGUALDAD
Y POLÍTICAS SOCIALES

INFORME DEL ESTUDIO
Diciembre 2015



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Equipo de trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública

COORDINACIÓN

Gracia Maroto Navarro

EQUIPO TÉCNICO

Alina Danet

María del Río Lozano

Begoña Isac Martínez

Amparo Lupiáñez Castillo

Ainhoa Ruiz Azarola

EQUIPO ADMINISTRATIVO

Isabel de la Torre Mendoza

Trinidad Fernández Cara

Nuria Marcos López

M^a José Narváez Dionisio

Lourdes Poudereux Colomer

Marisol Suárez Rivero

Asesoramiento externo

Nuria Romo Avilés

Instituto Universitario de Investigación de Estudios de las Mujeres y de Género.

Universidad de Granada

Agradecimientos

Un especial agradecimiento al conjunto de profesionales que ha hecho posible este trabajo ofreciendo su opinión de forma amable y sensible con el objeto de estudio.

“Tienen un sentimiento de soledad, ese sentimiento de No puedo decirle a la sociedad que soy consumidora y me aísló”



Esta publicación puede copiarse, distribuirse y comunicarse, siempre que no se altere su contenido, se cite la autoría y no se haga con fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
1. INTRODUCCION	2
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGÍA	15
3.1. DISEÑO	15
3.2. AMBITO	15
3.3. TÉCNICA	15
3.4. DIMENSIONES DE ESTUDIO	16
3.5. PARTICIPANTES	16
3.6. PROCESO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	24
3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	25
3.8. ALCANCE DEL ESTUDIO	26
3.9. LIMITACIONES	26
3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	26
4. RESULTADOS	27
4.1. NUEVOS PERFILES DE DROGODEPENDENCIA	28
4.1.1. Crisis de heroína y aumento de otros consumos de drogas	28
4.1.2. Aumento de la presencia de mujeres en los servicios de atención a la drogodependencia	30
4.1.3. Personas de mediana edad y personas cada vez más jóvenes	32
4.1.4. De los entornos de mayor marginalidad a los ambientes más acomodados	34
4.2. FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	38
4.2.1. Factores que predisponen el consumo dependiente	39
4.2.2. Factores que desencadenan el consumo dependiente	47
4.3. DISCURSOS PROFESIONALES SOBRE LAS MOTIVACIONES PARA CONSUMIR DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	50
4.3.1. Consumir drogas para experimentar, divertirse y relacionarse	50
4.3.2. Consumir drogas para sobrellevar situaciones adversas	51
4.4. MIRANDO DESDE EL GÉNERO AL IMPACTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN ANDALUCÍA	55
4.4.1. Pérdida de relaciones familiares	55
4.4.2. Pérdida de empleo y problemas económicos	58
4.4.3. Pérdida de amistades, aislamiento y rechazo social	59
4.4.4. Actividades ilícitas, problemas judiciales y violencia asociadas a los abusos de drogas	61
4.4.5. Pérdida del control de la vida y de oportunidades de crecimiento personal	63
4.5. RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA DE ABUSO DE DROGAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA RED ANDALUZA DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS	65
4.5.1. Por presión familiar	65
4.5.2. Por consecuencias indeseadas	67

4.6. PRINCIPALES PREOCUPACIONES Y NECESIDADES CUANDO SE LLEGA A LA RED DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA	70
4.6.1. <i>Atención a necesidades básicas</i>	70
4.6.2. <i>Tratamiento farmacológico</i>	71
4.6.3. <i>Atención psicológica</i>	72
4.6.4. <i>Asesoramiento jurídico-legal</i>	73
4.6.5. <i>Apoyo, protección, relaciones afectivas</i>	74
4.6.6. <i>Respuesta a responsabilidades asignadas por razón de género durante el tratamiento</i>	76
4.7. ACCESO A LOS SERVICIOS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO	79
4.7.1. <i>Elementos que favorecen la búsqueda de ayuda y el acceso a tratamiento</i>	80
4.7.2. <i>Elementos que dificultan la búsqueda de ayuda y el acceso a tratamiento</i>	84
4.7.3. <i>Factores que favorecen la respuesta al tratamiento</i>	95
4.8. VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS, INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES	102
4.8.1. <i>Recursos y financiación</i>	102
4.8.2. <i>Organización de servicios de tratamiento a las drogodependencias</i>	108
4.8.3. <i>Intervenciones y prácticas profesionales en los servicios de tratamiento</i>	114
4.8.4. <i>Desarrollo profesional</i>	123
4.8.5. <i>Difusión</i>	124
4.9. PROPUESTAS PROFESIONALES PARA MEJORAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN	125
4.9.1. <i>Recursos y financiación</i>	125
4.9.2. <i>Organización de servicios</i>	133
4.9.3. <i>Intervenciones y prácticas profesionales</i>	141
4.9.4. <i>Protección a usuarias y a profesionales</i>	146
4.9.5. <i>Desarrollo profesional</i>	147
4.9.6. <i>Difusión</i>	148
4.9.7. <i>Prevención</i>	150
4.9.8. <i>Investigación</i>	150
4.10. CREENCIAS, ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS DE GÉNERO	151
4.10.1. <i>Sobre las mujeres con problemas de drogodependencia</i>	151
4.10.2. <i>Sobre las mujeres profesionales</i>	153
5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	158
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
ANEXO 1. GUIÓN DE ENTREVISTA INDIVIDUAL	167
ANEXO 2. CUADROS RESUMEN DE RESULTADOS	172

PRESENTACIÓN

A continuación se presenta el estudio *“Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: conocimientos, expectativas y propuestas de intervención”*, desarrollado desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.

Se ha planteado con el objetivo de conocer cómo se entienden las desigualdades de género desde los servicios de la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia, y cómo se identifican tales desigualdades en la situación que viven las personas usuarias y en la atención profesional prestada. El análisis de situación llevado a cabo ha permitido extraer conclusiones y desarrollar propuestas que pueden contribuir a la mejora de los servicios, a partir de la incorporación del enfoque de género a las estrategias organizativas y al abordaje profesional de la drogodependencia.

La metodología cualitativa utilizada es particularmente útil en la valoración de programas de atención social desde una perspectiva integral. Es especialmente eficaz en la recogida del conocimiento diverso, multidimensional y sensible al género. En este estudio ha permitido el acercamiento a las experiencias de un grupo diverso de profesionales de diferentes servicios de la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia. La información que han facilitado ha supuesto una valiosa oportunidad para identificar elementos claves a partir de los cuales sustentar algunas pautas de actuación sensibles al género.

A continuación se presentan los antecedentes que motivan el estudio, se describen los procedimientos llevados a cabo para recabar información, y se exponen los resultados extraídos de las entrevistas profesionales. Finalmente se ofrecen algunas conclusiones y se proponen recomendaciones prácticas a la luz de los resultados.

1. INTRODUCCION

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

El género se entiende como un conjunto de representaciones e interpretaciones subjetivas, una construcción cultural que atribuye significados sociales, culturales y psicológicos a variables e identidades sexuales y biológicas (Scott, 1996; Stolcke, 2004).

La literatura científica destaca cómo el sistema de género contribuye a las diferencias en exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo para la salud. Si bien a las mujeres se les atribuye, como factores protectores, una mayor conciencia y prevención del riesgo, y una mayor dedicación al autocuidado, algunos otros condicionantes de género afectan su salud. La mayor carga de cuidados a otras personas, sobre todo por el trabajo desigual en la esfera doméstica, las desigualdades en el acceso al empleo e inequidades en las retribuciones, la mayor presión sobre la imagen personal, entre otros, son factores de vulnerabilidad de las mujeres a la hora de cuidar su salud. Además, la edad, la clase social y la educación son ejes de desigualdad que interactúan con el género, produciendo mayores desequilibrios en la salud de hombres y mujeres (García Calvente y cols., 2008).

En cuanto a las diferencias generacionales, cabe destacar que en las últimas décadas han ido emergiendo nuevos modelos de socialización en hombres y mujeres. Esto está suponiendo que las mujeres se aproximen a roles tradicionales masculinos, reflejado por ejemplo en una mayor asunción de conductas de riesgo para la salud. Los nuevos modelos de socialización también parecen estar implicando mayor autonomía de las mujeres, independencia y participación de los recursos y vida pública, como avance positivo hacia la igualdad de género (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

GÉNERO, USOS Y ABUSOS DE DROGAS

En una sociedad como la actual, que ha afrontado profundos cambios en un corto espacio de tiempo, el estudio de las identidades y los roles de género puede mejorar la comprensión de comportamientos individuales como el consumo problemático de drogas, ayudando a orientar las intervenciones y políticas públicas.

Los estudios sobre género y drogas han sido un campo de la investigación en salud poco desarrollado y difundido y en el que se ha trabajado de manera excepcional hasta el momento (Llort y cols., 2013). Con el inicio del siglo XXI, en España se han empezado a identificar las necesidades específicas de las mujeres con respecto al consumo de drogas (Meneses, 2001; Meneses, 2002; Gómez, 2003; Arostegui y Urbano, 2004). Para ello, se ha empleado un enfoque crítico a la posición marginal de la mujer respecto al hombre y se ha puesto de manifiesto cómo gran parte de las investigaciones que se habían llevado a cabo, ocultaban las experiencias, sentimientos y acciones de las mujeres en relación con su salud y consumo de drogas (Romo, 2010).

Cabe esperar que los cambios sociales permitan la visibilización del hecho de que tanto hombres como mujeres consumen drogas, y que son diferentes los condicionantes y consecuencias para unos y otras. La aplicación de la perspectiva de género a los usos de drogas muestra cómo las mujeres, a pesar de acercarse al mundo de “los varones”, siguen manteniendo estrategias que están determinadas por sus roles de género, situándolas en una posición más vulnerable que los hombres consumidores de drogas.

CONSUMO DIFERENCIAL DE HOMBRES Y MUJERES

Las mujeres han sido invisibilizadas en el mundo de las drogodependencias, sus usos y dependencias han sido poco estudiados y nada comprendidos. Necesitamos nuevos abordajes que rompan categorías previas como las de “legal/ilegal” “adictivo/no adictivo”, y generen nuevas posibilidades de intervención desde la reducción de daños y los programas de tratamiento.

Desde el punto de vista del género, se hace necesario hablar de sustancias y no de “drogas”, para dar cuenta de la situación que se viene percibiendo entre las mujeres

durante los últimos años, concretamente el aumento progresivo del uso de sustancias legales como tabaco, alcohol y psicofármacos en mujeres jóvenes y adultas (Romo, 2005).

Precisamente con respecto a la prevalencia de consumo de tranquilizantes, sabemos que es tres veces superior en las mujeres que en los varones (Romo y cols., 2003). Además, a las mujeres se les prescriben más este tipo de fármacos desde el sistema sanitario que a los varones, de manera que los datos epidemiológicos señalan que el 70% de la población femenina española ha usado alguna vez tranquilizantes (Equipo de Investigación Sociológica, 2000).

Más aún, a las mujeres les afecta esta situación no solamente porque reciban más prescripciones médicas, sino también porque el consumo sin prescripción es mayor, según indican las encuestas nacionales destinadas a la población general y adolescente (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2011).

Si nos referimos a las sustancias ilegales, las comúnmente conocidas como “drogas”, en cuyo consumo históricamente no se le ha prestado atención a las mujeres, observamos la tendencia del sesgo de masculinización en el perfil de la persona drogodependiente (Castillo y cols., 2003).

Sin embargo, en los últimos años se viene observando también una tendencia que ha llevado a hablar de “feminización del uso de drogas”. Desde los años sesenta se ha producido una variación en las ratios intersexuales, generando el acercamiento de la prevalencia de los varones y las mujeres, en especial en las edades más jóvenes (Romo, 2004).

FACTORES DE RIESGO, MOTIVACIÓN Y VULNERABILIDAD DIFERENCIAL PARA EL CONSUMO

Desde las ciencias sociales, y especialmente la psicología y la antropología social, el abuso de sustancias entre mujeres se ha explicado como una conducta de huida o evitación que propicia el proceso de autoculpabilización y vergüenza cuando el consumo genera una dependencia (Tomás y cols., 2007).

En el caso de los psicofármacos, un estudio llevado a cabo con mujeres consumidoras de psicofármacos en tres Comunidades Autónomas muestra que la utilización por prescripción y autoconsumo, favorecida por la permisividad social, se asocia al “malestar” y estrés que sufren a causa de la falta de modelos, sobrecarga de trabajo y/o sobrecarga emocional (Gil y Romo, 2006).

Con respecto al consumo de drogas ilegales, desde la antropología de la salud se ha puesto de manifiesto el importante rechazo social que sufren las mujeres drogodependientes. En este sentido, Nuria Romo explica que a la condena social de la ilegalidad, se le suma el rechazo de la mujer adicta por contraponerse a los roles femeninos clásicos. Esta doble vertiente de la transgresión genera también una doble penalización moral y social que castiga aún más a las mujeres con drogodependencia (Martínez, 2009).

Las mujeres presentan más frecuentemente que los hombres una percepción de que han fracasado en la vida por no haber podido desempeñar el papel socialmente asignado de madre, esposa y cuidadora. Las consecuencias suelen ser la desvaloración personal, violencia familiar y rechazo social. Esta estigmatización de las mujeres, reforzada por su aislamiento social y la ocultación del problema, conlleva una demora en la petición de ayuda. Es por ello que la brecha en las tasas de tratamiento es considerablemente más amplia a favor de los hombres que las diferencias que se dan en el consumo (Rubio y Blázquez, 2000). No obstante, es necesario hacer una diferenciación según el factor generacional, ya que es conocido que este rechazo del entorno social se da de forma más acusada cuando el consumo es realizado por mujeres adultas que cuando proviene de adolescentes y jóvenes.

En lo relativo al consumo de tabaco, algunos estudios señalan que continúa en aumento entre las mujeres (Rodríguez-Sanz, Carrillo y Borrell, 2005). Los motivos se relacionan con una mayor carga de estrés debido a la conciliación de las esferas familiar y laboral, a modelos de género vigentes que pueden seguir validando el hecho de fumar como recurso estético, así como a la asociación de este hábito con los espacios públicos de sociabilidad.

Respecto al alcohol, encontramos evidencias de que los hombres de clases sociales más desfavorecidas presentan mayor riesgo de consumo de alcohol, mientras que en las mujeres ocurre a la inversa, son aquellas de las clases más favorecidas quienes ven agudizado este riesgo. Similar a lo que ocurre con el tabaco, para ellas las motivaciones podrían relacionarse con el cambio de expectativas que supone el modelo actual de género, mediante la adopción de conductas que se han considerado tradicionalmente masculinas (Bolaños y cols., 2006).

Aunque el consumo de drogas ilícitas es muy superior entre los hombres, la brecha de género se acorta hasta su práctica disolución en el caso de los y las adolescentes, donde el patrón mayoritario se asocia a motivaciones lúdicas (Calafat y cols., 2009). En cambio, entre las mujeres adultas, la iniciación de este consumo se asocia a relaciones afectivas con parejas consumidoras y como respuesta a situaciones conflictivas a nivel personal o familiar (Sánchez-Pardo, 2008; Navarro y Sánchez-Pardo, 2004).

Las diferencias biológicas, psicológicas y sociales entre hombres y mujeres condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y consecuencias y, por tanto, hacen imprescindible una adaptación diferencial de las estrategias dirigidas a prevenir y tratar el consumo y la dependencia a drogas en cada sexo.

Hay ciertos aspectos que resultan claves para interpretar la vulnerabilidad diferencial que presentan hombres y mujeres ante el consumo de drogas (Sánchez-Pardo, 2008). En primer lugar, hay que tener en cuenta que a pesar de que el consumo de algunas sustancias es menor entre las mujeres, ellas son más vulnerables a sus efectos. Por ejemplo, en el caso del alcohol, el umbral para los consumos de riesgo es diferente en ambos sexos debido a las diferencias en los procesos de metabolización de las bebidas alcohólicas y en el peso corporal.

CONSECUENCIAS DIFERENCIALES DEL CONSUMO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El consumo abusivo de algunas sustancias puede conllevar efectos en la salud tanto de los hombres como de las mujeres. En ambos sexos suele comportar complicaciones a nivel físico, como trastornos digestivos, problemas respiratorios, alteraciones neurológicas, cardiovasculares, renales, hepáticas, etc. El abuso también puede provocar complicaciones en ambos sexos a nivel psicológico o mental, tales como depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, del sueño, de memoria y concentración o de personalidad.

Otras consecuencias en la salud podrían ser comunes para ambos sexos, como la dependencia, la tolerancia y la aparición del síndrome de abstinencia cuando se suspende el consumo. Así mismo, el consumo de drogas genera con frecuencia problemas familiares, laborales, escolares y legales, que se producen en ambos sexos. No obstante, es necesario tener en cuenta que los hombres y las mujeres presentan diferentes características físicas, psicológicas y sociales que causan un impacto diferencial del consumo de drogas y que, por tanto, requieren un abordaje diferencial. Por ejemplo, existen estudios que han demostrado que las mujeres presentan mayor vulnerabilidad a la toxicidad del tabaco, principalmente por sus efectos en la función ovárica, en la secreción de estrógenos y los efectos sobre el feto cuando se mantiene el hábito durante el embarazo (Redondo y cols., 2007).

Respecto al alcohol, existen evidencias científicas de que las mujeres lo toleran peor, presentando un mayor riesgo de daños hepáticos, cerebrales y enfermedades cardíacas (Marshall, Kingstone y Boss, 1983; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1999). También sabemos que debido a factores metabólicos, endocrinos y genéticos, los problemas de alcoholismo se instauran más rápidamente entre las mujeres y que éstas desarrollan de manera más temprana enfermedades hepáticas y cardíacas, así como complicaciones neuropsiquiátricas (Rubio y Blázquez, 2000; Beckman y Amaro, 1984). La mortalidad entre las mujeres alcohólicas diagnosticadas de cirrosis es casi el doble que la de los hombres con esta enfermedad, además de que las mujeres con cirrosis alcohólica mueren casi una década antes que los hombres (Sánchez-Hervás, Tomás y Morales, 2003).

Respecto a otras drogas, encontramos menos literatura científica que haya incluido la perspectiva de género. Sin embargo, sí conocemos que las mujeres necesitan una dosis menor de tranquilizantes que los hombres para obtener los mismos efectos terapéuticos, debido a sus particularidades en los procesos de absorción y metabolización de éstos, al tiempo que ellas experimentan más efectos secundarios que ellos durante el tratamiento con tranquilizantes y psicofármacos (Robinson, 2002).

GÉNERO Y TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

En relación con la inclusión de la perspectiva de género en los programas de tratamiento, son muchas las preguntas abiertas y sin respuesta en torno a la visibilización de las necesidades de las mujeres y la adaptación de los sistemas de tratamiento a éstas: ¿Por qué las mujeres tienen poca presencia en el tratamiento? ¿Por qué abandonan los programas? ¿Cómo afecta a las mujeres las sustancias que consumen? ¿Un único programa vale para todos y todas? ¿Es necesaria una intervención diferencial? ¿Por qué es frecuente dejar a sus hijos e hijas para realizar un tratamiento? ¿Qué relación existe entre el uso y abuso de drogas y la violencia de género?

Estas y otras preguntas están presentes en los discursos de los y las profesionales que atienden la drogodependencia, quienes intuyen una necesidad específica, pero no cuentan con investigación y evidencia que les dé respuesta.

En los últimos años, la incorporación de la perspectiva de género al ámbito de la salud pública ha propiciado investigaciones y revisiones de la evidencia específica. A continuación se presentan algunos de los resultados claves y que anteceden a los obtenidos en el presente estudio. Se destacan dos ideas principales: 1) Los programas en general están diseñados para los varones, que son los usuarios mayoritarios de los mismos; y 2) La presencia femenina es muy inferior en los programas de tratamiento, lo que genera repercusiones negativas para las mujeres.

Una primera cuestión a vislumbrar es por qué las mujeres no llegan en la misma medida que los varones al tratamiento. Lo que muestra la investigación realizada es que es necesario abordar las dificultades de las mujeres para acceder al tratamiento

(Organización de las Naciones Unidas, 2005). Algunos de los motivos para que las mujeres no lleguen al tratamiento, siguiendo las reflexiones de Naciones Unidas, son que los programas carecen de “Perspectiva de Género”, lo que supone no tener a las mujeres en cuenta ni en la elaboración ni en la ejecución de los mismos. Esto es debido, en gran parte, a la invisibilización de los y las profesionales hacia las diferencias entre los varones y las mujeres, y también a que faltan modelos y procedimientos adecuados de intervención cuando las mujeres abusan de las sustancias. Abusar de las sustancias suele ser una conducta estigmatizada socialmente. Este estigma puede influir para que las mujeres no sean incluidas en los programas de tratamiento y, a su vez, el abuso de sustancias puede potenciar el aislamiento de las mujeres de la vida social.

Reed (1987) planteó que las principales razones de que los programas de tratamiento de drogas estén orientados a los varones se deben a una serie de razones, entre las que destacamos las siguientes:

- 1) El abuso de sustancias psicoactivas en las mujeres se da sobre todo en el consumo de psicofármacos o sustancias legales, lo que no suele ser considerado generalmente como un grave problema, puesto que sus consecuencias afectan a la familia, ámbito que es considerado privado.
- 2) Los consumos de drogas en las mujeres generan menos problemas sociales que cuando son los varones los que lo causan. En ellos, aparecen asociados a conductas que tienen un mayor coste para la sociedad, como son la violencia, el crimen o los accidentes.
- 3) Las mujeres han sido ignoradas en la mayoría de los estudios sobre el tratamiento o no se han incluido cuestiones que son relevantes para ellas. Este hecho ha producido que sean desconocidas las necesidades y la realidad del consumo de drogas en las mujeres. En este sentido, tanto los instrumentos de evaluación como de investigación han carecido de la perspectiva de género y el análisis de situación de las mujeres.
- 4) El conocimiento sobre la reacción farmacológica de las drogas sobre las mujeres es más limitado que sobre los varones, ya que el sujeto experimental suele ser varón y cuando se ha considerado a las mujeres se ha centrado en las repercusiones en neonatos.

- 5) El campo de la investigación sobre adicciones se ha centrado, en los comienzos, sobre las sustancias, y muy posteriormente, sobre las características de las personas consumidoras (etnicidad, edad, sexo, orientación sexual, etc.), siendo principalmente los varones blancos el modelo y la norma de comparación, como ha sucedido en otros campos de la medicina y ciencias de la salud.

Carmen Meneses (2002), en una revisión realizada sobre la investigación internacional que abordaba la inclusión de la perspectiva de género en los programas de drogodependencias, destaca las conclusiones del trabajo de Wechsberg y cols. (1998). En esta investigación, llevada a cabo en los EEUU con una muestra de 10.010 pacientes pertenecientes a 96 programas de tratamiento de 11 ciudades norteamericanas, indicaron que existía una mayor prevalencia de los varones en los programas de tratamiento. Al estudiar los motivos de la menor presencia de mujeres, los autores pensaron que era clave tener en cuenta la influencia del modelo de tratamiento y la tendencia de las mujeres a acudir más a los servicios de salud que a los dispositivos específicos sobre drogodependencias.

En los últimos años, el proyecto europeo “Drug Abuse Warning Network” (DAWN, 2013) ha identificado tres factores que tienen una influencia directa en la efectividad y eficacia a la hora de proporcionar una respuesta sensitiva desde el género a los servicios de tratamiento a las mujeres: 1) Accesibilidad a nivel individual y de organizaciones (distancia, horario de apertura y cierre, amplitud de las consultas, listas de espera); 2) Factibilidad (que el programa pertenezca al nivel económico de la familia o persona, y a su protección sanitaria haciendo referencia a los países sin cobertura universal); 3) Aceptabilidad, motivación para el cambio, percepción individual de la efectividad de los servicios, el personal y nivel de estigmatización basado en la sexualidad, etnicidad o religiosidad.

La investigación parece concluyente al mostrar que las mujeres con problemas de adicción se benefician del trato recibido en los servicios cuando éstos presentan unas particularidades (DAWN, 2013): cuando potencian sus fortalezas personales, evitan los estilos de confrontación, enseñan habilidades de afrontamiento, tienen en cuenta necesidades especiales como el cuidado de los hijos e hijas, abordan y proporcionan

intervenciones dedicadas al trabajo con el trauma y el abuso, buscan la reintegración familiar, proporcionan apoyo en redes sanitarias con objetivos familiares comunes, y tienen disponible apoyo emocional y preventivo para el trabajo con los niños y niñas.

ACCESO DE LAS MUJERES AL TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS EN ANDALUCÍA

La investigación internacional realizada muestra que el porcentaje de mujeres que acuden a los servicios de atención a las drogodependencias es inferior al de los hombres. Para Naciones Unidas, esto puede explicarse por la menor prevalencia de consumo de las diversas sustancias entre las mujeres, así como también puede estar reflejando el mayor número de obstáculos que deben afrontar las mujeres para su acceso, entre otras por razón de género (Organización de las Naciones Unidas, 2004).

Sabemos que en Andalucía las pautas de consumo de drogas han cambiado en los últimos años. Se han visibilizado los usos y abusos de sustancias legales entre las mujeres, así como su acercamiento a los varones en las pautas de usos de drogas ilegales que habían sido hasta el momento principalmente masculinas. A pesar de estos cambios, las mujeres consumen “menos drogas” y “acceden en menor medida a los servicios de tratamiento”. Los problemas derivados del uso de sustancias, y las demandas y necesidades planteadas por la población, son aspectos dinámicos a los que es preciso adaptar las respuestas ofrecidas desde las administraciones públicas. Cabría pensar que, ante el aumento que se ha identificado en los últimos años en la prevalencia de consumo de sustancias por parte de las mujeres, se hubiera producido un aumento en la demanda de tratamiento en los últimos años. No obstante, las cifras de utilización de los servicios se mantienen bastante estables. En los últimos años 2013 y 2014, algo más del 16% de mujeres han sido admitidas a tratamiento en Andalucía.

En la Memoria del año 2014 realizada en relación con la Atención a Drogodependencias y Adicciones de la Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, se muestra que el porcentaje representado por las mujeres en el total de admisiones a tratamiento cada año se mantiene prácticamente estable desde 2003. Esta estabilidad contrasta con el incremento del porcentaje de mujeres detectado

en otros indicadores relacionados con el consumo (encuestas poblacionales de prevalencias de consumo) y con el consumo problemático (Arenas y Real, 2014).

Por ejemplo, siguiendo los datos del año 2014, en los centros de Encuentro y Acogida la mayoría son varones, con el 80.52%, con respecto a las mujeres, que lo fue con el 19.48%.

Cabe destacar que del total de servicios disponibles, sólo el teléfono de información sobre drogodependencias ha sido superado en número de llamadas por las mujeres (56,76%). El resto de servicios se han utilizado en menor proporción, oscilando entre un 21,62% de mujeres ingresadas en Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y un 5,84% de mujeres admitidas a tratamiento en instituciones penitenciarias. Frente al resto de servicios, se observa sobre todo una menor utilización femenina, por debajo del 15%, de las viviendas especializadas, del programa de administración de metadona y del Programa Red Artesanos de apoyo a la reinserción social, frente al programa Arquímedes que ha contado con un porcentaje superior de beneficiarias. En torno al 15% de mujeres han utilizado los servicios de los centros de día, comunidades terapéuticas, así como han realizado demandas al servicio de asesoría jurídico-legal.

Ahora bien, estos datos se matizan si tenemos en cuenta las distintas sustancias por las que se solicita tratamiento. En general, las mujeres no superan el 20% de las admisiones producidas, excepto para el caso de los hipnóticos y sedantes donde suponen el 45% y el tabaco, donde alcanzan el 47,8%. Si analizamos las admisiones por género en función de la sustancia que constituye el problema, vemos que estos porcentajes se mantienen en todas las tipologías de adicciones, excepto en el tabaco, en el que prácticamente se igualan ambos sexos.

El grupo de pacientes donde encontramos el porcentaje más reducido de mujeres es el de las personas admitidas a tratamiento por juego patológico, donde representan el 6,6%. En los últimos años se advierte un incremento del porcentaje de mujeres entre las personas admitidas a tratamiento por MDMA, que pasa del 4% en 2005 al 20% en 2008.

Este conjunto de datos puede estar indicando que, en el caso de algunas sustancias, las demandas de tratamiento por parte de las mujeres no son tan bajas como las cifras generales indican.

Del mismo modo, cuando atendemos a las variables sociodemográficas, los perfiles de las mujeres muestran datos importantes desde el punto de vista del género, ya que el análisis por sexo de los perfiles sociodemográficos de las personas admitidas a tratamiento muestra diferencias observables, independientemente del tipo de sustancia o adicción que motiva el tratamiento. A pesar de que las mujeres presentan, en general, niveles de estudios superiores a los de los hombres, se encuentra entre ellas una mayor tasa de desempleo, un porcentaje más alto de estudiantes y de trabajo en el hogar. Entre las mujeres, existe un porcentaje considerable de familias con un sólo progenitor residiendo en el hogar, 10,8%, siendo este porcentaje notablemente superior al de los hombres (1,3%) (Equipo de trabajo del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2010). Es probable que estos datos indiquen desigualdades de género en las personas que acceden al tratamiento, con mujeres que tienen peor acceso al trabajo y más cargas familiares.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Una vez valoradas las desigualdades de acceso de las mujeres al tratamiento de las drogodependencias, y considerando el género como elemento de análisis imprescindible para la comprensión de los fenómenos sociales y como eje transversal para el desarrollo de las políticas y para la mejora de los servicios asistenciales, se plantea una investigación cualitativa a desarrollar desde la Escuela Andaluza de Salud Pública, en colaboración con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.

Se pretende analizar el conocimiento y expectativas que tienen las y los profesionales de la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia en relación con la incorporación de la perspectiva de género al abordaje de los problemas. A partir de aquí, se desarrollan recomendaciones que pueden facilitar el diseño e implementación de estrategias de intervención sensibles al género.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es conocer cómo se entienden las desigualdades de género desde los servicios de la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia, cómo se identifican tales desigualdades en la situación que viven las personas usuarias y en la propia atención profesional prestada, y, a partir del conocimiento adquirido, desarrollar algunas recomendaciones y pautas de actuación sensibles al género.

Específicamente, se pretende:

- 1) Analizar qué conocimiento tienen las y los profesionales andaluces de la Red de Drogodependencias acerca de la perspectiva de género.
- 2) Explorar la influencia del sistema de género en la exposición y/o vulnerabilidad a determinados factores de riesgo para la puesta en marcha del tratamiento con sensibilidad de género.
- 3) Estudiar las prácticas profesionales desde una perspectiva interseccional a fin de comprender qué elementos de la desigualdad social llevan al tratamiento.
- 4) Identificar nuevas formas de intervención y recoger propuestas profesionales para mejorar la atención a la drogodependencia en Andalucía desde el punto de vista del género.

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO

Se lleva a cabo un estudio de abordaje cualitativo con profesionales de la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia.

Este enfoque permite explorar las opiniones, percepciones, conocimientos y prácticas profesionales desde una perspectiva de género, así como permite entender los significados que las personas sujetos de estudio dan a sus acciones.

La metodología cualitativa es particularmente útil en la valoración de planes y programas de atención socio-sanitaria desde una perspectiva integral. Permite recoger información sobre las experiencias de las personas y las circunstancias de su entorno, lo cual brinda una oportunidad para la mejora continua de la organización y el tipo de intervenciones existentes. Es considerada la manera más apropiada para analizar un estado de situación y aproximarse a una realidad cambiante como lo es en el ámbito de la drogodependencia.

3.2. AMBITO

El estudio se realiza en el ámbito de Andalucía, quedando circunscrito a la población de profesionales de los recursos de los que dispone la Red de Atención a la Drogodependencia en las diferentes provincias andaluzas.

3.3. TÉCNICA

Se utiliza la entrevista en profundidad como técnica que permite recoger el discurso de cada participante de forma individual, y que posibilita la aparición de información sensible, así como facilita la participación profesional en la medida en que las personas entrevistadoras se adaptan a los espacios, tiempos y singularidades de cada participante.

3.4. DIMENSIONES DE ESTUDIO

De acuerdo a los objetivos se diseña un guión de entrevista ex profeso para el estudio, el cual se utiliza de forma flexible y se adecua a las características y contexto de cada participante.

El buen funcionamiento del guión en las primeras entrevistas realizadas en las provincias de Granada y Jaén ha permitido continuar su utilización en el resto de provincias. (Ver Guión en Anexo).

Las principales dimensiones de estudio contempladas en el guión de entrevista han sido:

- 1) Características diferenciales de usuarios y usuarias.
- 2) Factores de riesgo e impacto diferencial percibido en usuarios y usuarias.
- 3) Acceso a servicios y respuesta diferencial al tratamiento.
- 4) Intervenciones y prácticas profesionales diferenciales.
- 5) Propuestas y recomendaciones para una atención sensible al género.

3.5. PARTICIPANTES

3.5.1. Población

Se define como potencial participante a cualquier profesional de cualquier recurso o dispositivo de la Red de Atención a la Drogodependencia de las diferentes provincias andaluzas.

3.5.2. Diseño muestral

Se diseña una muestra intencional con 32 perfiles profesionales de acuerdo a la combinación de tres variables con previsible incidencia en los discursos. Estas variables que segmentan la muestra son:

- 1) Tipo de recurso de la Red Andaluza de Atención a la drogodependencia en Andalucía, considerando 5 categorías relativas a cada uno de los recursos de primer nivel, y a los diferentes recursos de apoyo y programas de forma conjunta:
 - a. Recurso de primer nivel: Centro provincial de Drogodependencia
 - b. Recurso de primer nivel: Centro de Tratamiento Ambulatorio
 - c. Recurso de primer nivel: Centro de Encuentro y Acogida
 - d. Recursos de apoyo (Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Centros de Día, Viviendas de Apoyo).
 - e. Programas de atención sociosanitaria (Administración de tratamiento con metadona o buprenorfina-Naloxona, Apoyo a Instituciones Penitenciarias) y programas de incorporación social (Asesoramiento jurídico-penal y Atención en Comisaría).
- 2) Disciplina profesional. Se entrevista a profesionales de las diferentes disciplinas que participan en cada tipo de recurso. En el conjunto de recursos son profesionales de la Psicología, Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Educación Social, y Derecho.
- 3) Sexo. Se entrevista a hombres y mujeres de cada uno de los perfiles establecidos según tipo de recurso y disciplina profesional.

Los perfiles resultantes de la combinación de estas tres variables (tipo de recurso, disciplina profesional y sexo) se han distribuido al azar en las diferentes provincias andaluzas, de tal manera que todo el territorio andaluz ha quedado representado en la muestra, considerando la inclusión de profesionales que atienden a población del ámbito urbano y rural, así como a profesionales que trabajan en centros públicos, privados o concertados. (Ver tabla, pg. 19).

Se ha recogido información sociodemográfica y laboral de cada participante, lo cual permite una descripción detallada de las características del conjunto de profesionales que ofrecen su opinión.

3.5.3. Proceso de selección de profesionales

El proceso seguido para seleccionar y acceder a las y los profesionales ha sido:

1. Contacto con los Centros Provinciales de Drogodependencia.

Desde la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, y desde la Escuela Andaluza de Salud Pública en nombre de la Consejería, se contactó vía correo electrónico, con las direcciones de los diferentes Centros Provinciales de Drogodependencia, para informarles del estudio y de los procedimientos de trabajo. Así también se solicitó su colaboración como enlace y puente de contacto con los perfiles asignados al azar a cada provincia.

2. Contacto telefónico con las direcciones de los Centros Provinciales de Drogodependencia, y ajuste de perfiles en cada provincia.

Tras el envío de información por correo electrónico, se realizó también un contacto telefónico con las direcciones de los Centros Provinciales de Drogodependencia, para clarificar cualquier cuestión o duda sobre el estudio o sobre los perfiles profesionales buscados.

Durante este proceso de contacto, y de acuerdo a la información facilitada por cada informante clave (dirección de los centros), se adecuaron los perfiles asignados al azar, a los perfiles realmente disponibles.

3. Recepción de datos de contacto de parte de los Centros Provinciales de Drogodependencia.

Cada Centro Provincial de Drogodependencia, previo contacto con centros específicos o perfiles propuestos, facilitó a la Escuela Andaluza de Salud Pública los datos solicitados.

4. Contacto telefónico con profesionales seleccionados/as y establecimiento de citas.

Desde la Escuela Andaluza de Salud Pública se contactó con cada profesional seleccionado, se ofreció directamente información sobre el estudio, se explicó el tipo de colaboración que se esperaba, y se garantizó la confidencialidad de la información que proporcionarían conforme a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. Además en este contacto se fueron acordando las citas para entrevista en el día, hora y lugar oportuno para cada profesional.

3.5.4. Distribución y características de la muestra de participantes

A continuación se presenta el total de perfiles profesionales definidos, así como la distribución de entrevistas en función de las distintas variables tenidas en cuenta (tipo de recurso, provincia, disciplina profesional, sexo, y características sociodemográficas).

Finalmente participa una muestra de 30 profesionales del total de 32 previsto inicialmente, pues dos de los perfiles comprometidos no pudieron responder en plazo. Este grupo de participantes supone una amplia representación de los perfiles profesionales que participan en la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia y da acceso a un abundante espectro de opiniones, que permite hacer un retrato de la diversidad de situaciones y contextos en los que se desarrolla la atención a personas con problemas de drogodependencia en Andalucía.

PERFILES DE PARTICIPANTES

PERFIL	RECURSO	DISCIPLINA	SEXO
Perfil 1	Centro Provincial de Drogodependencia	Medicina	Hombre
Perfil 2	Centro Provincial de Drogodependencia	Medicina	Mujer
Perfil 3	Centro Provincial de Drogodependencia	Psicología	Hombre
Perfil 4	Centro Provincial de Drogodependencia	Psicología	Mujer
Perfil 5	Centro Provincial de Drogodependencia	Trabajo Social	Hombre
Perfil 6	Centro Provincial de Drogodependencia	Trabajo Social	Mujer
Perfil 7	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Medicina	Hombre
Perfil 8	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Medicina	Mujer
Perfil 9	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Psicología	Hombre
Perfil 10	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Psicología	Mujer
Perfil 11	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Trabajo Social	Hombre
Perfil 12	Centro de Tratamiento Ambulatorio	Trabajo Social	Mujer
Perfil 13	Centro de Encuentro y Acogida	Psicólogo	Hombre
Perfil 14	Centro de Encuentro y Acogida	Psicóloga	Mujer
Perfil 15	Centro de Encuentro y Acogida	Trabajador Social	Hombre
Perfil 16	Centro de Encuentro y Acogida	Trabajadora Social	Mujer
Perfil 17	Centro de Encuentro y Acogida	Educador Social	Hombre
Perfil 18	Centro de Encuentro y Acogida	Educadora Social	Mujer
Perfil 19	Recurso apoyo (Unidad Desintoxicación Hospitalaria)	Enfermería	Hombre
Perfil 20	Recurso de apoyo (Unidad Desintoxicación Hospitalaria)	Enfermería	Mujer
Perfil 21	Recurso de apoyo (Vivienda de Apoyo a Enfermos de SIDA)	Medicina	Hombre
Perfil 22 ⁽¹⁾	Recurso de apoyo (Vivienda de Apoyo al Tratamiento)	Medicina	Hombre
Perfil 23 ⁽¹⁾	Recurso de apoyo (Comunidad Terapéutica)	Psicología	Mujer
Perfil 24	Recurso de apoyo (Centro de Día)	Psicología	Mujer
Perfil 25	Recurso de apoyo (Centro de Día)	Educador social	Hombre
Perfil 26	Recurso de apoyo (Comunidad Terapéutica)	Trabajo Social	Mujer
Perfil 27	Recurso de apoyo (Comunidad Terapéutica)	Educación Social	Hombre
Perfil 28	Recurso de apoyo (Vivienda de Apoyo a la Reinserción)	Educación Social	Mujer
Perfil 29	Programa Atención socio-sanitaria (Institución Penitenciaria)	Trabajador social	Hombre
Perfil 30	Programa Atención socio-sanitaria (Metadona)	Auxiliar enfermería	Mujer
Perfil 31 ⁽²⁾	Programa Incorporación social (Atención en Comisaría)	Trabajadora Social	Mujer
Perfil 32 ⁽²⁾	Programa Incorporación social (Asesoría Jurídico Penal)	Abogada	Mujer

¹ Estos dos perfiles han quedado finalmente sin incluir. Tras identificar, contactar y obtener el compromiso de entrevista escrita de dos personas que cumplían este perfil, no se obtuvo respuesta, a pesar de un reiterado seguimiento.

² Se habían previsto dos entrevistas con profesionales de distinto sexo para este tipo de recurso en la provincia asignada, pero sólo ha sido posible acceder a un perfil femenino repetido.

DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS POR PROVINCIA

La distribución de entrevistas por provincia es:

- Almería: 4
- Cádiz: 4
- Córdoba: 4
- Granada: 5
- Huelva: 1
- Jaén: 3
- Málaga: 4
- Sevilla: 5

DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS SEGÚN TIPO DE RECURSO

La distribución del total de entrevistas según el tipo de recurso es:

- Centros Provinciales de Drogodependencia: 6
- Centros de Tratamiento Ambulatorio: 6
- Centros de Encuentro y Acogida: 6
- Recursos de apoyo: 8
 - Comunidades terapéuticas: 2
 - Centros de Día: 2
 - Unidades de desintoxicación hospitalaria: 2
 - Viviendas de Apoyo a enfermos de sida: 1
 - Viviendas de Apoyo a la Reinserción: 1
- Programas de Atención socio-sanitaria y de Incorporación social: 4
 - Centro de dispensación de Metadona: 1
 - Institución Penitenciaria: 1
 - Asesoramiento jurídico penal: 1
 - Atención en comisaría: 1

TOTAL DE CENTROS PARTICIPANTES

El total de centros que en total participan son 28, la mayoría públicos:

- Centro Provincial de Drogodependencias de Almería
- Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz
- Centro Provincial de Drogodependencias de Córdoba
- Centro Provincial de Drogodependencias de Granada
- Centro Provincial de Drogodependencias de Huelva
- Centro Provincial de Drogodependencias de Jaén
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de El Ejido (Almería)
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de Jerez de la Frontera (Cádiz)
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de Las Moreras (Córdoba)
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de Fuente Palmera (Córdoba)
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de Andújar (Jaén)
- Centro de Tratamiento Ambulatorio de Antequera (Málaga)
- Centro de Encuentro y Acogida “Cruz Roja” de Almería
- Centro de Encuentro y Acogida “ADEAT” de Córdoba
- Centro de Encuentro y Acogida de Granada
- Centro de Encuentro y Acogida “Cruz Roja” de Málaga
- Centro de Encuentro y Acogida “Antaris” de Sevilla
- Unidad de Desintoxicación del Hospital Virgen de las Nieves (Granada)
- Centro de Salud “Virgen de la Capilla” (Jaén)
- Centro de Día de Almería
- Centro de Día “Juan XXIII” de Sevilla
- Comunidad Terapéutica “Entrerríos” de Mijas (Málaga)
- Comunidad Terapéutica “Los Garciagos”, Proyecto Hombre, de Jerez de la Frontera (Cádiz)
- Vivienda de Apoyo a Enfermos de SIDA “GERASA”, Chiclana (Cádiz)
- Vivienda de Apoyo a la Reinserción “JOMAD” (Málaga)
- Centro Penitenciario (Sevilla)
- Jefatura Superior Andalucía Occidental. Policía Nacional (Sevilla)
- Asesoramiento Jurídico Penal. Federación Andaluza ENLACE (Sevilla)

DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS SEGÚN DISCIPLINA PROFESIONAL

La distribución de entrevistas según la disciplina profesional es:

- Trabajo social: 9
- Psicología: 7
- Medicina: 5
- Educación social: 5
- Enfermería: 2
- Auxiliar de enfermería: 1
- Derecho: 1

DISTRIBUCIÓN DE ENTREVISTAS POR SEXO

La distribución prevista de entrevistas por sexo es:

- Hombres: 14
- Mujeres: 16

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

Las características de las personas entrevistadas son:

- **EDAD:** Tienen una edad media de 48 años, en un rango de 32 a 61 años.
- **ANTIGÜEDAD LABORAL:** Llevan una media de 18 años en el puesto de trabajo, en un rango de 2 a 33 años.
- **TITULARIDAD DEL PUESTO DE TRABAJO:** El 69% de las personas participantes son titulares del puesto de trabajo que ocupan ahora.
- **FORMACIÓN EN GÉNERO:** El 27% dice haber realizado por cuenta propia algún curso puntual relacionado con la perspectiva de género o bien ha visto indirectamente este tema en alguna formación sobre otra materia. El 17% afirma haber recibido formación específica en género, siendo éste un grupo joven entre el total de participantes.

3.6. PROCESO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

Tres investigadoras del equipo de trabajo han guiado el total de entrevistas realizadas.

Desde el 6 de julio hasta el 22 de octubre se ha llevado a cabo el trabajo de campo. Dados algunos inconvenientes para cuadrar agendas y concertar citas con cuatro de las personas contactadas, finalmente se determinó la recogida de información de tales perfiles por escrito. Es decir, se enviaron por correo electrónico las preguntas de interés y fueron respondidas y devueltas por el mismo medio. Dos de los envíos no se recibieron. En los seguimientos realizados se argumentó falta de tiempo para cumplimentar la entrevista.

La información recogida en las dos entrevistas escritas no ha supuesto un sesgo para el estudio, en la medida en que se ha podido comprobar la reiteración de la información facilitada por este medio respecto a la recogida en entrevistas presenciales previas.

El total de participantes en el estudio dio su consentimiento para que las entrevistas pudieran ser grabadas en audio, las cuales tuvieron una duración media de 45 minutos.

En general el grupo de informantes ha mostrado una alta motivación para participar, sensibilidad con el objeto de estudio, y una actitud positiva y de colaboración para ofrecer cuanta información se necesitara acerca de los recursos.

Ha reflejado gran compromiso, entusiasmo, vocación social e implicación profesional. Reivindican y defienden los derechos de sus usuarios y usuarias, no quieren que se les considere “enfermos/as de segunda”, ni que se les prive de los recursos que necesitan, y se muestran sensibles con las especiales necesidades de las mujeres. Puntualmente, fuera del tiempo de entrevista, se ha mencionado la injusta triple discriminación de mujeres gitanas con problemas de drogodependencia que por normas culturales tienen que esconder especialmente su adicción.

Ha sido una constante en el grupo de participantes el querer explicar la labor que realizan, invitando a las entrevistadoras a conocer en mayor profundidad los centros y el personal que en ellos trabaja. Se ha tenido contacto con usuarios y usuarias de los centros y se ha observado la presencia de niños en las salas de espera.

Las entrevistas han tenido un tono distendido, relajado, cercano, sincero, amable, incluso con muy buen humor. En general los discursos han sido en general muy elaborados, algunos otros más escuetos, a veces presionados por urgencias laborales.

Durante las entrevistas, han tenido lugar algunas interrupciones telefónicas o de otras personas que accedían a los despachos donde se realizaban y, puntualmente, se escuchaban gritos y voces, en aquellos centros ubicados en zonas marginales. No obstante, estas circunstancias no han supuesto ningún obstáculo en la recogida de información.

Se ha observado una importante variabilidad en el estado de las instalaciones visitadas, desde instalaciones adecuadas que daban una impresión positiva, hasta instalaciones muy austeras, con limitación de espacios y recursos. En algunos centros se han observado medidas de seguridad relacionadas con la estancia de menores.

Algunos y algunas profesionales han manifestado preocupación e interés porque se traslade la difícil ubicación que tienen algunos centros, en zonas inseguras a las que no se puede acceder con transporte público, y con mucha conflictividad social alrededor. También se han quejado a las instituciones por la falta de consideración hacia sus necesidades de formación y de mejora de competencias, frente a profesionales de atención sanitaria, quienes dicen gozar de más privilegios.

3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez transcritas las entrevistas individuales por un equipo administrativo, se procede a analizar progresivamente la información obtenida.

Se utiliza el método hermenéutico, comenzando con la lectura general de las transcripciones para tener una visión global del fenómeno. Se identifican los temas y categorías emergentes y ejemplos textuales. Se contrastan los contenidos comunes y no comunes que aportan cada perfil y sus significados. La saturación de los discursos supone un indicador de validez de los resultados.

3.8. ALCANCE DEL ESTUDIO

La riqueza informativa que proporciona el diseño cualitativo, tanto en cantidad de información como en diversidad de la misma, no se puede lograr recurriendo a cualquier otra metodología. Sobre todo, resulta revelador el método cuando no se ha explorado previamente el objeto de estudio en el contexto que nos ocupa.

Se ha tenido la posibilidad de conocer con matices la opinión de profesionales acerca de la atención prestada a personas con problemas de drogodependencia en Andalucía. Esto resulta de gran utilidad para el diseño de medidas encaminadas a mejorar la calidad de la atención a los problemas de drogodependencia desde una perspectiva de género.

3.9. LIMITACIONES

Como en cualquier abordaje cualitativo, la información obtenida corresponde a la opinión del conjunto de participantes seleccionado, sin pretender la extrapolación de las conclusiones a toda la población de referencia.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las personas participantes han sido informadas adecuadamente sobre el estudio, tanto a través de las direcciones de los Centros Provinciales de Drogodependencia, como del equipo de trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se recogió su consentimiento verbal para participar y para que la información proporcionada fuera grabada en audio, así como se garantizó el uso confidencial de la información ofrecida, siempre limitada a los fines del estudio, con arreglo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de carácter personal.

4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las entrevistas profesionales realizadas. El análisis de la información ha permitido identificar categorías y subcategorías de contenido para cada una de las dimensiones de estudio. (En Anexo 2 se puede ver un resumen del conjunto de categorías de contenido extraídas de las entrevistas).

Se describen todos los hallazgos con apoyo de frases textuales del grupo de participantes.

Se ha extraído toda la variabilidad de temas tratados, independientemente de que cada punto temático corresponda a la opinión de una o varias personas.

En cada apartado se identifican subcategorías de contenido específicamente relacionadas con diferencias de género o con aspectos que atañen concretamente a las mujeres. No obstante, el grupo de participantes ha mantenido un discurso más amplio sobre la atención a la drogodependencia, es decir, que concierne a más aspectos de los estrictamente relacionados con la perspectiva de género en la atención a la drogodependencia.

4.1. NUEVOS PERFILES DE DROGODEPENDENCIA

En los discursos profesionales sobre las personas que acuden a los servicios de atención a la drogodependencia, cabe destacar una mayor afluencia de mujeres en la actualidad, que sobre todo consumen alcohol y psicofármacos. En general se hace referencia a la incorporación de nuevos usos y abusos de sustancias, tomando como referencia la heroína como sustancia protagonista en el pasado. Se identifican nuevos grupos de población que acuden a los servicios, dando cuenta de la extensión del consumo dependiente de sustancias entre población de diferente procedencia social. Esto se interpreta como una respuesta a la baja peligrosidad percibida de sustancias legales e ilegales que existe en el conjunto de la sociedad, así como puede interpretarse como una “menor estigmatización” actual de la drogodependencia, que en la actualidad se refleja en una mayor búsqueda de ayuda entre grupos sociales que en el pasado no se acercaban a los servicios públicos.

4.1.1. Crisis de heroína y aumento de otros consumos de drogas

Ellos consumen todo tipo de sustancias // Ellas psicofármacos y alcohol

El conjunto de profesionales entrevistados identifica un importante cambio en el tipo de adicciones que se producen en la actualidad, en comparación sobre todo con los años ochenta del siglo XX, época de mayor impacto del consumo abusivo de heroína que sigue siendo el referente entre las personas profesionales entrevistadas a la hora de hablar de “tendencias”. Desde esa perspectiva, es recurrente la opinión sobre el descenso significativo del consumo de heroína, como principal variación en la situación actual.

“El perfil últimamente ha cambiado considerablemente, antes era un perfil totalmente adicto a drogas vía parenteral y ahora eso es ya el remanente que nos queda afortunadamente. Afortunadamente en el sentido que no han fallecido” (2)

A partir del descenso en el consumo de heroína, asociado a la aparición del VIH y al recurso del tratamiento con metadona, se empieza a ver un incremento en la demanda de servicios por consumo de otras sustancias. La inmensa mayoría destaca el consumo de

alcohol como el que más drásticamente se ha incrementado, quizás por su menor coste económico. También se menciona la cocaína y el cannabis. El consumo de psicofármacos, en ocasiones prescritos en los servicios sanitarios, se ha incrementado sobre todo en mujeres. El poli-consumo, es decir, la combinación de diferentes sustancias, entre las que suele estar el alcohol, es un fenómeno en aumento según los discursos profesionales.

“Ya no es el perfil de heroinómano de los años 80-90, ahora hay un perfil con consumo de alcohol, cocaína y nuevas sustancias, como son drogas de diseño” (15)

“Pues ha cambiado el perfil, la verdad, evidentemente el consumo de heroína, lo que fue la pandemia de heroína que existió en los años 80 y primeros de los 90, que acabó casi con una generación de drogodependientes, bueno pues eso produjo el efecto sida, y eso llevó a un cambio en los consumos y entonces durante mucho tiempo hemos estado que prácticamente no venían los heroinómanos, sí muchos cocainómanos, y poco a poco vienen alcohólicos, más alcohólicos, se va incrementando el número de gente con problemas de alcohol” (5)

“Bueno, el perfil ya ha cambiado mucho. ... cuando yo empecé a trabajar en drogodependencia el problema básico era la dependencia de heroína y ahora la verdad es que está cambiando mucho el perfil. Sobre todo con la aparición de la metadona disminuyó mucho el consumo de la heroína, pero empezaron a subir otros consumos, que ya existían pero no eran tan evidentes, como la cocaína. El cannabis siempre ha estado ahí, lo que pasa es que no se le ha dado importancia. El alcohol también está subiendo muchísimo, a nivel de demanda.... Sobre todo cocaína, cannabis y alcohol” (8)

“Ha habido un aumento considerable de personas que acuden por problemas con el alcohol” (12)

“Ahora nos encontramos con pacientes de cierta edad que son consumidores de benzodiazepinas” (26)

“Encabeza la lista la adicción a alcohol, seguida de cocaína y THC, y muchos de ellos son policonsumidores” (9)

“Tenemos muchos politoxicómanos” (28)

“El alcohol está casi siempre presente en todas las sustancias” (24)

“Hay mucha gente que ha cambiado la heroína o la cocaína por el alcohol porque tiene más fácil acceso, es más barato” (18)

“Yo creo que el tema del alcohol ha aumentado también porque es lo más barato, irte y comprarte una caja de vino o una litrona y mezclarlo con las pastillas, que a lo mejor tu médico de cabecera te receta para el tema de salud mental, pues eso mezclado es una bomba y al final es la forma más barata de colocarse, digámoslo así” (16)

Entre los discursos profesionales hemos encontrado referencia a la emergencia de un nuevo tipo de consumo incontrolado de opiáceos, que empiezan a consumirse como analgésicos y finalmente acaban generando adicción.

“Últimamente nos hemos encontrado adicciones a opiáceos de gente “normal” que por dolencias generalizadas se han hecho adictas a los opiáceos como analgésicos” (20)

Como resultados poco concluyentes, se han identificado comentarios divergentes acerca del consumo de heroína y cocaína. Ha aparecido alguna opinión sobre el “repunte” del consumo de heroína en la actualidad, incluso de un aumento de intercambio de jeringuillas entre usuarios de centros que trabajan para la reducción de daños. Y sobre el consumo de cocaína hay percepciones divididas entre quienes aprecian un decremento y quienes afirman un aumento.

“Lamentablemente, en los últimos años hay como un retroceso a la heroína. Es muy curioso” (28)

“Está habiendo un aumento, un pico en el intercambio de jeringuillas, de dos añillos para acá incluso más en el último año, sí ha habido un incremento, vamos de hecho siempre solicitamos a Salud y este año nos hemos quedado sin ellas, que estamos comprándolas, porque ya no nos ha bastado con las que nos ha dado Salud” (16)

“Lo que es la venopunción, las jeringuillas y tal, llegó un momento como que había desaparecido, pero luego hemos notado un repunte, que empezaba la gente otra vez a pincharse. De hecho, nosotros repartimos kits con jeringuillas a quien quiere... se hace un intercambio de jeringuillas, nos las dejan y le damos otras...” (18)

“La cocaína ha descendido un poquito, pero sigue estando ahí” (24)

“Lo que sí ha crecido es el tema de la cocaína principalmente” (12)

Las adicciones sin sustancias se han mencionado como un fenómeno emergente en algunas de sus categorías, por ejemplo, la adicción a internet y a nuevos recursos tecnológicos.

“Se empiezan a dar adicciones sin sustancias. Se están atendiendo conductas de ludopatía, adicción a Internet, videojuegos, compras compulsivas. Están entrando muchos perfiles y la situación está cambiando a ese nivel” (3)

4.1.2. Aumento de la presencia de mujeres en los servicios de atención a la drogodependencia

Aunque la mayoría de profesionales afirma que acuden a los servicios más hombres por consumo de todo tipo de sustancias, se ha identificado un aumento de mujeres que

solicitan ayuda, sobre todo por problemas relacionados con el consumo de alcohol y benzodicepinas, o ambas sustancias combinadas.

"Pues yo diría que de hace unos años a esta parte lo que ha cambiado es que se han diversificado mucho los perfiles, es decir, se atiende a más mujeres que se atendían antes, o sea antes llegaba menos la mujer a pedir ayuda y ahora tenemos a muchas más mujeres en atención" (12)

"Respecto al género femenino, serán entre un 25 o 30% del total. Las atendemos por problemas relacionados con alcohol, y en menor medida las atendemos por problemas relacionados con psicofármacos y cocaína" (9)

"Se atienden muchos más hombres, porque son más consumidores de todas las sustancias, excepto tranquilizantes, benzodicepinas, hipnóticos o ansiolíticos. Ahí el porcentaje de mujeres que consumen es mayor" (10)

"Las mujeres suelen venir sobre todo por dependencia al alcohol y a benzodicepinas. Los psicofármacos están aumentando en las mujeres una barbaridad, sobre todo el Alprazolam. Está a la orden del día. Y demandan eso, sobre todo porque tienen mucha ansiedad, y demandan o bien tratamiento por dependencia, que lo derivan los médicos de primaria o bien ellas porque ya ven que se les va de las manos. Y el tema del alcohol, porque hay muchas mujeres que está aumentando también curiosamente" (8)

"Tenemos ahí un grupo importante de mujeres con tema de alcohol más drogas "legales", podríamos decir tóxicos legales, las "benzo" y el alcohol" (24)

"El perfil es mujer de mediana edad, con problema de alcohol y alguna pastilla, cannabis también pero en menor cantidad, no de otro tipo de sustancias, primordialmente alcohol, pastillas, pastillas me refiero a benzodicepinas" (2)

"Hablamos de personas que tenían una normalidad, y que de repente empiezan a abusar del consumo de alcohol y que empiezan a tener problemas y acuden a los centros. Y antes era una cosa que se quedaba más en el ámbito familiar y no solicitaban ayuda" (12)

"En mujeres es sobre todo alcohol y benzodicepinas, bien mezcladas en la mayoría de los casos o bien por separado" (17)

Distintas personas entrevistadas tienen opiniones divergentes respecto al consumo que hacen actualmente las mujeres de la cocaína. A continuación presentamos algunas de las consideradas más significativas.

"El consumo de revuelto, cocaína y heroína, es muy raro, a lo mejor viene una de cada veinte, es muy extraño... También vienen algunas que comienzan a consumir de forma lúdica, y mezclan cocaína y tal, pero no es el perfil más habitual en las mujeres" (20)

"Y la mujer sin embargo... toma pastillas, ... y es más consumidora de base de cocaína" (6)

"Particularmente, el perfil de las mujeres atendidas viene determinada por la consumidora de alcohol de mediana edad con un consumo oculto y solitario más comúnmente dentro del hogar, y la mujer más joven rondando a los 30, consumidora de cocaína por vía intranasal" (4)

La feminización del consumo de tabaco es otra tendencia identificada.

“Da la impresión de que el hombre se está quitando y la mujer incorporando en temas de tabaco” (3)

En algunos recursos específicos, donde se atienden a personas en situación de exclusión social (comunidades terapéuticas o centros de encuentro y acogida), se ha detectado también un incremento de afluencia de mujeres. Se comenta incluso una inversión en la distribución por sexo o un mayor ingreso percibido de mujeres en comparación con otros servicios.

“La proporción de mujeres ha aumentado, en estos últimos años ha aumentado... o que a lo mejor simplemente es que vienen más. Que antes venían de forma más esporádica y ahora vienen de forma diaria” (18)

“El perfil ha variado en los últimos años. Por ejemplo, ahora tenemos más ingresos de mujeres que de hombres” (28)

“Yo voy viendo todos los días la gente que va llegando y el porcentaje de mujeres es muy alto, es mucho más alto que en el centro ambulatorio” (13)

Así mismo, en este tipo de centros se detecta una mayor afluencia de mujeres transeúntes en los últimos años, y mujeres con un importante nivel de deterioro físico y psicológico.

“De lo que nos hemos dado cuenta desde que abrimos esto hasta ahora es que el número de mujeres transeúntes ha aumentado... antes las mujeres venían de forma más esporádica y ahora más seguido” (18)

“Pues las mujeres que suelen venir aquí son mujeres que vienen bastante deterioradas y dañadas tanto física como psicológicamente, son mujeres maltratadas, muchas con hijos...” (27)

4.1.3. Personas de mediana edad y personas cada vez más jóvenes

En términos de frecuencia se percibe que la edad media en consulta es ahora más alta que hace años. Ahora acuden sobre todo personas de 30 a 50 años de edad.

“Normalmente suelen ser personas de una edad principalmente no joven, normalmente una edad media entre 30 y 40 años” (5)

“Las mujeres tienen una edad comprendida entre 40 y 50 años” (9)

“Los programas más tradicionales son para personas de cualquier tipo de edad, la edad media siempre hablamos de entre los 30-45 años” (15)

En algunos servicios específicos, donde se atiende a antiguos consumidores de heroína, entienden que la edad media de los usuarios hombres está aumentando en la actualidad, haciendo referencia incluso a usuarios de hasta 60 años. Y cuando se pregunta por las posibles diferencias de edad entre hombres y mujeres, se señala que la edad es más baja en mujeres que en hombres.

“Hay una media importante de edad,son de mediana edad..... hombres que ya llevan una historia de alcohol importante, o bien son personas que anteriormente estaban con heroína, opiáceos, etc., que vienen arrastrando... eso es lo que tenemos” (24)

“La edad en el caso de las mujeres yo creo que baja un poquito, son más jóvenes que la media de los hombres” (13)

“La edad de los hombres... su edad es de los 40 a los 55 años” (18)

Junto a la mayoría de personas de edad media, se está atendiendo a jóvenes. Se percibe una importante preocupación profesional por la disminución progresiva de la edad de jóvenes que acuden a los servicios. Consideran que el consumo de sustancias se está iniciando más precozmente, sobre todo el alcohol y el cannabis.

“Empiezan con el alcohol antes, con lo cual también acaban viniendo antes, en algunos casos” (2)

“Ha empezado a aparecer un poco de preocupación con niñas adolescentes, cuando se están lanzando al consumo” (12)

“Los varones suelen ir de todas las edades, desde gente muy joven, tenemos usuarios con 13 o 14 años que están viniendo a los centros por consumo de cannabis..... Mujeres también hay de todas las edades, es decir, estamos viendo chavalas que consumen cannabis de 17, 18, 19 años” (10)

“Se están atendiendo jóvenes con problemas de cannabis, bastantes” (6)

“Si son jóvenes consumo de cannabis. Es la demanda que está habiendo” (1)

“Los hay bastante jóvenes, cada vez más jóvenes” (12)

No obstante, es común entre las personas entrevistadas percibir que son menos los chicos y chicas que piden ayuda del total de jóvenes que pueden estar consumiendo de forma incontrolada, partiendo de las características de riesgo de la gente joven, y teniendo en cuenta que el ocio está asociado al consumo de sustancias.

“Sí que es verdad que los chicos jóvenes siguen sin llegar al recurso de atención, ... sabiendo que la gente joven sigue como siempre teniendo contacto con el mundo de las sustancias” (12)

En las edades más jóvenes, se percibe que la distribución por sexo se está acercando progresivamente, sobre todo en el consumo joven de alcohol, cannabis y tabaco.

“Ahora se está viendo que hay una convergencia en la cantidad de usuarios y usuarias de distintas sustancias, por ejemplo en el caso del alcohol hay tantas chavalas como chavales jóvenes, y en el caso del cannabis casi también. Hay una equiparación, una igualación en la cantidad de usuarias y usuarios en sustancias como el alcohol, cannabis y tabaco. En otras sustancias hay más diferencias” (10)

4.1.4. De los entornos de mayor marginalidad a los ambientes más acomodados

Las personas entrevistadas creen que existen diferencias en los perfiles sociales de las y los usuarios según el tipo de servicio. En algunos servicios, por su definición, se atiende específicamente a personas con un mayor nivel de deterioro a todos los niveles (social, familiar, económico y físico), mientras en otro tipo de servicios se atiende una mayor variabilidad. Ahora bien, según la experiencia del conjunto de profesionales consultado, el tipo de perfiles ha cambiado en general de acuerdo a factores socioculturales, de tal manera que hoy en día se percibe mayor diversidad de perfiles sociales, atendándose cada vez más a personas de ambientes “normalizados”.

“Podemos encontrarnos personas que viven en el seno de una familia completamente normal, y nos podemos encontrar gente que está completamente en la calle” (15)

Sin estudios, sin trabajo, sin dinero (Ellos desempleados // Ellas amas de casa)

Con frecuencia se describe que las personas que acuden a los servicios tienen un bajo nivel de estudios, escasas experiencias formativas y laborales, e importantes problemas económicos. Aunque quizás en nuestros días aún prevalece el estereotipo, este perfil social percibido corresponde fundamentalmente al de personas que en el pasado tuvieron dependencia de la heroína.

“La mayoría tienen estudios primarios o no terminados generalmente, y con poca o nula formación específica, con apenas trabajo fijo o si existe es precario... Hay una gran problemática económica pues la mayoría no dispone de recursos económicos regulares y/o no disponen de prestación social alguna” (9)

“Suelen ser personas que no tienen experiencias profesionales intensas, que han trabajado poco y además han estudiado poco” (21)

Apuntan que algunos hombres viven de algún empleo autónomo precario o trabajan en el mercado negro, aunque sobre todo se identifica a hombres que están desempleados en la actualidad, pero que tuvieron empleo en algún momento del pasado, por ejemplo, en la hostelería, agricultura o la construcción. Específicamente se apunta la construcción como un sector altamente asociado a personas que consumen diferentes sustancias psicoactivas.

“La mayoría tiene unas características de un nivel cultural bajo, la mayoría tiene un nivel de estudios o nivel de formación bastante bajo” (5)

“Muchos han trabajado en la construcción. El mundo de la construcción parece.., que yo que sé, les da mucho por fumar cocaína o equis sustancia” (28).

Se señala que gran parte de las mujeres se dedican al trabajo del hogar, tienen cargas familiares, carecen de formación y experiencia laboral, y son dependientes económicamente.

“La mujer ha trabajado menos fuera de casa, fuera del hogar, y claro, qué ocurre, que las mujeres al no haber tenido experiencia laboral les cuesta mucho más encontrar un trabajo, dependen de otras personas” (28)

“Mujeres de mediana edad dedicadas a las tareas de casa y sin una trayectoria laboral, sino dedicándose al cuidado de la familia” (11)

“Normalmente suelen ser amas de casa las que siguen acudiendo a tratamiento, si” (1)

“Ellas son amas de casa con hijos a cargo” (9)

“Si, normalmente son personas con nivel formativo pues que no han llegado a graduarse, en la ESO hoy en día, o en la EGB antes” (32)

Desde el servicio de asesoramiento jurídico-legal se apunta el bajo nivel sociocultural como un hándicap importante a la hora de resolver trámites burocráticos en relación con aspectos jurídicos.

“Como suelen tener un perfil educativo-formativo bajo, les cuesta mucho trabajo llegar a comprender toda la documentación jurídica que les llega. Entonces nos faltan manos, boca y oídos para intentar ayudarlos de alguna manera. La burocracia puede conmigo que soy profesional, con ellos más todavía, ...y bueno pues la terminología jurídica, pues puede con ellos evidentemente” (32)

Personas procedentes de ambientes “normalizados” (con estudios, con empleo)

Junto a los perfiles anteriores, se señala cómo en la actualidad acceden a los servicios de drogodependencia personas con un nivel de estudios medio-alto, en cuyas familias no existen antecedentes de adicciones. Son recurrentes los comentarios acerca de nuevos perfiles de usuarios y usuarias con una vida laboral activa. Se habla de personas que mantienen relaciones sociales alejadas del ambiente más marginal y estigmatizado asociado a la venta y consumo de drogas, y que tienen un buen nivel de información en cuanto al acceso a los servicios. Algunos/as los denominan perfiles “remanentes” para hacer notar el cambio social al respecto, esto es, la llegada a consulta de estos perfiles menos frecuentes en el pasado y aún hoy.

En relación con las diferencias de género, en los nuevos perfiles aparecen varones y mujeres que rompen con el estereotipo de “drogodependiente” de décadas anteriores.

“A nivel socioeducativo hay mucha variedad, es decir ya no se atiende sólo a la marginalidad si no que se atiende a perfiles sociales muy normalizados, entonces en ese perfil también hay más variedad... no sólo llegan los marginales, ni muchísimo menos, sino que más bien las drogas legales y los perfiles sociales más normalizados también ahora acuden diariamente a las consultas” (12)

“Ha cambiado un poco el nivel sociocultural del paciente. Antes era un paciente más marginal, más de ambiente delictivo, más de una familia de antecedentes de consumo y hoy día viene un paciente más normalizado, de una clase media alta que también recurre a los centros de drogodependencia” (26)

“Hay un perfil también de personas, tanto hombres como mujeres que son de familias normalizadas” (8)

El perfil actual de las personas con problemas de drogodependencia ha variado desde los años 90 que yo inicié mi andadura en este trabajo. Ahora están menos deteriorados físicamente y tienen un grado menor de marginación que el consumo de heroína y cocaína por vía parenteral conllevaba” (4)

“Ahora acuden personas desde amas de casa a personas con una estabilidad laboral y que de repente consumen cocaína y se les escapa un poco de las manos y acuden al tratamiento, entonces en eso ha cambiado el perfil.... Y del mismo modo que antes eran personas que estaban en un círculo donde los amigos con los que ellos se relacionaban eran en su mayor parte consumidores, ahora las relaciones son en la mayor parte de los casos, relaciones normalizadas. Conocen los recursos, conocen los servicios, participan como cualquier otra persona normalizada de la vida comunitaria y en este sentido ha cambiado la cosa, claro” (12)

“Yo tengo un remanente bastante grande de mujer con trabajo. O sea que no es la típica ama de casa, no sólo, yo tengo muchas mujeres con problemas de alcohol y benzo, con una vida laboral activa” (2)

“Yo recuerdo en los años iniciales, pues que era como que en drogas veías personas sin dientes, canijos, pelo ralo, mal vestidos, sucios, marginal. Hoy en día ese perfil ha

evolucionado hacia cualquier estamento de la sociedad: hijos de jueces, gente en un nivel sociocultural y económico alto, que no tiene por qué ser... Antes asociábamos eso, drogodependiente: mal vestido, mala pinta, marginal. Y no, ahora, me quedo sorprendida, ves personas normales con su trabajo, muchos también de la construcción, muchos de la construcción se han visto envueltos en esa burbuja inmobiliaria, que nos ha cogido a todos, pero a ellos más, personas sin formación académica que de repente han pasado a cobrar 3.000 o 2.500 euros al mes, se han metido en unas casonas, se han metido en unos coches, se han metido en cocaína y ahora se ven que todo su mundo se ha caído y se han quedado enganchados a la cocaína o cualquier tipo de droga, de eso hay mucho” (32)

En este sentido, también se comenta con frecuencia la presencia de menores que acompañan a sus padres en las consultas como si de cualquier otra “consulta profesional” se tratara. Algunos de los profesionales ven así una cierta “normalización” en el tratamiento de las drogodependencias en la Red Andaluza.

“Las personas que vienen a este servicio pueden ser mi primo, tu vecino, tu hermano, el compañero de trabajo. Es decir, es una sociedad más normalizada, no de un entorno marginal... A mí me llama la atención y me hace pensar cuando vienen madres y padres y vemos en el servicio tres o cuatro niños por ahí danzando, pues alguien que viene con un bebe, otro más pequeño. Tenemos material y todo para que un poco los niños puedan estar distraídos. Eso anteriormente nos chocaba. Son familias normales donde el tema de la adicción de un tipo o de otro pues está afectando” (24)

Personas procedentes de otros países

En los Centros de Encuentro y Acogida se ha mencionado también el aumento de atención a población procedente de otros países.

“También es verdad que el perfil ha cambiado mucho en cuanto a que antes la mayoría eran nacionales y ahora estamos cerca de alcanzar la mitad en población árabe y de Europa del Este. No te puedo decir el porcentaje exacto pero sí es verdad que en un 30 ó un 40 está rondando la población árabe y de Europa de Este” (17)

4.2. FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

El conjunto de profesionales cita diferentes factores extrínsecos e intrínsecos que predisponen o desencadenan el consumo dependiente de sustancias psicoactivas.

Como factores extrínsecos, se mencionan la influencia del entorno inmediato y de las normas culturales que vinculan interesadamente consumo de sustancias con diversión y éxito social, en un contexto en el que hay un fácil acceso a drogas, una importante desinformación sobre éstas, una baja peligrosidad percibida, y una falta de alternativas de ocio libre de consumo. Además, se identifican importantes déficits en la promoción de habilidades personales y de convivencia que permitan afrontar la presión grupal y superar las normas culturales imperantes. Se apunta una doble dificultad de las mujeres para afrontar las presiones externas en torno al consumo, en un contexto en el que se confunde igualdad de género con la adquisición de comportamientos tradicionalmente masculinos que suponen la asunción de riesgos para la salud.

Se identifican como factores intrínsecos que pueden predisponer la drogodependencia, las características biológicas y psicológicas de las personas. Estos factores se relacionan en mayor medida con la adicción de las mujeres. Una mayor dependencia emocional atribuida a las mujeres, así como un perfil psicológico construido a partir de la vivencia de situaciones adversas, se consideran factores estables que predisponen la adicción.

Entre los factores que desencadenan o incrementan el consumo dependiente, se han señalado la vivencia de pérdidas o rupturas. En el caso de los hombres, la pérdida de empleo se señala como pérdida de estatus masculino de acuerdo a normas tradicionales de género. Y en el caso de las mujeres, la ruptura o pérdida de relaciones se entiende como vivencia que conlleva malestar emocional y desencadena el consumo dependiente.

4.2.1. Factores que predisponen el consumo dependiente

Influencia del entorno social y familiar

Creer y/o residir en un ambiente con acceso fácil a las drogas y/o cercano a situaciones de drogodependencia, así como el modelado por parte de familiares o personas del entorno inmediato, se entienden como importantes factores de riesgo que predisponen el consumo incontrolado de sustancias.

“El inicio creo que se debe al ambiente en el que se mueven, si han visto o tienen antecedentes o familiares en los que haya existido ese consumo de alcohol o de drogas. Pero, sobre todo, el ambiente social en el que se muevan... La mayoría viene de zonas donde se maneja mucho la droga” (19)

“Sí que es verdad que cuando hay antecedentes de familiares, antecedentes de consumo, sí que en muchas ocasiones se repite el patrón” (26)

“Familias malas, de mal nivel cultural y desestructuradas. También si proceden de una zona donde hay más tráfico de drogas...pues eso lo lleva al desastre” (21)

El entorno de referencia se considera un factor de riesgo tan relevante que supone uno de los principales obstáculos a superar para lograr la inserción social libre de consumo de drogas.

“Tenemos comprobado que si vuelven al mismo ambiente luego vuelven a ingresar” (20)

Influencia de las normas culturales sobre ocio, desinformación y fácil acceso a drogas

Se argumenta que el consumo dependiente está influenciado por normas culturales actuales que, por intereses economicistas entre otros, sostienen la vinculación de diversión y éxito social con consumo de drogas y asunción de riesgos. El consumo de drogas inicialmente controlado y utilizado únicamente para el ocio, finalmente acaba generando dependencia y ocupando todas las esferas de la vida.

“El inicio del consumo se puede dar perfectamente por algo cultural, y eso lo sabemos mucho por el alcohol. El alcohol está totalmente aceptado por la sociedad, no hay una celebración que no lleve consumo de alcohol” 15

“El alcohol es una sustancia que está disponible, sobre todo en los pueblos del interior, de lo que nos llega de la comarca, de pueblos pequeños... el alcohol es un elemento social.... Esa cultura que está tan presente en todos los ámbitos. Las personas que vienen ahora con problemas comenzaron a tomar alcohol como una cosa normal, y posiblemente por problemas familiares, sociales han ido avanzando en el consumo, y de repente se dan cuenta de que es complicado hacer una vida normal si no consumen” (11)

“Vivimos en una cultura del alcohol. Está presente en nuestro modo de vida, pero que tiene su poder adictivo evidentemente” (24)

“El alcohol en nuestra sociedad es algo que relacionamos con fiesta, diversión, alegría, amistad, relaciones sociales, es decir, tiene un montón de connotaciones positivas. Y de hecho, además más así lo tenemos todo el mundo por lo tanto mmm.... De hecho, igual que a nadie le gusta el primer cigarro, a nadie le gusta el primer vino o la primera cerveza, ... ahí las motivaciones son sociales, son ... culturales, el acceder a eso” (7)

La asociación de diversión y consumo tiene lugar en un momento social en el que las sustancias están muy accesibles, existe poca información sobre su impacto, y no se perciben como peligrosas. Todo ello es apoyado por los medios de comunicación. Se cita, por ejemplo, cómo el consumo del cannabis se ha normalizado de tal manera que se ha pasado de un consumo puntual ligado a fiestas, a un consumo social continuado.

“Lo que favorece el inicio realmente es que hoy día la droga está a pie de calle a todos los niveles, tanto en la puerta de las escuelas, en el caso del alcohol en los bares, están ahí a la orden del día, y como además no está mal visto. Yo creo que es la facilidad con la que hoy día se tiene el acceso a la droga” (8)

“La permisividad el consumo de drogas en su ambiente socio familiar, la disponibilidad del dinero, el entorno social...” (9)

“La disponibilidad que hay hoy en día de las sustancias es bastante. Es llamativo ¿no? El precio también. Aunque estamos en un periodo de crisis y parece que no, pero consumir cocaína por ejemplo o alcohol es relativamente barato. Un gramo puede costar 40 o 50 euros y cualquier chaval puede (acceder)... La imagen social que se tiene de falta de peligrosidad, tanto del cannabis como de la coca. Cuando todavía sigue el perfil de la heroína, que supone un consumo más deteriorante en gente más marginal; sin embargo la cocaína pues está más metida en el mundo actual, no se percibe el riesgo” (1)

“Pues yo creo que aquí lo que hay es mucha oferta y mucha desinformación. Mucha oferta de muchos tipos de drogas y mucha desinformación. También los medios de comunicación, ... parece que todo lo que sale por la tele o por Internet es muy guay, vale mucho y es estupendo porque lo dice Internet... En adolescentes y jóvenes, esa capacidad para poder discriminar de lo que me viene bien o no me viene bien, que además buscan situaciones muchas veces límites, riesgos.. y ya no es que las busquen sino que no les importa, no las ven como una situación de riesgo, ...se toman muchas cosas con mucha inocencia, porque no saben y muchas veces están engañados....” (24)

“El caso del cannabis, por ejemplo, ha cambiado bastante. De consumos que antes eran muy de compartir cigarrillos, ahora por ejemplo hay menos de eso... ahora hay más cantidad de gente que fuma de forma cotidiana. Lo de antes era... algo más festivo, más de relación social, y lo de ahora es más un consumo cotidiano de gente fumándose diez canutos diarios” (7)

Entre los más jóvenes se entiende que este contexto de incitación y facilitación del consumo es especialmente desfavorable cuando la inmediatez de acceso a cuanto se

desea es un valor en alza, y cuando además no existen alternativas de ocio y diversión libres de drogas.

"Yo pienso que actualmente estamos en un mundo en el que estamos dándolo todo sin que haya que hacer esfuerzo ninguno, se consiguen muchas cosas porque tenemos a los abuelos, padres.. y llega un momento en que es muy fácil acceder a sustancias ilegales, y legales también como el alcohol.... Ahora .. no captan que ellos sean alcohólicos o drogodependientes, porque son consumidores esporádicos, de fines de semana, "¿la cocaína?, eso no es malo, la heroína pinchada sí, hombre, eso sí", "soy un drogodependiente si me pincho, pero si yo me esnifo una raya de coca, ya no soy drogodependiente", o "si me tomo una pastillita los fines de semana o cada quince días y tal, o me voy a la botellona, yo no soy un adicto...". Eso está muy a la mano, demasiado a la mano" (32)

"La disponibilidad de tiempo libre que tienen y en algunos casos la disponibilidad de la droga.... Y en los chavales, la pérdida de valores absoluto que existe, el que todo lo quiero ya y ahora, y no me tengo que esforzar para nada en conseguir las cosas" (2)

"También el no tener cubierta pues su faceta de ocio y tiempo libre con otras alternativas saludables. Eso no se está trabajado o no está consolidado en el joven.....La manera de salir, pues no es lo mismo salir de una manera que de otra" (12)

"El tener alternativas de ocio y tiempo libre, tener perspectivas de futuro, son cosas que influyen" (24)

Algunas de las personas entrevistadas han reflexionado sobre la importancia de aprender del pasado. Por las lecciones aprendidas se conoce que la desinformación, los prejuicios y la ausencia de programas de prevención, llevaron a que el consumo de heroína se convirtiera en uno de los principales problemas de Salud Pública.

"En aquellos tiempos no había ningún tipo de información... Es decir a finales de los 70 y principio de los 80 las personas llegaban a la farmacia a por una jeringuilla y no se la daban, literalmente .. Nadie sabía nada, ...y la información que llegaba era una información muy..., como te diría, ...correcta, pero casi, casi...no te voy a decir a mala idea... pero pensaban "estos son unos bichos raros, unos delincuentes, unos chorizos" y estos no nos interesan ¿no? No se trabajó en ese momento la prevención" (13)

Ausencia de habilidades personales para afrontar la presión grupal

El grupo ejerce una fuerte presión para que cada miembro acate los mandatos culturales que promueven el consumo de sustancias, y sólo así conseguir la inclusión social. En los discursos recogidos destaca la idea de que la ausencia de habilidades personales para afrontar la presión grupal supone un factor de riesgo relevante para el consumo continuado de sustancias.

"(Consumen) por no tener la capacidad de resistir la presión del grupo, por problemas de autoestima, porque se dejan llevar por personas equivocadas acaban siguiendo los pasos de otros" (3)

“Las juntas en la adolescencia es lo que ha hecho que la cosa vaya en picado” (18)

“El que se inicien en el consumo yo creo que tanto ellos como ellas es el grupo, el grupo y la manera de relacionarse. .. Porque hasta en jóvenes que tienen apoyo familiar ese tema siempre va a estar ahí. Va estar ahí el grupo..” (12)

“Y después el tema del grupo, cuando uno es adolescente, el cómo se tiene que acoplar al grupo, las cosas que hay que decir y que no, que no se atreven por el tema de la exclusión, de que a lo mejor les quiten del grupo, cosas importantes claro. Todo eso son cosas de riesgo que están cuando uno se inicia” (27)

Sobre todo entre las personas más jóvenes, se atribuyen sus déficits de habilidades de afrontamiento, a la ausencia de educación en valores y de convivencia que podrían estar funcionando como factores de protección social frente al consumo incontrolado.

“Básicamente una formación educativa, no solamente académica sino educativa en humanidad. Es muy mala y hay un entorno muy malo. Mala formación y mal entorno, eso les lleva a al abandono escolar pronto, y luego ya a conseguir dinero fácilmente a través del tráfico y de ahí hasta aquí rápidamente...” (21)

“La familia, los valores y el núcleo de la infancia son importantes pues eso va a ayudar un poco al desarrollo de la personalidad, a estar más maduros, a tener capacidad de decisión” (24)

Bajo presión, y en ausencia de recursos personales para resistir, algunos discursos sugieren que las conductas de riesgo se ven reforzadas en la medida en que éstas facilitan las relaciones personales y la integración grupal.

“Son personas normalmente bastante tímidas. No tienen facilidad, no tienen habilidad para relacionarse, les cuesta mucho eso. Entonces, a través de la droga, pues se desinhiben y se relacionan mejor, o ellos creen que se relacionan mejor” (28)

Influencia de normas de género (Ellos asumen riesgos // Las jóvenes les imitan)

Las explicaciones que dan las y los profesionales al inicio del consumo de sustancias, tienen que ver no sólo con las normas culturales que vinculan consumo y diversión, sino que explicitan cómo las normas de género ejercen una doble influencia en los hombres para que asuman conductas de riesgo. A veces hablan de inmadurez masculina o de mayor capacidad de las mujeres para decir que no, cuando quedan veladas razones de género en los comportamientos de unos y otras.

“En cuanto a los hombres, claro, es que tienen que imponerse en el grupo además, quieren que lo acepte el grupo” (28)

“Los hombres han estado más expuestos a las drogas porque, pues no sé, siempre el ambiente de los hombres en el sentido de salir más, bebían más... siempre las mujeres han estado más protegidas en ese sentido, han tenido más factores de protección, que los hombres... por un lado los hombres siempre se arriesgan mucho más, tienen más ganas de probar cosas, sin embargo yo creo las mujeres somos más, que tenemos más sentido común en ese sentido, somos más capaces de decir no, somos más prudentes y yo creo que eso influye. Los hombres son más arriesgados y creo que también son menos maduros en general” (31)

Estas circunstancias tienen mayor relevancia en chicos jóvenes. Aunque entre la juventud, las diferencias por sexo disminuyen en la medida en que las chicas jóvenes también empiezan a asumir mandatos de género tradicionalmente masculinos. El cambio actual de expectativas respecto a lo que supone un modelo igualitario de género implica que ellas también tengan que *probar y asumir riesgos*. Las mujeres se ven sujetas por tanto a una doble presión sociocultural. Junto a la influencia de las normas culturales sobre ocio y consumo de sustancias que abarca al conjunto de la población adulta y joven, en la actualidad las mujeres se ven sometidas a nuevos dictámenes sociales de género. Bajo la expectativa de igualdad, las mujeres se ven expuestas a la necesidad de asumir conductas de riesgo tradicionalmente masculinas (como el consumo de sustancias disponibles), equiparando esas prácticas nocivas con la entrada de las mujeres en espacios públicos tradicionalmente ocupados por los hombres en exclusiva, y que sí podrían suponer una ganancia personal y social.

“Yo creo que la mujer identifica también que la igualdad de género está relacionada con hacer determinados comportamientos que antes se achacaban a los varones y que ahora ellas asumen, y que en el fondo son comportamientos de riesgo” (10)

“Creo que las mujeres hemos irrumpido hace muchísimos años ya en esta sociedad, porque antes estábamos un poco como un cero a la izquierda y ahora somos lo más de lo más de todo, entonces fumamos más, bebemos más y estamos, un poco por salir, por romper las barreras, pues a lo mejor por eso se consume más. Igual que somos las que a nivel jurídico tenemos más jueces y fiscales, o cada vez hay más mujeres que hombres en las universidades, aunque todavía en altas esferas de altos cargos no, pero supongo que cada vez irán teniendo más” (32)

En cambio, entre las mujeres no tan jóvenes, persisten las normas de género que inhiben el consumo de sustancias y castigan moralmente su uso. En ellas está peor visto que pierdan el control.

“Tradicionalmente somos más comprensivos con el hombre que quiere divertirse y tener juergas y no sé qué, no sé cuánto, pero una mujer... está bien pero sin pasarse... Y por eso.. el tema de la culpa.... lo que quizás está pero visto en el caso de la mujer, yo creo, es el tema del descontrol, el no tener control de... tu conducta. En los hombres está también pero... hay menos presión social para eso. Se asume más que... bueno un descontrol de vez en cuando tampoco es tan problemático” (7)

También de acuerdo a normas de género socialmente construidas, los hombres parecen justificar su adicción a partir de la presión social del sistema, utilizándolo como argumento para exigir ayuda. En las mujeres, se sugiere su vulnerabilidad ante la presión de la pareja como importante factor influyente.

“¿El perfil masculino? ... Tienen su propia escala de valores, hay algunos que sí lo reconocen... otros lo achacan a que han sido víctimas del sistema, y como que exigen que los ayudes” (32)

“Yo creo que hay diferencias, creo que la mujer se deja arrastrar por las parejas..., y los hombres es más por el tema del grupo” (27)

“En el caso de las mujeres, lo que observamos aquí por la experiencia, es que la mujer consumidora tiene también una pareja consumidora. Y en el caso de los hombres no es así” (26)

“Ellas también suele ser porque se han juntado con una pareja que consumía y entonces el tema del amor y la dependencia y..., no sé, que la personalidad no está formada ... y son incapaces de decirles que no cuando a lo mejor le empiezan a pasar un porro.... Más la dependencia emocional y ahí yo creo que ya empieza a ir a más... Pero que hay muchísimos tipos de historias... divorcios, conflictos..., personalidad... débiles... fáciles de convencer” (18)

Influencia de condicionantes biológicos y psicológicos → Ellas dependientes emocionalmente

Se argumenta que ante la misma exposición a factores de riesgo social, las conductas dependientes se van a propiciar más en unas personas que en otras dependiendo de factores biológicos y factores psicológicos, como características intrínsecas y estables en un individuo.

“Entonces el inicio del consumo puede venir desde el mismo seno de la familia o de la sociedad. A partir de ahí, evidentemente, no todo el mundo tiene por qué generar una dependencia o una adicción, no todo el mundo bebe, no todo el mundo fuma porros o se mete una raya. Creo que la diferencia está en que afectan muchos factores. Afectan factores físicos o biológicos de la misma persona, o sea no todos venimos con la misma configuración genética o biológica, y factores psicológicos. Es evidente. Normalmente nos encontramos que en la mayoría, sino te diría casi el 100%, son personas que tienen problemas existenciales no resueltos” (15)

“Lo que más favorece el consumo de drogas en general es la personalidad, es decir, hay personalidades que tienen más tendencia a consumo de drogas, sobre todo personas que tienen baja autoestima, que necesitan el reconocimiento del grupo, y claro, cuando no son

capaces de hacerlo por sí mismos, siempre buscan algo, bien el cannabis, el caso es agradar a los demás, ¿no? Luego también hay gente que consume drogas porque realmente son así, son arriesgados y les gusta probar y luego lógicamente, si te gusta sigues consumiendo” (8)

En la actualidad, las personas con problemas de drogodependencia se identifican como personas con importantes problemas emocionales arrastrados desde la infancia y que, por tanto, han desarrollado unas características psicológicas especialmente vulnerables para desarrollar conductas adictivas. Se las caracteriza como personas con importantes carencias afectivas experimentadas en el seno de familias desestructuradas rodeadas de diferentes problemáticas sociales. Han sido muy recurrentes los comentarios acerca del sufrimiento vital arrastrado por personas con problemas de drogodependencia, sobre todo mujeres que han vivido acontecimientos vitales estresantes desde corta edad, como violencia o abusos.

“Emocionalmente los hombres vienen mal pero la mujer aún peor. Yo tengo la sensación que la mujer viene peor emocionalmente que el hombre.... yo noto que las mujeres que vienen, vienen con mayor carga de problemas emocionales que el hombre” (5)

“La mayoría tiene un montón de carencias de todo tipo, afectivas, emocionales, etc... La madre ha ejercido la prostitución, el padre traficante, o han estado en prisión, o son consumidores” (14)

“Vienen pocas sonrisas. La vida no les ha tratado bien. ... ves que no sonríen y además en la sonrisa se les ve siempre como falta de cariño. Si alguien que entra aquí le dices “Te veo muy bien y tal” “¿Qué tal estas?”, y de pronto, hace así y se ríe y se le crea una pequeña sonrisa pero le dura un flash nada más, al momentillo como que le viene digamos la fácil, la cara de siempre, la que ha tenido, la que está llevando digamos los últimos años. Se refleja la vida de cada uno en la cara” (13)

“Han sufrido acontecimientos vitales traumáticos, estresantes, y en la infancia que suele influir más. Esto es más en mujeres, aunque hombres también que han sufrido abusos sexuales, al entrar en la edad adulta se ha visto que estaban enmascarando síntomas con los consumos, para sobrellevar la situación. A las mujeres sufrir traumas les lleva más a consumir psicofármacos, alcohol, etc. (3)

“Hay de todo pero mucho del tema de tener situaciones muy duras en tu vida o haber vivido una serie de circunstancias en la vida que te lleva a consumir. Hay personas aquí que han tenido asesinatos en su familia, que han tenido un maltrato en la infancia... La mayoría de las historias que te cuentan son historias muy duras, detrás del consumo hay siempre una historia que no es fácil, eso por norma general. Es verdad que luego te encuentras con personas de familias de bien y que han caído también, y familias súper estructuradas... Pero normalmente detrás de un consumo siempre hay una historia bastante fuerte” (16)

“Muchas veces empiezan a contarte cosas de más atrás: por ejemplo tengo una usuaria que perdió una hija cuando era un bebé... de una familia totalmente normalizada, ella es la única persona que está metida en esto ...Muchas es también por maltrato por parte del padre, tema de abusos sexuales, pero muchísimo” (18)

Los discursos profesionales muestran una serie de ideas atravesadas por el género en torno a la “Psicología Femenina”. Junto al perfil psicológico de las mujeres forjado a partir de experiencias adversas, los discursos recogidos apuntan también rasgos estables de la personalidad de las mujeres como elementos decisivos que predisponen su conducta adictiva. En concreto, se destacan su baja autoestima y “rasgos” depresivos, así como se sugiere la dependencia emocional de las mujeres como factor asociado a la adicción.

“Ellas tienen muy baja autoestima, ese es un gran problema, no tienen autoestima y, además,... muy poca capacidad para salir” (21)

“Pocas veces el hombre ha tenido como factor ..., no sé, el que se ha encerrado en sí mismo... eso muy pocas veces. El hombre siempre es por abrirse a los demás, es lo que le lleva a consumir....En la mujer influye más su personalidad, su carácter., las ganas de salir de su estado emocional, que no saben romper con él” (6)

“Las mujeres es que son muy dependientes emocionalmente y muchas tienen rasgos depresivos muy importantes” (8)

“En el perfil de mujer la dependencia emocional es una característica muy habitual” (12)

“Siempre las mujeres nos sentimos más desprotegidas, buscas a alguien en quien apoyarte y se crea una situación de dependencia que es muy difícil... Si es difícil que una mujer en situación de violencia rompa con esa dependencia, en una mujer que además sumado a todo .. pues lo veo que es súper difícil,.. tiene que ser muy duro y muy difícil, y por mucho que hablemos con ellas y lo intentemos... Porque ellas vienen y te piden ayuda y tú le pones soluciones, pero luego vuelven y lo justifican.... Esta chica por ejemplo que... ha tenido una situación de maltrato pero es imposible que ella salga de ahí, ni con la ayuda de la familia, ni con la ayuda de nosotros, nada. Tiene una dependencia tan fuerte que es muy difícil romper eso” (16)

Se ha señalado que las mujeres con problemas de drogodependencia suelen vivir con una pareja que también tiene los mismos problemas. Los comentarios al respecto parecen apuntar cómo la dependencia emocional de las mujeres se vincula tanto a la vida en pareja como al consumo de sustancias.

“Las mujeres tienen más tendencia a formar pareja con otro de su misma situación, más que los hombres que suelen ser más independientes” (21)

“Las mujeres que nos vienen casi siempre son mujeres que han estado con hombres consumidores también” (27)

“Sí, normalmente suelen ser personas que han convivido durante muchísimos años con el agresor, normalmente suelen ser agresiones verbales, les piden muchas oportunidades y vuelven a recaer en la drogodependencia... Incluso son personas que por agradar a su pareja en ese sentido, a lo mejor caen en la misma adicción ya sean drogas o alcohol, para seguirlos” (32)

“Hace más años teníamos con más frecuencia parejas que los dos tenían problemas.. ahora de vez en cuando hay...una separación de esa pareja, normalmente significa muchas más

probabilidad de salir de la mujer, del problema de drogas, o una disminución, digamos de la gravedad de las patologías” (7)

Se comenta que muchas mujeres que dependen económicamente de sus parejas sufren mucha presión, tanto si su pareja es quien tiene el problema de drogodependencia como si son ellas quienes tienen conductas adictivas. Si su pareja tiene problemas, ellas se ven muy forzadas a aguantar una relación complicada, y si son ellas quienes tienen dificultades, temen ser abandonadas por su pareja.

“Y muchas veces también ten en cuenta que la falta de recursos económicos, la dependencia económica del marido pues..... si la conducta adictiva es del hombre... hace muchas veces que la mujer aguante o sufra más las consecuencias por esa falta de capacidad (económica), bueno “¿y yo qué voy a hacer?”. Y cuando es la mujer la que tiene la conducta adictiva, se siente presionada ... puede decir “como se vaya este hombre y me deje, ¿qué es lo que voy a hacer yo?” (20)

4.2.2. Factores que desencadenan el consumo dependiente

Experiencias de ruptura y pérdida (Ellos pierden trabajo / Ellas pierden relaciones)

Las personas entrevistadas entienden que el consumo de sustancias en hombres con frecuencia se desencadena ante la vivencia de situaciones que les implican una pérdida de estatus, entendida en un marco en el que los mandatos de género tradicionales les asignan el rol de proveedores. Se identifica la experiencia de pérdida de trabajo como un acontecimiento que desencadena o acentúa el consumo incontrolado de sustancias psicoactivas.

“La mayoría están en paro y eso creo que es lo que está aumentando mayoritariamente el consumo.... Son personas que a lo mejor han estado trabajando durante mucho tiempo, igual han estado manteniendo el consumo con su trabajo, y luego han ido perdiendo estatus y están ahora muy mal” (8)

“El desencadenante en los hombres puede ser la pérdida de trabajo, los problemas sociales que te puede causar esta pérdida, haber perdido su estatus” (20)

“Con la crisis ha surgido el perfil de personas que toda la vida han estado trabajando y que ahora ven que es imposible encontrar trabajo, y consumen. Es una pescadilla que se muerde la cola: “yo no tengo trabajo, no tengo medios para subsistir, además se une a que me refugio en el alcohol o me refugio en otro tipo de sustancias, mi familia me rechaza aún más”, entonces todo es un círculo vicioso, que empieza y las personas se meten mucho en un círculo así, muy difícil de salir. Es un factor el tema laboral” (16)

Se señala que la crisis económica ha desencadenado el inicio de muchos usos y abusos de drogas, así como ha propiciado un mayor acceso a servicios en el caso de personas usuarias que ya no podían seguir accediendo a las sustancias consumidas por falta de recursos económicos. Así mismo, en los últimos años, han recurrido puntualmente a prestaciones básicas algunos perfiles de personas en situación desfavorecida, como consecuencia de la crisis socioeconómica.

“Luego también hay otro perfil de población que ha surgido hace relativamente poco con el tema de la crisis, que ha llevado a muchas personas a refugiarse en el consumo... Lo hemos notado muchísimo, muchas personas que toda su vida han estado trabajando, sobre todo en el tema de construcción, de pintura, albañilería, etc. Personas que toda la vida han estado trabajando y que ahora viéndose que es imposible encontrar trabajo, consumen” (16)

“El cambio que hemos notado es que acuden más personas que tienen alguna problemática de adicción, pero que realmente proviene de la crisis social que tenemos. Ese perfil viene preguntando por los servicios pero no es un perfil que se quede, tiende a irse a otros recursos más normalizados” (14)

“Ahora desgraciadamente como está la cosa es como de la mayoría de las personas en este país... Creo que esto ha propiciado que mucha gente haya acudido al tratamiento, porque una persona mientras ha tenido trabajo y haya podido permitirse el consumo de determinadas sustancias, pues a lo mejor no ha visto la necesidad de acudir a un centro de tratamiento. En el momento en que pierden el trabajo por la crisis o por la situación que estamos viviendo, empiezan a tener menos ingresos y lógicamente el consumo de sustancias empieza a preocuparles, sobre todo si están ya en un proceso en el que ven complicado dejar de consumir sin problema, y lógicamente tienen que acudir a un centro para solucionar el tema” (12)

Se apunta que, ante la pérdida de empleo, las mujeres tienen mayor capacidad y flexibilidad para adaptarse a empleos diversos que puedan estar a su alcance, mientras ellos se sienten sobrepasados en una situación de desempleo, cuando tienen que buscar salidas profesionales diferentes a las que conocen o cuando tienen que dedicarse al trabajo doméstico de forma ineludible.

“La mujer busca más recursos y más salidas a la situación... Se amolda más a las circunstancias para emplearse o sacar a la familia adelante. El hombre se atasca en lo que es un empleo que ha venido desarrollando anteriormente y de ahí no sale. La mujer se adapta más a lo que surge en el mercado o que pueda hacer. Y a ellos les sobrepasa una barbaridad...si se tienen que encargar de los niños (porque la mujer está limpiando, o porque está de dependiente en algún sitio, o porque está en el mercado y tal), pues llegan aquí diciendo “venga que tengo prisa, que tengo la casa sin hacer, es que no sé qué, es que no sé cuánto” y digo pues sí “es que la casa cuesta, es que es complicado, ¿verdad” es que hay que organizarse muy bien para llevar las tareas de la casa, ¿no?”. Se enfrentan a una cosa que totalmente les sobrepasa y tienen que acostumbrarse” (24)

Según apuntan los y las profesionales cuando profundizan en las diferencias de género, el consumo femenino se desencadena ante la vivencia de conflictos y rupturas de relaciones (con la pareja, hijos e hijas...), y ante la experiencia de soledad, de opresión y machismo, y de falta de apoyo en sus vidas.

“Lo que sí es muy frecuente es que suelen sufrir un proceso traumático y luego se inicia el consumo. Por separación, muerte de un hijo, algo en su vida,... malos tratos y les lleva a consumir” (13)

“En las mujeres es frecuente, se ha convertido en su refugio por síndrome del nido vacío.” (19)

“En la mujer, lo que favorece el inicio es la mala relación familiar y personal, ... con su familia de origen o con la familia que ellas han creado. Eso en la mujer, y también yo pienso que lo desencadena mucho el maltrato psicológico que reciben en muchas ocasiones” (2)

“Yo creo que los conflictos familiares se acentúan como causa que lleva a la mujer a los problemas de droga, yo creo que casi la inmensa mayoría el principal problema es la situación familiar o sociofamiliar la que le lleva a iniciarse en el consumo de droga”(5)

“El inicio del consumo yo creo que casi en la mayoría es por conflictos no resueltos, sobre todo familiares” (27)

“La mujeres que se encuentran solas, bien por una separación o divorcio, o por estar solteras, y que emocionalmente han empezado a darse cuenta de que se encuentran solas y entonces ahí es donde empieza ” (6)

“En la mujer con ambientes muy privados de apoyo social, .., de soledad ... de estar solas en casa sin ningún apoyo, de dificultades emocionales... utilizaban un poco la drogadicción como automedicación” (10)

4.3. DISCURSOS PROFESIONALES SOBRE LAS MOTIVACIONES PARA CONSUMIR DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las motivaciones que ha señalado el conjunto de profesionales se fundamentan en normas sociales de género, y son diferenciadas para hombres y de mujeres. Se apunta que los hombres inician el consumo de sustancias para experimentar, divertirse y facilitar sus relaciones sociales. Mientras, las mujeres consumen fundamentalmente para sobrellevar situaciones adversas y para compensar sobreesfuerzos relacionados con excesivas cargas de trabajo productivo y reproductivo asignadas por razón de género.

4.3.1. Consumir drogas para experimentar, divertirse y relacionarse

Ellos consumen en grupo para disfrutar

En general opinan que la búsqueda del placer, la necesidad de experimentación y la diversión son la finalidad fundamental en el consumo masculino. Al menos en su inicio, el consumo de sustancias en hombres se vincula al ocio esporádico en grupos sociales o de amigos, acabando con posterioridad como un consumo incontrolado.

“Los hombres tienen motivaciones más lúdicas, simplemente consumen por placer. Algunos hombres se han enganchado porque han empezado a consumir en plan lúdico asociado a fines de semana, al salir de trabajar, y acaban enganchándose... por juntarse con las personas equivocadas, por su forma de ocio y sus rutinas sociales” (3)

“Se inician por curiosidad y deseos de sensaciones nuevas con grupo de iguales y esperando manejar las situaciones de consumo y hacer solo un uso y no un abuso” (4)

Chicos y chicas jóvenes consumen igualmente en espacios de ocio

En cuanto a las motivaciones de la población más joven, se detectan pocas diferencias por sexo, argumentándose que tanto chicos como chicas inician el consumo de sustancias en grupo, en espacios destinados a la diversión, y como recurso facilitador de relaciones sociales.

“En el perfil joven o adolescente quizás hay menos diferencias.... También está el tema de las fiestas (consumen pastillas con alcohol), a modo recreativo o de ocio... quizás más como un tema de facilitador de las relaciones, la comunicación y la diversión, y con mucho desconocimiento, y yo creo que por ambas partes” (24)

Algunas de las personas entrevistadas destacan cómo progresivamente va aumentando el consumo lúdico entre mujeres, especialmente entre chicas jóvenes. Ellas también han empezado a consumir para experimentar, equiparándose así a las motivaciones de los chicos.

“Se incorpora población femenina más joven, con pautas de consumo parecidas a las de los chicos, y con motivaciones también similares relacionadas con la necesidad de experimentar” (3)

4.3.2. Consumir drogas para sobrellevar situaciones adversas

Se ha descrito que, sobre todo entre la población que vive situaciones marginales y de exclusión social, el consumo se convierte en una necesidad para sobrellevar situaciones adversas pasadas o presentes.

“La única manera de encontrarse bien con ellos mismos quizás es olvidar toda su vida y bueno la única manera que ellos encuentran para olvidar toda su vida es atiborrarse de consumo” (21)

“Utilizan el consumo para evadirse de sus problemas, de su situación. Yo creo que en su situación seguramente también lo haría, es que es verdad, muchas veces lo pienso y digo es que en su situación seguramente haría muchas cosas parecidas a lo que hacen ellos y ellas” (16)

Ellas consumen solas para evadirse emocionalmente

Entre los discursos recogidos se destaca que las mujeres consumen de forma oculta, en solitario y bajo un sentimiento de soledad y desesperanza. El consumo abusivo de drogas genera una estigmatización social que impide el tratamiento y aísla a las mujeres de su red social y así es percibido por algunas de las personas entrevistadas.

“Normalmente el hombre tiene un grupo de amigos, el consumo es más social, en ambiente festivo... Sin embargo la mujer es un perfil más solitario, ... con ese sentimiento de soledad, de desesperanza solitaria...” (1)

“Hay personas que realmente al sentirse solas y para aliviar su malestar, por lo que sea, o empiezan a beber o a lo mejor conocen a alguna persona que les dicen “pues mira, con esto verás como te encuentras, prueba esto que verás lo bien que te vas a encontrar”, a lo mejor con cocaína. Y han experimentado una sensación de bienestar que lógicamente es lo que ellas necesitan, y como, evidentemente, muchas veces las mujeres no quieren tampoco que nadie sepa su situación personal porque no es plato de buen gusto para nadie, pues entonces entran en esa dinámica y al final acaban consumiendo. El sentimiento de soledad en ese aspecto también está muy vinculado al consumo de drogas” (8)

Se sugiere que las mujeres consumen sobre todo para “olvidar y sobrellevar dificultades”, para “aislarse”. Describen cómo buena parte de las usuarias viven un intenso sentimiento de soledad incluso cuando viven acompañadas de hijos o hijas, familiares y/o cuando tienen un empleo. Muchas de ellas se sienten insatisfechas con su estilo de vida y con las circunstancias que les rodean, sienten una falta de estímulo en su proyecto vital, y muestran un importante malestar emocional frecuentemente vinculado a la vida en pareja. Suelen tener una nefasta convivencia en pareja que soportan indeseadamente ante la falta de independencia laboral y económica.

“Casi todas suelen ser amas de casa y da la impresión que el estilo de vida que tienen no les satisface, no les acaba de gustar. Si han tenido la suerte de dar con un mal hombre, sobre todo perfiles más antiguos, más tradicionales, religiosos, aguantan más antes de divorciarse o no se ven capacitadas para divorciarse, porque se han descuidado en lo profesional, en la formación y da la impresión de que están aguantando y recurren a consumir alcohol a escondidas..... Algunos casos de ludopatía en mujeres mayores te sorprenden, porque llevan una vida tan carente de estimulaciones que las máquinas tragaperras, los bingos y demás da la impresión de que las hacen sentir más vivas, por la sensación de si ganan o si pierden” (3)

“El alcohol sirve a muchas mujeres porque tienen malas relaciones familiares, porque tienen otros problemas de los que no saben salir y usan el alcohol para evadirse. Si, si, totalmente, y como evasión de problemáticas importantes, como maltrato por ejemplo. Y si no llega a ser maltrato pues como una baja autoestima provocada por las relaciones conyugales difíciles, o por no saber a lo mejor afrontar la crianza de los hijos en situaciones difíciles, por poco apoyo para el papel que tiene que cumplir la mujer en el ámbito doméstico y familiar. Yo ahí sí que veo que la mujer encuentra en el alcohol o las pastillas la manera de evadirse. Que hay situaciones en la casa que tiene ella sólo el peso, la responsabilidad y no puede o no sabe salir de ahí de otra manera, la dependencia tanto emocional como económica” (12)

“El alcohol es una droga más asequible para las mujeres porque beben en su casa, no las ve nadie, y así es como van mitigando ellas su sintomatología de soledad o de hartazgo del matrimonio” (8)

Se describen conflictos relacionados con el reparto de roles en el ámbito doméstico. Se comenta que a consecuencia de la reciente crisis socioeconómica, muchos hombres que perdieron su empleo, han aumentado su participación y control en el ámbito doméstico, lo que ha supuesto una gran presión y fuente de insatisfacción vital de algunas mujeres.

“El hombre también ha entrado en la casa cuando está desempleado, y las ha relegado un poco, y está más pendiente en la casa, y ella se encuentra más presionada frente a otro punto de vista. Al entrar en la casa otra persona más que está más pendiente de ella, pendiente ... o abandonada, una de las dos cosas, pero ahí está. El caso es que ella se encuentra más presionada, entonces suele estar viniendo más chocada a nivel emocional” (6)

Entre las personas entrevistadas es común pensar que las mujeres consumen para huir de la falta de afecto y también del maltrato, de acontecimientos vitales estresantes, de múltiples sufrimientos acumulados a lo largo de su vida, entre los que se menciona “*el machismo*”. En este sentido, la exploración de los aspectos psicobiográficos de las mujeres se destaca como muy relevante para el abordaje de sus problemas de drogodependencia. Creemos que puede también sesgar desde el punto de vista del género la intervención profesional, al impedir la visibilización de otros consumos de riesgo en mujeres sin problemáticas afectivas o de maltrato, como las más jóvenes o las consumidoras de drogas legales.

“En mujeres hemos escuchado conflictos en relaciones de pareja, temas de violencia de género, maltrato. Todo este círculo vicioso que rodea esta situación, de malas relaciones, de dominación. En cuanto a las mujeres, yo creo que el detonante en muchos casos ha sido ese. O sea, malas relaciones heredadas también de padres, con relaciones de abuso, de maltrato desde la familia, que después se repiten esos patrones, como nuevas parejas que se dan situaciones de violencia de género, de maltrato, de machismo, etc.” (17)

“Se sigue viendo un perfil de mujeres con una historia de bastante sufrimiento en su vida, que regulan el malestar emocional con el consumo de alcohol u otros..... Sufren, tienen malestar emocional y acaban consumiendo o abusando de medicaciones para poder aguantar ese tipo de situación... Esa diferencia (con los hombres) sí que la veo clara y siempre que viene una mujer pienso que hay que indagar más sobre aspectos psicobiográficos, los acontecimientos vitales estresantes que hayan podido sufrir, si han tenido algún trauma, abusos, maltrato, porque suelen padecerlos mucho más” (3)

Ellas consumen solas para compensar sobreesfuerzos

Algunas personas entrevistadas identifican nuevos perfiles de mujeres de clase media-alta con trabajos cualificados, que inician el consumo de sustancias para compensar sobreesfuerzos. Son mujeres que tienen que dar respuesta a excesivas demandas de la vida laboral y familiar, en especial considerando que las cargas domésticas recaen de forma desigual sobre ellas por razón de género.

“Algunas profesionales... están aquí por el doble estrés de trabajar fuera y trabajar en casa. No tienen descanso. ...Trabajan dentro y fuera y se sobreestresan. Tienen una sobre exigencia del medio, da la impresión de que no hay muy buen reparto de tareas en casa y ellas se cargan más. Hasta el punto que el consumo es al final del día, cuando dicen “ahora que tengo todo hecho y quiero obtener un momento de tranquilidad”.... Aprovechaban algún momento al final del día que el marido se iba fuera y abrían una botella de vino o varias” (3).

Se describe además cómo algunas mujeres cuidadoras de personas con algún problema de dependencia, empiezan a consumir sustancias que también utilizan las personas a quienes cuidan, para sobrellevar la sobrecarga física y emocional asociada al trabajo de cuidar.

“También hay muchas mujeres que están trabajando cuidando...que tiene familiares mayores que está atendiendo, que lleva una gran carga emocional de atender a otros, cuidar de otros, más tu propia gente. Dicen esas pacientes “Ay, no puedo dormir, no puedo dormir, pues me tomo la pastilla del abuelo...”. Ya no es que se la receten, es que no sigue las prescripciones y ya... “no voy al médico porque ya se me ha acabado la cartilla, pero tengo la de mi marido que le tienen puesto diazepam o no sé cuánto...” y siguen tirando de ellas porque “no puedo dormir” y al final se meten en una nube, que parecen zombis” (24)

4.4. MIRANDO DESDE EL GÉNERO AL IMPACTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO EN ANDALUCÍA

Las personas entrevistadas en esta investigación han manifestado el aislamiento social como principal consecuencia de la pérdida de relaciones familiares, de amistad y empleo que en ocasiones originan las adicciones. La pérdida de ingresos económicos y la necesidad de éstos para el mantenimiento de la adicción, desencadenan a veces actividades ilícitas y problemas judiciales.

Las mujeres con problemas de drogodependencia sufren estas consecuencias de manera amplificada por razón de género. La drogodependencia impacta dramáticamente en la vida de las mujeres, sobre todo si se tiene en cuenta que algunas parten de una situación de desempleo y dependencia económica de sus parejas, así como de una mayor privación de relaciones sociales o de amistad.

Cabe destacar que de forma desigual por razón de género, las mujeres necesitan amortiguar en mayor medida el fuerte castigo moral que la sociedad les impone, y que en muchas ocasiones se traduce en sentimientos de culpa y vergüenza por su parte, y en falta de apoyo y exigencia de responsabilidades de cuidado por parte de su entorno.

4.4.1. Pérdida de relaciones familiares

La principal consecuencia mencionada por la gran mayoría de profesionales es la pérdida de relaciones a todos los niveles. Los problemas de drogodependencia llevan al distanciamiento de las amistades y de la familia, llegando a situaciones de rechazo completo y marginación. Se destaca el sufrimiento y agotamiento de las familias tras esfuerzos de afrontamiento del problema, hasta que llega un momento de desvinculación.

“A nivel familiar mucho rechazo... porque cuesta mucho a no ser que haya una sensibilidad especial” (24)

“La familia algunas veces no la tienen y otras veces la familia ha huido, se ha quitado de estar presente delante de ese problema” (21)

“Pérdida del apoyo familiar, porque la familia una vez está apoyándolo, un segundo tratamiento está apoyándolo, pero la tercera, muchas veces la familia tira la toalla, y el

paciente se ve tirado en la calle. Y también, en alguno de los casos, es ese el momento en el que el paciente dice, lo he perdido todo, he tocado fondo, no puedo seguir así con mi vida” (26)

“La familia está muy cansada. Ha habido un montón de engaños, ha habido un montón de ocultos” (28)

“A nivel familiar supone siempre una ruptura con el resto de las familias porque son continuas discusiones, continuos problemas de convivencia” (8)

“Las consecuencias que yo veo son rupturas familiares, padres y madres enfermas a nivel mental y físico, por no poder soportar más esa situación, denuncias, órdenes de alejamiento en el seno de la familia” (32)

“Hay un porcentaje altísimo, altísimo de ellos y ellas que no buscan el acercamiento a la familia. Ya saben que la familia les ha dicho que no y ya ellos no quieren saber nada de la familia. Ellos ya han entendido que no hay nada ahí donde ellos puedan cobijarse” (13)

“Cuando la familia se entera hay un rechazo muy grande, de ahí se pasa un poco a soportar la situación, se pueden crear relaciones de co-dependencia, ...y hasta que se llega a un deterioro completo de las relaciones familiares... Convivir con una persona con un problema de adicción no afecta solamente a la persona que consume, afecta a todo su entorno. ...Y es dejar de vivir su vida, para vivir la vida del adicto, intentos de que haga el tratamiento, fracasos de que haga el tratamiento y en muchos casos se termina por un deterioro absoluto de las relaciones y de la ruptura de las relaciones familiares. Y es cuando ya pasarían a personas, que se encuentran en situación de calle, con consumo activo y que son atendidas por ejemplo en el centro de reducción de daños” (15)

Son frecuentes los comentarios acerca de relaciones familiares y de pareja deterioradas, y que se relacionan estrechamente con los problemas de adicción.

“Por supuesto tienen muchísimo conflicto, sobre todo con la pareja..... y más en ellas... en la mujer es más la mala relación de pareja y de la problemática con los hijos” (2)

“En su mayoría tienen problemas de tipo familiar... y el tema de los problemas familiares en las mujeres todavía es más claro.... tengo la sensación de percibir mayor problema de tipo familiar en la mujer que en el hombre” (5)

“La mayoría tiene relaciones muy deterioradas, relaciones de pareja que se están deteriorando por el abuso de la sustancia que sea” (8).

En algunos casos, tras el abordaje del problema de drogodependencia, conservan una nociva relación de pareja difícilmente recuperable. Y en muchas ocasiones las parejas rompen justo cuando el miembro de la pareja con problemas de drogodependencia consigue cierto nivel de recuperación o “desintoxicación”, como momento propicio para liberar una larga historia de tensiones y paternalismo mantenido en el tiempo. Otras personas con parejas rotas, tras el tratamiento intentan recuperar la relación perdida, sin

éxito. Las dificultades para restaurar una relación son, a veces, el factor desencadenante de recaídas.

“Con las parejas, habitualmente, la relación muy mala. Puede ser ya la relación bueno de acompañamiento y tal, porque ya le tienen cariño después de muchos años, pero vienen cuando ya la relación matrimonial en la mayoría de los casos no existe. ¿Qué pasa? Que uno deja de consumir y en seguida quiere retomar la relación, que en la mayoría de los casos ya están perdidas. Quieren retomarla porque ya se ven bien y esto es muy complicado. En el momento que ven que no pueden volver, hay mucho más riesgo de recaída. Esto en las mujeres... y en los hombres igual, las relaciones de pareja muy mal, habitualmente vienen que a lo mejor no han tenido relaciones durante años o meses entre la pareja. Y también cuando se desintoxican quieren retomar otra vez la pareja, relaciones que están ya muy perjudicadas. Habitualmente vienen solos o acompañados de un hermano o hermana, porque ya se han divorciado... En hombres y mujeres, muchas veces, el que se desintoxiquen es la excusa para soltar lastre. Están esperando por el sentimiento de culpa que tienen “mi mujer es alcohólica”, y una vez que se desintoxican aprovechan el momento para decir: Mira, vamos a dejarlo y ya está...” (19)

“Desavenencias familiares, huidas de casa, separación de pareja tras un largo proceso de recaídas” (9)

Ellos viven con su familia de origen o nuevas parejas // Ellas viven con su propia familia

Algunas personas entrevistadas señalan que muchos hombres que han roto con su pareja a consecuencia del problema de drogodependencia, durante el tratamiento, viven con su familia de origen (con sus padres), o con segundas o terceras parejas. Sin embargo, las mujeres que acuden a consulta suelen permanecer viviendo con la propia familia que han formado (pareja e hijos e hijas).

“Los hombres, los que están desempleados suelen vivir más con la familia de origen, y otros están en segunda o tercera convivencia. Y las mujeres suelen estar más con su propia familia” (24)

En parejas en las que ambos tienen problemas de drogodependencia, se generan situaciones de conflicto y violencia, especialmente en los casos en que ella ejerce la prostitución y él controla y depende de su dinero y de su trabajo para poder consumir.

“Normalmente en las parejas drogodependientes, él suele hacer entre comillas de proxeneta y ella ejerce la prostitución y saca para el consumo de los dos. Se producen muchos conflictos entre ellos... a nivel de agresiones por supuesto verbales y alguna vez incluso física. La mujer tiene también el problema de esa agresión física, o sea, amedrentamiento que puede tener a través del proxeneta drogodependiente que también está en tratamiento no? y que saca del trabajo de ella entre comillas para consumir..... ¿Son inestables? pues sí, ¿son una bomba? pues también, porque claro cuando en la relación aparecen las emociones relacionadas con lo que es el propio consumo, los síndromes de abstinencia, el tú has

consumido más que yo, etc., claro, se producen conflictos que llevan a pelearse de manera contundente. Se producen muchas situaciones, entre comillas de malos tratos podríamos decir. Claro, es normal, entre comillas, que se produzcan, por el síndrome de abstinencia en el consumo de cocaína o el propio consumo de alcohol, o de pastillas o de cualquier consumo” (13)

“Pues son relaciones igualmente muy conflictivas donde los dos son consumidores, son muy conflictivas... Se les junta todo y es una bomba. Ahora aquí también tenemos otra pareja que también ha surgido aquí pues que también es súper conflictiva” (16)

4.4.2. Pérdida de empleo y problemas económicos

Como hemos visto entre los discursos recogidos se señala la pérdida de empleo como uno de los motivos que incita el inicio del consumo en algunas ocasiones. Por otro lado, algunos de las y los profesionales entrevistados señalan que el consumo dependiente de drogas puede conllevar dificultades económicas, así como el abandono de responsabilidades laborales hasta llegar a la pérdida de empleo, con consecuencias derivadas de ello, sobre todo de exclusión social.

“Problemas económicos, pérdida de empleo o dificultad para encontrarlo al haber estado alejado del mundo laboral durante el periodo más activo del consumo” (4)

“Hay pérdidas del trabajo, endeudamientos” (32)

“Y a nivel laboral, evidentemente el cumplimiento del trabajo, tarde o temprano empieza a afectarse. Al principio a lo mejor lo llevan bien pero una persona que está consumiendo no se levanta por la mañana temprano de la misma manera que una persona que si no está consumiendo, eso siempre se le dice” (8)

Los profesionales señalan cómo, una vez desempleadas, las personas con problemas de drogodependencia difícilmente pueden reincorporarse a un nuevo empleo cuando están en proceso de tratamiento o con posterioridad a éste, suponiendo esa circunstancia uno de los condicionantes en su vida para sentirse fuera del sistema.

“Socialmente están marginados, están fuera del sistema, porque no consiguen trabajo” (13)

Las personas que en la actualidad consumen metadona tienen importantes dificultades para comprometerse con un empleo, dado que la necesidad de acceso a dispositivos que administran esta sustancia les limita en tiempo y espacio.

“Es como el que tiene animales, un perrillo. No puedes ir a ningún lado por el perrillo, pues lo mismo la metadona, es que no puedes ir ¿Y qué? ¿Pides permiso en el trabajo? ... si van a pedir permiso los primeros días de trabajo.. ¡Pues anda que el apaño!” (30)

El visible deterioro físico de algunas personas que tuvieron dependencia a la heroína, les supone un obstáculo a la hora de encontrar un empleo remunerado. Su apariencia es juzgada negativamente, y, junto a otros factores, funciona como importante obstáculo para la reinserción y la búsqueda de autonomía económica.

“En esta sociedad en la que vivimos el aspecto físico sigue importando, nos guste o no, eso es así. Entonces, cuando por ejemplo, ellos van a una entrevista laboral, su aspecto físico es de deterioro. En la mayoría es tan evidente que ya provoca un rechazo. Por ejemplo, bucodental...ya no porque no tengan dientes o le falten dientes, es que encima no se los pueden arreglar porque no tienen recursos. Y no sólo en el aspecto bucodental sino que .. visiblemente en su rostro, incluso en sus brazos, depende del método que hayan utilizado y el aspecto aparentemente tan desgastado, que personas de 30 años parecen de 50..... El desgaste es tal que ya existe un rechazo visual. Después, cuando empieza la entrevista y les miras un poco el curriculum que tienen... Entonces es muy difícil encontrar un trabajo que no sea de supervivencia y casi, casi de esclavitud, yo diría. Porque pueden encontrar a lo mejor un trabajo, claro, como está tan mal el mundo laboral, pues lo que ofrecen tampoco es, por muy poco dinero, muchísimas horas y quizás no compensa porque tampoco, la gente a lo mejor dice, no, yo necesito tal persona para trabajar por horas, pero tampoco hay contrato laboral” (28)

Se refiere a una alta desesperanza de las personas usuarias para encontrar un empleo que les permita la normalización de su vida y su inclusión en la vida social actual.

“Me manifiestan muchas veces los sentimientos esos de decir, es que no hay manera, es que no tengo futuro, es que con la edad que ya tengo (claro, cuando tienen 45). Dicen “si hay gente de 45 que ha estado trabajando toda su vida, que son profesionales del trabajo, que tienen experiencia, que tienen cursos hechos, que tienen formación, y no encuentran trabajo, ¿yo voy a encontrar trabajo con 50 años si no he trabajado en mi vida, y no me he formado y no sé nada?” (13)

4.4.3. Pérdida de amistades, aislamiento y rechazo social

En los discursos recogidos se describe la pérdida progresiva de relaciones y amistades como una de las consecuencias de la drogodependencia que condiciona el éxito del tratamiento.

“Se empiezan a relacionar solamente con personas consumidoras, van reduciendo su ámbito de amistades, su ámbito de aficiones, todo cada vez se va centrando más solamente relaciones de drogas o personas consumidoras” (8)

“Las relaciones sociales mínimas. Mínimas relaciones sociales, casi todas” (2)

“Las relaciones sociales realmente en general con personas con problemas de drogas son escasas, muy escasas, es uno de los temas que a mí personalmente me gusta más trabajar... y me cuesta más trabajar” (12)

“Cambio radical y exclusión social” (9)

La soledad y el sentimiento de rechazo es una de las consecuencias más mencionadas por las y los profesionales. Incluso cuando el consumo se inicia en contextos de ocio y de relación social, finalmente la dependencia de las sustancias lleva a la soledad y el aislamiento.

“Suele haber muchísima soledad... En personas jóvenes se comienza por probar, para ser incluido dentro de grupos de adolescentes, de amigos, de vecinos., pero al final lo que lleva es a la soledad, porque de hecho terminan consumiendo solos. Empiezan consumiendo juntos... pero después tienden al aislamiento total” (28)

Este sentimiento les acompaña incluso después de realizar un tratamiento, debido al estigma que han de arrastrar y a la dificultad para establecer nuevas relaciones alejadas de los ambientes en los que se consumen drogas.

“Emocionalmente muy solos.. aunque hayan salido de la fase tal, se sienten rechazados, no incluidos, como si llevaran el cartel aquí, aunque nadie se lo ve. Se han deteriorado relaciones y hacer nuevas relaciones cuando tienes una mediana edad es más complicado, porque todo el mundo suele tener sus amigos, su familia y su núcleo, e incluirse en otro es complicado, entonces hay mucha soledad” (24)

“Claro cuando la gente deja la droga tienen que jugar a programarte actividades y cosas porque los días se hacen tremendamente largos y claro, al hacerse tremendamente largos aparece la soledad, no tienen a nadie, están en una situación marginal sólo rodeados de drogodependientes. Cuando dejas el tema ¿Cómo te incorporas a un grupo digamos entre comillas, normalizado?” (13)

Cuando se compara a varones y a mujeres, se señala el especial aislamiento al que llegan las mujeres con problemas de drogodependencia y que centraban exclusivamente su vida en la familia. Se percibe una especial dificultad para salir de ese aislamiento social incluso cuando afrontan un tratamiento, dadas sus condiciones de partida de ausencia de red social más allá de la familia.

“Las mujeres es verdad que tienen más dificultad, porque una vez que hacen pareja, se aíslan más, se implican más en el tema de la familia porque son cuidadoras, cuidan a los hijos, entonces claro, toda esa red social que podrían tener de amigas o lo que sea pues queda bastante desvirtuada” (27)

4.4.4. Actividades ilícitas, problemas judiciales y violencia asociadas a los abusos de drogas

En algunos perfiles: Ellos tienen que delinquir // Ellas se tienen que prostituir

En el caso del abuso de sustancias de comercio ilegal que implican un alto coste, como la heroína o cocaína, la necesidad de conseguir dinero de forma ágil y frecuente, conlleva diferentes actividades en hombres y mujeres de acuerdo a condicionantes de género. En el caso de los hombres la delincuencia, y en el caso de las mujeres, la prostitución.

“En asesoramiento jurídico el perfil de las personas que atendemos es minoría la mujer. La mujer se lo guarda todo para sí misma, normalmente los problemas jurídicos que tienen suelen ser de salud pública, hurtos, pequeños hurtos, no suele ser una delincuencia superior, como es por ejemplo en el género masculino. Y luego bueno, pues vienen alguna cómo víctimas de violencia de género, víctimas de impago de prestaciones de alimentos, o testigos de algo, vienen con mucho miedo” (32)

“Las mujeres delinquen menos, pienso” (31)

En los discursos profesionales aparece la idea de que muchas usuarias de centros de encuentro y acogida se mantienen ayudando a su pareja con el tráfico de droga, o utilizan la prostitución como el principal recurso para conseguir dinero rápido y sustancias. Aparecen reiterados comentarios acerca de la prostitución como una necesidad temporal e indeseada, que abandonan muchas mujeres si su problema de drogodependencia cesa.

“Al conseguir dinero de manera más rápida... tienen más dinero, tienen más veces dinero, con lo cual consumen más y pueden consumir digamos drogas de mayor empaque económico, en el sentido de lo que vale, porque la dosis de cocaína, consumir cocaína en base necesita muchísimo dinero.... Una vez que dejan la droga dejan la prostitución ... yo estoy totalmente convencido porque en todas las entrevistas que yo he realizado ellas no se prostituyeron y luego empezaron a consumir, fue al revés, es decir, empezaron a consumir, a consumir, a consumir, cuando ya llega un momento en el que se encontraban que tenían un problema con la droga entonces empezaban a buscar dinero para la droga y de que manera y al final pues terminan por hacerlo una vez y ya lo haces más veces....Alguna ha manifestado uff que quieres que te diga, lo hago porque tengo que consumir, porque estoy enganchada y tal, pero yo realmente si tuviera dinero no haría esto” (13)

“Las mujeres suelen ser, bien a lo mejor no en todo el periodo de su vida, pero sí que son personas que se encuentran en situación de prostitución, bien de forma continuada en el tiempo o bien a intervalos. Es la manera que utilizan o que se ven obligadas a utilizar para seguir abasteciendo el consumo que llevan” (16)

“La gran mayoría de las mujeres se prostituyen o se han prostituido en algún momento. Hay otras que a lo mejor estaban en un momento de consumo muy fuerte, y en ese momento sí lo han hecho, luego ya cuando han ido estabilizándose y dejándolo un poco, pues ya no. Pero que la gran mayoría.., yo te diría que 8 de cada 10, o 9 de cada 10” (18)

Ellos afrontan problemas judiciales // Ellas castigo moral, engaño y violencia

Se entiende que ante las conductas ilícitas que emprenden hombres y mujeres con problemas de drogodependencia, ellos reciben un castigo social explícito frente a la sanción moral implícita que reciben las mujeres.

Se apunta que los chicos, como consecuencia del mayor número de infracciones asociadas al consumo de drogas, se encuentran con más sanciones administrativas que las chicas. Se postula que el hecho de que ellos conducen con mayor frecuencia que ellas, puede explicar el mayor número de infracciones y correctivos por su parte.

“Suele haber más sanciones administrativas en varones adolescentes que en mujeres. Quizás porque suele conducir el chico” (24)

Como consecuencia de una mayor actividad delictiva, ellos necesitan ayuda jurídica con más frecuencia, son más las gestiones judiciales que deben enfrentar sin comprender muy bien, y son más las sanciones recibidas, que con frecuencia llegan a destiempo, a veces justo cuando están recuperándose.

“Se tienen que enfrentar a la incomprensión. El no dominar la situación, no dominan lenguaje jurídico, no dominan los plazos, no dominan el lugar físico de los juzgados y el que “ahora que estoy bien, me viene todos los marrones antiguos”, “ahora que estoy recuperado me piden que entre en prisión, ahora que estoy bien, me dicen que pague una multa, ¿de dónde pago la multa? Si no la pago, me meten en prisión” (32)

Entre las personas entrevistadas aparece la idea de que las normas de género se encargan de penalizar a las mujeres a través de la moral que tacha de indignas a quienes se prostituyen, o a través de la vergüenza, la culpa y el estigma de “ser drogadicta”, en especial cuando desatienden el rol de cuidadoras que socialmente se espera que cumplan.

“La mujer tiene como el recurso de la prostitución sin tener que entrar dentro de la ilegalidad, porque hasta cierto punto, pues bueno, es distinto. El hombre tiene que delinquir para buscar la sustancia” (27)

“La mujer se siente todavía muy avergonzada del consumo de drogas, está muy marcado todavía el que la mujer sienta vergüenza de lo que está haciendo. Y mucha vergüenza ya no solamente a nivel social, sino a nivel familiar, le cuesta trabajo reconocer, e incluso socialmente, no está igual considerada la mujer que bebe al hombre que bebe, por supuesto. Está mucho peor considerada, y la mujer se siente mucho más peor tratada que el hombre. El hombre bebe porque es un hombre, y la mujer porque es una borracha” (2)

“A la mujer se le castiga más socialmente por un problema de drogodependencia que al hombre. Parece como si el hombre por ser el hombre se le pasa la mano. Pero la mujer,”

teniendo hijos “cómo se mete en la droga, teniendo las obligaciones que tiene”... Existe un castigo social mayor” (5)

“Por nuestra cultura parece que cuando es una mujer el impacto es distinto. En muchos casos... cuando es la mujer el impacto es mayor porque hay un abandono de sus hijos. Culturalmente está visto de otra manera, no es lo mismo que un padre abandone a sus hijos a que los abandone su madre” (15)

Otra de las ideas que los y las profesionales planean desde la perspectiva de género es que, sobre todo las mujeres más jóvenes con problemas de drogodependencia, por razón de género, y a diferencia de los hombres, suelen ser engañadas por quienes les facilitan las sustancias que consumen.

“El componente “hombre” tiene entre comillas más recursos o se encuentra en una situación mejor que la mujer drogodependiente. La mujer drogodependiente tiene más dificultades en todos los aspectos, es decir, incluso han comentado muchas veces que van al punto para comprar y las engañan. No a las que ya llevan mucho tiempo y tal, pero sí es verdad que a las más jovencillas... que no conocen los sitios pues a muchas de ellas las engañan” (13)

Algunas mujeres con problemas de drogodependencia, en ocasiones consumen sustancias para trabajar en la prostitución, y se ven expuestas a abusos y agresiones difícilmente denunciados, recibidos tanto por parte de clientes como de los propios compañeros “sentimentales”. Algunas mujeres en esta situación extrema viven con miedo.

“Con cierta frecuencia tienen problemas de agresión,con lo cual ... los clientes le pueden dar, el compañero entre comillas le puede dar....Sus miedos, su preocupación es que “cada vez que voy a hacer un servicio, cómo finalizará el servicio”.....Pero no manifiestan nada más que eso, es decir los miedos a la noche. Incluso las chicas que no se prostituyen y duermen en la calle, pues exactamente igual, no tengo ningún sitio donde ir y voy a dormir en un cajero, en un charolo y qué seguridad tengo yo ahí de que no llegue alguien y me haga algo” (13)

“La prostitución conlleva abusos sexuales, abusos de todo tipo y la imposibilidad de poder denunciarlo, porque al ser toxicómana como que su credibilidad en los juzgados., en la comisaría., no pueden demostrarla por ningún lado y se encuentran con ese impedimento. Se ven en un callejón sin salida, y ellas no le ven salida” (14)

4.4.5. Pérdida del control de la vida y de oportunidades de crecimiento personal

Aparecen comentarios rotundos y reiterados acerca de cómo la drogodependencia lleva a las personas al margen de las normas y rutinas sociales y a la pérdida completa de control y posibilidad de decisión sobre la propia vida.

"(La droga) los tiene machacados. Sus vidas... ellos no son nadie. Dependen tanto de eso... (30)

"Se pierde el ritmo de vida, la capacidad de decidir. Se sigue retroalimentando lo que quieres evitar" (24)

"El adicto digamos en general, le tiene absorbida la vida por completo...ni controlan familia, ni controlan nada, y económicamente te puedes imaginar, es una pérdida absoluta... una pérdida de todo. Tiene gran impacto a nivel general" (2)

"Su vida está hecha una mierda... Ya la familia no puede más, la pareja les ha dejado, han perdido el trabajo, han perdido la vivienda... ya le han retirado los niños, han perdido la casa, viven en la calle, casi no se hablan con la familia, se han metido en problemas de deudas, han salido de prisión... Ya pasan por todo.....Puf, les destroza, totalmente su vida y la de sus familias" (18)

Se comenta que la drogodependencia también supone a las personas lo que denominan "parada de crecimiento", expresando que la adicción puede llegar a suponer en las personas un estancamiento del desarrollo cognitivo, y de conocimiento y reconocimiento del medio en general.

"Yo tengo la sensación de que el impacto es tremendo. Es como la paralización de una evolución personal, de un crecimiento personal que se paraliza totalmente... el impacto es como una paralización. Como hemos leído en muchos libros el crecimiento personal se paraliza en el momento en que empiezan con las drogas. Entonces te encuentras con personas en un cuerpo de cuarenta años y mentalidad de quince. No han evolucionado ni han madurado como personas en absoluto. Son personas que durante 25 años han estado paradas a nivel de crecimiento personal" (5)

4.5. RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA DE ABUSO DE DROGAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA RED ANDALUZA DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

El conjunto de profesionales describe las importantes dificultades que las personas usuarias de los servicios encuentran para reconocer su problema. Señalan cómo las mujeres pueden ser más conscientes de éste que los hombres, aun cuando tienen más dificultades para visibilizarlo y plantearlo públicamente, ante el mayor estigma hacia las mujeres con problemas de drogodependencia.

4.5.1. Por presión familiar

En las entrevistas realizadas se ha señalado que la familia y allegados son quienes con frecuencia reconocen el problema en primer lugar y empujan a las personas con problemas de adicción a buscar ayuda, muchas veces como exigencia y en forma de ultimátum. A veces son los propios hijos o hijas quienes destapan el problema.

"Muchos vienen y no reconocen que tienen un problema... El ingreso es voluntario pero algunos vienen inducidos por la familia, coaccionados en cierto modo porque es la última oportunidad que les dan" (19)

"La familia detecta el problema y muchas veces presiona, ... la familia está ahí apoyando, presionando, empujando. Entonces la familia hace un papel súper importante en el tema del drogodependiente" (26)

"Se niegan a sí mismos que tienen un problema y por eso es tan difícil... La familia es la que les dice, la que se preocupa, interviene para que ellos entren en un programa de atención y recuperación" (28)

"En el caso de los hombres la mujer ya le dice "o vas o te vas", cuando la pareja o la familia les dicen algo, van por presión familiar" (12)

"Cuando ya los hijos se hacen mayores. Mientras son pequeños no se dan cuenta o parece que no se dan cuenta, pero cuando tienen una determinada edad y empiezan a dejar el domicilio, empiezan a decirles "veo que tienes un problema, tu consumo no es normal" (11)

"Quien está poniendo el problema encima de la mesa es la familia, pero, por ejemplo, con frecuencia es la mujer... o abor das esto o me separo, pero claro, eso por ejemplo es complicado" (7)

En el caso de jóvenes con adicciones, es la familia la que con frecuencia demanda ayuda cuando están empezando a aparecer problemas psicológicos o relacionales a consecuencia del consumo. En otras ocasiones, resulta difícil que la familia lo detecte

debido al propio estilo de vida y tipo de organización familiar que oculta las dificultades de la persona que abusa de determinadas drogas.

“Y sobre todo los adolescentes, si son menores porque vienen sus padres, y muchos porque empiezan a tener ya trastornos psiquiátricos que están apareciendo o de conducta..... A veces no hay consciencia de problema..... Está desorganizada la vida familiar, el hogar, los estudios, lo otro... así que desde que se va de casa y no arregla su propia habitación, hasta que no llega a comer a la casa, o bien, van a comer y no hay nadie en la casa, porque los padres están trabajando o cada uno va a comer a una hora diferente, son muchas cosas” (8)

Cuando abandonan sus responsabilidades (Ellos el trabajo productivo // Ellas el reproductivo)

El reconocimiento del problema por parte de la familia viene de la mano de la aparición de agresividad, irritabilidad, conflictos o accidentes domésticos. De acuerdo a las normas tradicionales de género, en el caso de los hombres, estos sucesos tienen que ver con la desatención de responsabilidades laborales o actividades fuera del hogar, y en el caso de las mujeres, con la desatención de tareas de cuidado y del hogar. De esta manera, los roles tradicionales de género aparecen en los discursos para justificar el comportamiento disfuncional que acompaña a las drogodependencias.

“Fundamentalmente cuando hay muchas consecuencias negativas o adversas en el entorno. Ellos cuando empiezan a tener problemas laborales, llegan tarde a trabajos, se les ha llamado la atención en el trabajo, han tenido accidentes de tráfico, se les retira el carnet. Y ellas más en lo que hace referencia al cuidado de los hijos. También la mujer, como cada vez está más metida en el ámbito laboral, a veces tiene repercusiones en el ámbito laboral, pero suele estar muy asociado todavía a sus funciones dentro de la casa” (10)

“Ellas cuando tienen problemas a nivel laboral (si están trabajando), o a nivel familiar por el descuido del hogar y de las tareas propias de la actividad diaria. Mientras que la mujer es capaz de mantener el consumo y llevar la casa hacia adelante no hay problema. Muchas veces el problema es que “llego y no me tiene la comida preparada”, “es que llego y los niños no han ido a la escuela” o “es que viene de dejar los niños a la escuela y está acostada” (1)

“Los maridos, cuando su mujer bebe, realmente lo ven cuando ya la situación en la casa se está haciendo insostenible, por ponerte un ejemplo” (8)

En muchas ocasiones, después de llegar a los servicios solicitando ayuda empujados por la familia, es cuando empiezan a tomar conciencia del problema de la adicción. No obstante, también se comenta entre las y los profesionales la casuística de quienes siguen sin reconocer el problema en consulta y sólo acuden como respuesta de huida y evitación de las presiones familiares.

“Muchas veces el primer empujón lo da la familia y una vez que están dentro es cuando reconocen o se dan cuenta de que tienen un problema de adicción” (15)

“Existen muchos casos que vienen a aparentar... realmente es la necesidad de un familiar, la necesidad de una pareja, la necesidad de alguien que quiere que la persona cambie, pero ellos lo que están planteando es que ellos quieren seguir en la misma situación. Lo que quieren es que los deje tranquilos la madre, que los deje tranquilos la pareja. La persona hace el paripé pero lo que quieren en su fuero interno es seguir consumiendo y quieren seguir con su misma realidad... La demanda que te plantean es “yo quiero ayuda” pero “lo que quiero es que me quite y deje de darme el coñazo mi madre o mi mujer o mi marido o mi hermana o mi hermano y que dejen de darme la tabarra” (5)

4.5.2. Por consecuencias indeseadas

Las y los profesionales coinciden en que el reconocimiento del problema se produce “demasiado tarde” y sólo cuando el consumo dependiente ha tenido consecuencias adversas sobre la vida de las personas. Se utiliza la expresión “tocar fondo” para describir un punto de inflexión, una situación límite para las personas con consumo dependiente que les hace buscar ayuda o dejarse ayudar como, por ejemplo, una separación, pérdida de empleo, pérdida de la custodia de los hijos e hijas, problemas judiciales, enfermedades asociadas, o la necesidad de realizar actividades indeseadas para mantener el consumo.

“Lo reconocen... normalmente suele ser más bien tarde, cuando ya empiezan a tener algún problema. Raramente vienen personas demandando tratamiento porque está viendo que se le está yendo de las manos. Aparecen cuando ya ha habido algún problema, siempre tiene que haber un punto de inflexión para que se produzca el cambio famoso, como que tu pareja te diga que ya te deja. En el caso del alcohol es lo más frecuente, las mujeres que les dicen “hasta aquí he llegado, no aguanto más” (8)

“Pues cuando realmente su situación no le permite seguir adelante, vivir una situación normalizada, entonces es cuando reconocen realmente que hay un problema. Mientras que se le va permitiendo tirar para adelante y digamos simultaneando la drogodependencia con su vida normal, pues nada.. Ya cuando ven que ya se le acaba la bicoca, cuando ven que ya van a la calle, o bien se quedan sin pareja, o bien le retiran a los hijos, o bien fallecen los familiares. Ante una situación de este tipo, ya la situación personal cambia mucho y entonces es cuando sienten que realmente tienen un problema y que tienen que cambiar y entonces es cuando buscan ayuda. Te estoy hablando de cuando ellos sienten la necesidad, porque otra cosa es cuando vienen con las necesidades de otro” (5)

“Cuando hay problemas judiciales, enfermedades asociadas, hurtos y robo..” (9)

“Cuando inician alguna actividad delictiva, tiene abandono del otro miembro de la pareja o el síndrome de abstinencia es fuerte” (4)

“Cuando temen el abandono. A ellos quizás lo que más les preocupe algunas veces es que los abandonen, que los dejen fuera de la casa (12)

“El problema, cuando uno se da cuenta, es cuando no puede pagarse el vicio, cuando uno tiene que empezar a hacer cosas ilegales, prostituirse o lo que sea” (27)

Ellos tienen menos problema en reconocerlo // Ellas son más conscientes del problema

Algunos comentarios hacen referencia a que los hombres tienen menos dificultad para reconocer y hacer público que tienen un problema de drogodependencia, mientras que las mujeres, aún siendo más conscientes de su adicción, ocultan más el problema por miedo al estigma social asociado a las “mujeres drogodependientes”.

“Los hombres se justifican ante la familia y les cuesta menos reconocerlo” (3)

“Normalmente aunque las mujeres vienen menos pero son más conscientes de que tienen una dificultad. Los hombres muchas veces vienen por ... presión laboral, ..del aumento del gasto.... Sin embargo cuando viene la mujer, viene más concienciada de que efectivamente hay un problema” (1)

Ellos lo reconocen ante la pérdida de trabajo, dinero // Ellas de relaciones, hijos/as

En las entrevistas que hemos llevado a cabo se hace referencia a cómo los hombres reconocen el problema ante la pérdida del control de sus vidas y sobre todo ante la pérdida o sospecha de pérdida de algo material o relacionado con su rol de proveedores: el trabajo, la vivienda, dinero.

“Normalmente el hombre cuando tiene miedo a perder el trabajo, a no poder costear el tema del consumo y la sensación de pérdida de control” (1)

“Porque llegan a darse cuenta de que les está perjudicando a nivel laboral” (12)

“A los hombres les influyen menos los problemas de pareja, le influyen bastante menos, les influye más posiblemente su pérdida de trabajo. En eso si se está notando mucho, la pérdida de trabajo en el varón si se ha notado mucho, refiere mucho “desde que estoy en paro se ha incrementado muchísimo el consumo pues de alcohol por ejemplo ... Lo emocional le afecta más a la mujer que al varón.... Yo siempre pienso que la mujer es que se limita sólo a su vida laboral sino que también lleva vida familiar y demás, y el hombre se olvida un poquito de esa vida familiar” (2)

“Vamos a ver, muchos de ellos o en situaciones límite, como puede ser una causa judicial, que los hayan cogido, eso sobretodo el hombre... Pueden perder familia, trabajo, ya en algún momento han tenido una llamada de atención, por parte o bien de los jefes, o por parte incluso de la mujer, por algún tema en concreto” (2)

“Y a muchos de ellos, la situación en la que se encuentran pues han perdido todo lo que tenían, tanto familias, hogar, como casa material, bienes materiales como coche, su trabajo. Yo creo que unas de las cosas que más le preocupa es el no tener trabajo a ellos le preocupa sobretodo” (25)

“Ellos cuando empiezan a venirles muchos problemas jurídicos encima, uno detrás de otros, y bueno, se les enciende la bombilla” (32)

La pérdida emocional, la pérdida de relaciones familiares y de pareja mueve a las mujeres a reconocer su adicción. El miedo a perder la custodia de los hijos e hijas o el deseo de recuperar la custodia ya perdida, es, en muchas ocasiones, un acicate para que las mujeres reconozcan el problema de consumo dependiente y se acerquen al tratamiento.

“En la mujer casi que si no pierde a nivel de relaciones familiares, no lo ve. Tienen que perder los hijos, la pareja, tiene que perder mucho para que vea que tienen un problema. Y al hombre no le importa tanto el perder hijo, o la pareja, tiene que perder algo físico, algo cuantitativo no cualitativo, algo físico: el trabajo, la vivienda... La mujer tiene que perder algo cualitativo..... El hombre ... lo valora como: he perdido mi casa, he perdido mi trabajo...Y la mujer lo nota más en la otra parte, lo cuantifica más en la perdida emocional, en que ya no va a ser la misma, “ya nadie me mira igual”, “ya nadie me respeta igual”... Le cuesta mucho más trabajo valorarse como persona. El hombre, por ejemplo, si luego tiene una casa y tiene un trabajo se encuentra perfecto en el aspecto emocional y en la mujer no, la mujer a nivel emocional todavía se siente destruida, por haber pasado por el tema del consumo” (6)

“Las mujeres muchas veces cuando tienen miedo a perder a sus hijos. Cuando a lo mejor entra Menores, el Servicio de Protección de Menores. Cuando se detecta que hay un problema en la familia, que había un desamparo del menor, ya Servicios Sociales interviene y la mujer ya dice, uy, aquí ya me tengo que poner las pilas” (26)

“Ellas lo reconocen sobre todo cuando empieza a afectarles a sus hijos” (32)

“Ellas lo reconocen sobre todo cuando la llamada de atención se produce por sus hijos, más que incluso por la pareja” (2)

“Y a las mujeres les preocupa más el tema pues de haber perdido a sus hijos o muchas se encuentran que sus hijos ya no están con ellas y yo noto que cuando hablan de sus hijos se sienten muy mal, no les puedes tocar ese tema” (31)

“Algunas vienen porque el ingreso en la UDH es condición necesaria para recuperar la custodia, y la mayoría viene porque hacen el intento por sus hijos” (20)

4.6. PRINCIPALES PREOCUPACIONES Y NECESIDADES CUANDO SE LLEGA A LA RED DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA

En cuanto a las preocupaciones y necesidades percibidas en las mujeres que llegan a consulta, el conjunto de profesionales destaca la angustia que han de afrontar en relación con las reacciones familiares y sociales, cuando desatienden responsabilidades domésticas y de cuidado asignadas por razón de género.

Las necesidades de atención psicológica y de afrontamiento de la soledad, son también algunos de los aspectos que se han destacado.

4.6.1. Atención a necesidades básicas

Especialmente en los servicios de reducción de daños se detecta la importancia de cubrir las carencias básicas de las personas en situación de exclusión social. Presentan toda una serie de necesidades relacionadas con la salud, la vivienda, la alimentación y la higiene.

“Sobre todo cuando llega el invierno, no tienen sitio donde vivir, entonces claro el tema de las prestaciones y el tema de dónde voy a estar. Los albergues están saturados, pero a veces en los albergues también tienen unas normas y ellos no se acomodan a las normas y tienen problemas y los echan, los expulsan durante un tiempo ... y temas de salud también” (18)

“La mayoría están sin hogar, bien no tienen vivienda o si la tienen no está en condiciones habitables normales.... surge la necesidad de alimento, de higiene, de lavandería, que son los servicios que damos... Aunque parezca increíble algunos no tienen ni DNI, ni tarjeta sanitaria, ni han accedido al médico, y si han accedido ha sido de una manera puntual de urgencias” (16)

“Lo que demandan son necesidades básicas. Demandan alojamiento, comida, higiene, necesidades básicas... Ellos exigen o demandan que haya comida caliente y esas cosas” (14)

Viven pendientes sobre todo de las necesidades de cada momento, sin demasiada proyección futura. Señalan que el vivir día a día marca la actitud de las personas que suelen llegar a la red de tratamiento, demandando sobre todo dinero para ir cubriendo sus necesidades inmediatas.

“Ellos son muy inmediatos, les preocupa mucho lo del día casi, casi no que no cuentan con lo que pueda pasar mañana. Es decir hoy es el día y no sé siquiera si mañana me lo puedo plantear porque no sé qué ocurrirá, ni siquiera si estaré aquí. Ellos sí que son Carpe

diem, de vivir el momento..... No manifiestan realmente nada más que la inmediatez, el momento, es conseguir lo que hoy tengo que hacer, lo que hoy voy a hacer, y... casi, casi... no hoy sino en los próximos minutos, las próximas horas y poco más" (13)

"Quieren dinero, dinero, dinero. Te dicen que es para cambiar su situación, luego a lo mejor cuando consiguen el dinero no es para eso, sino que vuelven a consumir. Por ejemplo, personas que solicitan una ayuda pues me dicen "Me tienes que ayudar, que voy a solicitar esto tal, que quiero cambiar, que quiero alquilarme una habitación", pues sí venga, ... y luego te enteras que cuando ha cobrado se lo ha gastado. Son pocas personas que en verdad utilizan el dinero que pueden ganar para cambiar su situación. Yo lo entiendo, si el consumo es difícil en cualquier persona, en personas que además no tienen un apoyo familiar, pues más difícil todavía. Su mayor preocupación es el dinero bien sea para el consumo, bien sea para de verdad cambiar su situación (16)

4.6.2. Tratamiento farmacológico

Quienes tienen un consumo activo quieren tener garantizada las dosis que necesitan de la sustancia sustitutiva. Así mismo, también hay una importante demanda de tratamiento farmacológico para sobrellevar determinada sintomatología psicológica.

"Ellos quieren tener su medicación, su tratamiento, su metadona, ..., el tratamiento en general les preocupa porque de eso depende digamos el bienestar del momento y del día a día y les preocupa muchísimo. El tener la posibilidad de tomarse la pastilla de metadona ya eso les tranquiliza mucho. Tener su tratamiento para no encontrarse nervioso por el tema del insomnio, la intranquilidad eso también les preocupa" (13)

"Ellos demandan, sobre todo al principio tratamiento médico, porque vienen con crisis de ansiedad, porque vienen con los trastornos de muchos psicóticos y vienen fatal, vienen agresivos. Y el que tiene dependencia a opiáceos y a lo mejor está comprando metadona y ya se le está terminando la fuente que le proveía, pues viene demandando. O sea, que realmente el inicio del tratamiento básicamente es médico farmacológico. Demandan mucho tratamiento farmacológico, que a veces es necesario y a veces tampoco, bueno tampoco lo es tanto pero ellos lo viven así" (8)

4.6.3. Atención psicológica

Los y las profesionales suelen coincidir en que muchas de las personas que acuden a consulta en la actualidad necesitan atención psicológica.

“Antes venía más un paciente con deterioro físico,... Y a día de hoy nos encontramos un deterioro más bien psiquiátrico, un deterioro cognitivo” (26)

“En general existe una población con problemas de salud mental, que empiezan a tener problemas con drogas” (5)

“En el tema de salud mental, es que aquí el que no tiene ansiedad, tiene depresión, no puede dormir...” (18)

“Una (novedad) muy llamativa es el aumento de personas con problemas psíquicos, en seguimiento de salud mental y consumidores de sustancias.... quizás porque las personas sin problemas de salud mental están acudiendo a otro tipo de dispositivos, o se regulan ellos, incluso Atención Primaria los atienden los casos leves de adicción” (1)

“También hemos detectado un aumento... bestial (o lo mismo antes estaba y no nos habíamos dado cuenta), con problemas de salud mental, muchísimo, muchísimo. De hecho aquí a la mayoría de la gente... les ponemos que vayan a salud mental..., de hecho les pedimos cita, los acompañamos y tal, le sacamos la medicación y se la administramos aquí. Mucho tema de esquizofrenia, trastorno bipolar,... eso tanto en hombres como en mujeres” (18)

Según se informa, los problemas de salud mental y de drogodependencia están relacionados bidireccionalmente. Se entiende que los problemas de salud mental a veces son desencadenantes y otras son consecuencia de los problemas adictivos.

“Y los problemas mentales, que no sabemos que ha surgido antes el problema mental o el consumo. Si el consumo ha llevado a desencadenar el problema mental o si el problema mental le ha hecho a la persona más vulnerable a la hora de consumir” (16)

“Hay una línea muy fina entre la drogodependencia y los trastornos psiquiátricos. Muchas veces no sabes qué fue primero el huevo o la gallina. Tengo una depresión y consumo, o consumo y esto me produce una depresión. No me llevo bien con mi marido y consumo, o consumo y ya no me llevo bien con mi marido” (20)

Se ha referido puntualmente que son menos las mujeres que acuden a los servicios de drogodependencia con problemas de salud mental. Aunque en general son recurrentes los comentarios que enfatizan un perfil femenino con frecuentes problemas de este tipo. Específicamente se señalan: ansiedad, insomnio, síndrome de estrés postraumático, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación y problemas de imagen, depresión e intentos de suicidio.

“Nosotros aquí detectamos que hay más intentos de suicidio en el caso de las mujeres” (26)

“Muchas de las mujeres que vienen aquí además tienen problemas de salud mental. Los problemas de salud mental se dan en los dos pero sí es verdad que en las mujeres que tenemos, pocas son las que no tienen algún un problema de salud mental” (16)

“Y lo que yo creo que es más diferencial son las cuestiones de patología psiquiátrica asociada. Los temas de, por ejemplo, ansiedad-depresión son más frecuentes en las mujeres” (7)

El largo recorrido que muchas mujeres tienen que hacer por diferentes servicios, entre ellos los de salud mental, supone una limitación clara en el proceso de abordaje de sus necesidades.

“Vienen también rebotadas de un sistema de salud mental la gran mayoría, donde han solicitado apoyo a su estado depresivo, ansioso y nos vienen derivadas más por salud mental o por su médico de cabecera de AP, y ahí es donde está aumentando la población femenina” (6)

4.6.4. Asesoramiento jurídico-legal

La aparición de problemas legales de índole familiar o económica también les preocupa mucho y forma parte de las demandas que se llevan a tratamiento. Algunos usuarios (sobre todo varones) reciben con frecuencia sanciones o se ven envueltos en problemas judiciales, y como consecuencia a veces acuden a los servicios sólo para obtener beneficios judiciales. En general, necesitan asesoramiento para resolver trámites que no saben gestionar autónomamente o que no pueden gestionar por problemas económicos.

“A veces llegan para quitarse alguna sanción de la Guardia Civil o Policía por consumo” (10)

“En el caso de jóvenes, por sanción administrativa, pues si te pillan consumiendo, hasta hace unos meses, la manera de que te quiten la sanción era acudir a un centro de tratamiento” (11)

“Suele haber personas que ingresan por orden judicial para conmutar pena o para librarse de la cárcel” (20)

“Nuestro programa de asesoramiento jurídico la verdad que es muy necesario, no porque lo diga yo, ojo, pero es muy necesario porque son personas, incluso de perfiles más normalizados, que... de repente...se les plantea una demanda de divorcio, o una demanda de medidas sobre los hijos, entonces ellos de repente se ven perdidos. Se ven sin casa, sin trabajo y necesitan que vayamos de la mano con ellos. En el servicio jurídico también hay abogados de oficio, porque ellos no se pueden costear un abogado. Necesitan que nos leamos muy bien los convenios, llevarlos un poco de la mano en ese sentido. Otros necesitan

el asesoramiento jurídico para medidas alternativas a prisión, por ejemplo, medidas alternativas a drogas, mediación, antes de que se llegue a una condena respecto a esa víctima y haya una sentencia..... Alternativas a prisión, alternativas al pago de multa, etc.” (32)

4.6.5. Apoyo, protección, relaciones afectivas

Salir de la soledad y el abandono son algunas de las necesidades importantes que detectan los y las profesionales. Las personas con problemas de drogodependencia necesitan cubrir sus necesidades de afecto, escucha, protección, aceptación y sentido de pertenencia a un grupo y las demandan cuando inician los programas de drogodependencias.

“Su estado emocional también les lleva a que unas de las mayores preocupaciones sea la soledad, el que se sientan solos, el que se sientan desprotegidos de verdad” (16)

“Creo que cuando vienen aquí llegan con un deterioro tan grande que la mujer viene buscando mucho afecto, mucha necesidad de ser mirada, la necesidad de mejorar su nivel de autoestima. Poder encontrar un espacio en la sociedad y decir yo puedo trabajar, yo puedo ser una persona normal. Y en el caso de los hombres pues la necesidad básicamente también yo creo que es la misma. El normalizar sus hábitos, tener una vida dentro del estereotipo normal. (26)

“Hay mucha necesidad de ser atendidos, escuchados y de encontrar un núcleo, un círculo de relación, la pertenencia, el sentimiento de pertenencia a un grupo. Sentirse que pertenecen a un grupo social, porque en su grupo origen y tal, posiblemente por su adicción lo han marginado, rechazado o separado” (24)

“Si nos ceñimos a las mujeres, por ejemplo tienen que aprender, la mayoría de ellas a valerse por sí mismas, a mejorar su autoestima, que muchas no tienen o la tienen en niveles muy bajos.” (8)

Ellas expresan sus temores // Ellos no por razón de género

Se relata cómo los hombres y mujeres sienten miedo a la soledad y al abandono. Sin embargo, se sugiere que se diferencian en cuanto a que las mujeres expresan esos sentimientos pero los hombres no llegan a expresarlos por razón de género. Es decir, los hombres no verbalizan sus temores bajo la norma que dicta la represión emocional masculina.

“Me he resistido un poco a comentarlo...las mujeres hablan mucho del tema de la soledad y el miedo a la soledad. De hecho, algunas llegan con problemas familiares más o menos importantes relacionados con eso. Pero es que en el caso de los hombres también, sólo que es diferente el cómo lo expresan y el cómo lo sienten. Las mujeres es más fácil que lo expresen y lo digan así, con esa palabra, los hombres no lo dicen de ese modo ... el tema del miedo en el caso de la mujer se expresa de un modo, en el caso del hombre se puede

expresar en términos de comodidad... no me refiero al miedo físico a que nos peguen o a que nos hagan, no, no, me refiero miedo a la soledad, miedo al abandono, miedo a no conseguir lo que yo quiero" (7).

Ellos necesitan relaciones sexuales // Ellas necesitan protección

Entre los y las profesionales que han participado en esta investigación han aparecido comentarios relativos a la relaciones de pareja en el contexto del tratamiento de las drogodependencias. Desde una perspectiva de género, se pueden contrastar la preocupación masculina por la menor frecuencia de relaciones sexuales durante su proceso de tratamiento, frente a la necesidad de afecto y de protección de algunas mujeres.

Se señala que algunas mujeres con problemas de drogodependencia y que llevan una vida transeúnte o que se prostituyen, tienen la necesidad de buscar pareja como recurso para afrontar la soledad y la adversidad. Muchas mujeres tienen miedo de represalias y necesitan protección para afrontar conflictividad relacionada con el consumo de drogas. Esto se discute como un problema en cuanto a que estas situaciones potencian determinados roles de género, como el de la seguridad y dominación masculina.

"Ellos tienen muchas quejas respecto a la sexualidad, a la frecuencia" (9)

"Claro, todas ellas en esa soledad necesitan a alguien con quien estar--- no tanto relacionado con el amor, con este tipo de cosas, sino que es una cuestión de necesidad. Es decir, es que estoy sola, estoy en la carretera, me prostituyo y me hago tantos clientes al día, necesito....." (13)

"En la calle lo que pasa es que suelen buscar la protección de un hombre, porque una mujer sola en la calle es muy, muy vulnerable.. suelen tener siempre una pareja, ... porque defenderse sola en calle... es muy complicado..... y... se agarran a cualquiera" (18)

"Ellas tienen miedo a represalias, son personas que si se meten en temas de drogodependencia y las llaman como testigos a juicio dicen: "Es que si vuelvo otra vez a mi barrio", "Me han hecho pintadas en mi casa" ... es una amenaza que no les garantiza su integridad física y moral" (32)

"Siempre que están en calle tienen una supuesta pareja, pero porque siempre tienen que buscar un vínculo con un varón que les proteja, con lo cual encima estamos fomentando todo el tema de los valores de dominación, de superprotección mal entendida y demás. Pero supongo que les compensa porque están en situación de calle, si no estuvieran en situación de calle seguramente no tendrían que acercarse a ningún varón para que por la noche les proteja ni buscarse ninguna relación de este tipo, estarían atendidas desde otro punto" (17)

4.6.6. Respuesta a responsabilidades asignadas por razón de género durante el proceso de tratamiento

Ellos necesitan empleo y dinero // Ellas afrontar las reacciones familiares y la custodia de sus hijos e hijas

Se ha comentado que una de las preocupaciones recurrentes entre las personas que acceden a tratamiento, sobre todo en hombres y de acuerdo a su rol de proveedores familiares, es la pérdida de ingresos y la necesidad de conseguir un empleo o algún recurso económico para tener satisfechas las necesidades básicas. Si tienen un empleo temen perderlo, sobre todo cuando trabajan como autónomos.

“Por supuesto la primera necesidad que todos te manifiestan, muchos de ellos, la inmensa mayoría actualmente: trabajo. Un trabajo y... bueno pues vivienda y todo lo que conlleva la pérdida de trabajo” (2)

“Una de sus preocupaciones mayores, tanto de ellos como de ella, es conseguir algún tipo de recurso económico. Te plantean el tema de que necesitan recuperarse y a la vez te van planteando el tema de “¿conoces prestaciones que puedo solicitar?, ¿dónde puedo acudir?”. En muchos casos la situación se vuelve dramática” (12)

“La necesidad primera que plantean son necesidades económicas que asocian a un trabajo... La necesidad y preocupación que ellos transmiten normalmente es el tema económico... y tener seguridad... tener sus necesidades más básicas satisfechas” (5)

“El hombre es mucho más básico, el hombre es mucho más cuadrulado y el hombre se preocupa sobre todo...por cómo me voy a incorporar otra vez al trabajo” (26)

“El tema laboral les está preocupando mucho, es donde más estrés se está sufriendo... y luego la competitividad también, el consumo para competir, encontrar trabajo o rendir más... Ya que tienen un trabajo quieren conservarlo 100%, entonces ... quieren ser más competitivos y no pueden perder el puesto, por lo que te piden más apoyo para rendir más, para estar pendiente de tal... No quieren venir tanto al centro porque no quieren que se enteren en el puesto de trabajo, etc.....” (6)

Conseguir o mantener un empleo actualmente se considera difícil dado el contexto de crisis, y más aún para personas con carencias formativas, lo cual hace especialmente difícil la situación para mujeres que se dedican al trabajo del hogar u otro trabajo en el que se requiere escasa cualificación.

“Poder acceder a un trabajo está muy vinculado a la formación con lo cual está muy complicado. Porque claro si no hay trabajo en el tiempo que estamos viviendo..., para las personas sin formación pues mucho más difícil ... Entonces en las mujeres evidentemente también aumenta la problemática...” (5)

La custodia y el cuidado de los hijos e hijas es una de las principales preocupaciones de las mujeres que son madres y tienen problemas de drogodependencia, apareciendo éste en los discursos como un factor clave para entender la inclusión de las mujeres en los programas de tratamiento.

“A las mujeres el tema de los hijos principalmente, el tema de los hijos y tema familiar” (12)

“Un tema de preocupación de mujeres es la relación con sus hijos e hijas, en los hombres también, pero en las mujeres más, sobre todo si son pequeños. Tienen mucha preocupación por cómo estarán, por verlos, ... hay momentos en los que la desesperación les lleva a agredir verbalmente a la persona que está cuidándolos porque ellas quieren acceder a los niños, aunque luego por otro lado cuando hablas con ellas reconocen que no es el momento, que no son las formas, pero sí que es verdad que tienen mucha preocupación las mujeres, sobre todo cuando son pequeños” (16)

Según la opinión de algunas de las personas entrevistadas, a las mujeres les preocupa tener que contar su problema. Les preocupa la opinión de los demás y la forma en que su familia puede encajar el problema de drogodependencia. En algunos casos, como el que exponemos a continuación, explican que esta circunstancia se debe a su baja autoestima y se entiende como un factor obstaculizador para que puedan buscar ayuda.

“Para la mujer, pues más el tema de la opinión de los demás pienso que es muy importante. Por la baja autoestima que tienen de sí mismas, que no tienen confianza en ellas mismas, ... no entienden que es un problema que se puede solucionar.... Aparte de la imagen que puedan tener de ellas sus familiares, ...contar que hay un problema les preocupa mucho a ellas” (10)

Afrontar la conflictividad familiar y de pareja, y el miedo a perder la custodia de los hijos e hijas, son las principales preocupaciones de ellas. Se argumenta esta mayor preocupación por razones de género, naturalizando en las mujeres su capacidad de vínculo y cuidado infantil.

“El tema de la necesidad de afrontamiento de situaciones familiares, ahí hay una cantidad de problemas y preocupaciones tremenda... Cómo afrontar los conflictos, ... hay muchísimas separaciones, problemas de hijos con otras parejas, relaciones con la familia propia, con padres... Y este problema también es mayor en las mujeres, porque realmente, pues bueno, el vínculo con los hijos para las mujeres parece un poco mayor, por tradición y por naturaleza. Entonces cuando tienen problemas de hijos, de separaciones, la mujer lo vive y lo transmite con mayor intensidad que el hombre” (5)

El miedo a perder a sus hijos e hijas les sirve de revulsivo para intentar eliminar el consumo, o bien para intentar recuperarles, en el caso de que ya hayan perdido la custodia. Esa preocupación no parece reflejarse en las vivencias de los hombres, según informan las y los profesionales consultados. En los discursos se visibiliza la importancia que le otorgan las mujeres al cumplimiento de los roles maternos y cómo se relacionan con los problemas adictivos.

“Las mujeres tienen la misma problemática que tienen los hombres pero ahora añádele la perspectiva de género, que es que ellas te expresan que tienen cargas familiares... siempre tienen como esa carga emocional de “quiero conseguir a mis hijos, quiero recuperarlos”, que eso por ejemplo el hombre no lo transmite” (14)

“Tengo yo una que toma un miligramo nada más porque quiere que le den a la hija que se la quitaron hace ya, ... la mujer tomaba 70 y ahora toma 1 miligramo.. que ya realmente es nada...” (30)

“Hombre la mayoría de las mujeres que nos vienen siempre es, el rescatar a los hijos, esa es una de las peticiones siempre, porque son mujeres que tienen el hijo en acogimiento o les han quitado la patria potestad o están con la familia o la tienen compartida y luego pues eso es una de las demandas que más nos hacen ellas” (27)

4.7. ACCESO A LOS SERVICIOS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los discursos profesionales identifican diferentes elementos que pueden favorecer o dificultar la búsqueda de ayuda y el acceso al tratamiento por parte de las personas con problemas de drogodependencia.

Se entiende que la existencia de la propia Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia, cercana y flexible, es un buen punto de partida para combatir los problemas de drogodependencia en general. Además, las mujeres con alguna adicción pueden contar con servicios específicos para ellas. Se considera que la mayor visibilización social que en la actualidad tienen las mujeres, supone también una mayor oportunidad para que ellas puedan buscar ayuda y afrontar su drogodependencia.

El desconocimiento de la existencia de los servicios, junto a las dificultades para reconocer un problema de drogodependencia, son algunos de los principales obstáculos identificados para pedir ayuda. Además, las oportunidades para acceder al tratamiento o continuarlo se reducen ante la necesidad de realizar excesivos trámites burocráticos, soportar largas listas de espera o por la tardía derivación desde otros ámbitos, como los servicios sanitarios. Las mujeres además han de enfrentarse a otros obstáculos como son las cargas de trabajo reproductivo y el fuerte estigma social, que recaen sobre ellas por razón de género y que sirven de freno para acceder al tratamiento.

El apoyo del entorno se considera un importante facilitador del tratamiento de los problemas de drogodependencia en general, y de las mujeres que los sufren en particular.

4.7.1. Elementos que favorecen la búsqueda de ayuda y el acceso a tratamiento

Existencia de una red de servicios, cercanos y fáciles de localizar

Se considera una fortaleza la disponibilidad de bastantes servicios en Andalucía que permiten la consulta y abordaje de problemas de drogodependencia, empezando por aquellos que cubren necesidades básicas y están orientados a la reducción de daños.

“Actualmente los recursos están accesibles al ciudadano con problemas de consumo, siendo esto una facilidad” (4)

“Yo creo que hay recursos suficientes para que una persona pueda quitarse la dependencia” (27)

“Hombre, el servicio tiene la ventaja de que por lo pronto ya no están en la calle...Si ya no tienen vínculo con su familia y tu les montas un dispositivo en el que les das una lavadora para que puedan poner la lavadora, una secadora para que puedan secarla, una plancha para que puedan plancharla, hilo y aguja para que puedan coser un botón si el botón se les ha ido y tal o lo que sea. Es decir pueden ir elegantes. Les da todo lo que puede tener una casa, desde desodorante, gel, champú, gomina para el pelo, ...y ellas se pueden tintar el pelo, ... pueden peinarse, de hecho hay una chica que es peluquera y un chaval también que es peluquero” (11)

Se refiere la importancia de que existan centros que sirven de puerta de entrada a la red de atención, cercanos a la ciudadanía, y fáciles de localizar.

“En todos los barrios hoy en día existe lo más parecido a un CPD, o si no, un centro de salud, al que ellos pueden recurrir, para que al menos tengan un seguimiento médico, para que no se les haga tan dificultoso mientras esperan o no esperan, por ejemplo, un ingreso.... Que... puedan entrar mientras en un programa de metadona, .. que puedan acudir a cantidad de charlas o seguimientos, que en los centros de salud hay, que ayudan a reducir el consumo, o a ver por lo menos los efectos, los factores, los inconvenientes, que ayudan en esa trayectoria mientras esperan o no esperan una comunidad o una vivienda” (28)

“La cercanía del recurso” (4)

“Aquí no hay restricción, aquí puede venir cualquier persona, de cualquier punto de la provincia” (8)

“Fácil de encontrar, es fácil. Estamos en las redes sociales, tenemos página web, hay notas de prensa, se interviene en medios de comunicación” (15)

A los servicios se puede llegar bien por propia iniciativa o bien por derivación desde otros servicios o ámbitos de actuación. Se destaca como un aspecto favorable la mayor entrada actual a la red de servicios de atención a la drogodependencia desde los servicios sanitarios de Atención Primaria, gracias al mayor conocimiento actual de su existencia.

“Creo que tienen todas las facilidades. .. aquí se puede acudir de cualquier manera, no tenemos ningún filtro, puede acudir la gente directamente a pedir la cita para empezar a venir, o bien nos llaman por teléfono, o a través de su médico de atención primaria, la mayoría de los consultorios nos conocen, saben de la existencia del Centro y entonces pueden ser los médicos quienes nos deriven algún paciente. O a través de la unidad de salud mental, con la que también tenemos coordinación, al paciente que tenga una patología dual también nos lo suelen derivar. Así que el acceso es bastante fácil y simple, no hay ninguna traba” (11)

“El acceso a los servicios puede ser también a través de derivación de Atención Primaria, Salud Mental, Servicios Sociales, o de un profesor que solicita una cita para un alumno que ha detectado” (3)

“Tenemos el acceso de primer nivel. Pueden venir derivados de cualquier otro servicio, Servicios Sociales, Educación, Salud Mental, Atención Primaria o directamente porque conoce a fulanico o mengánico, le da su teléfono, llama y el acceso es totalmente directo. No hay ningún tipo de traba” (1)

“La facilidad es que también los médicos de los Centros de Salud cada vez conocen mejor nuestro trabajo, nuestros servicios y accedan a la derivación de personas con problemas de droga, porque claro hay muchísimos problemas de drogodependencia que acceden a la red de Centros por la Atención Primaria. Entonces si el médico que lo atiende conoce nuestro servicio, tiene buena imagen de nuestro servicio rápidamente lo hace acceder hacia aquí. Los servicios sociales también hacen que vengan muchos de nuestros usuarios aquí” (5)

Existencia de servicios específicos para mujeres y menos listas de espera para ellas

Se valora como punto positivo, la mayor disponibilidad de plazas para mujeres en algunos servicios. Así mismo, se entiende que el menor número de mujeres que demandan ayuda con respecto a los hombres permite que ellas accedan a los recursos específicos en menor plazo temporal que ellos.

“Ellas... a los recursos de la red igual y luego a los recursos sociales yo creo que incluso tienen un poco de ventaja, en los de alojamiento por ejemplo, para el albergue y todas esas cosillas hay más plazas para mujeres” (14)

“Como ciertos recursos están dirigidos sólo a mujeres...como hay muchísimos más hombres en la calle que mujeres, la lista de espera para entrar al albergue de hombres es muchísimo más amplia que cuando es para el de mujeres, que es muchísimo más fácil entrar... las plazas femeninas,... al haber menos gente en lista de espera corren más que las plazas masculinas” (18)

En los Centros de Encuentro y Acogida se reconocen acciones de discriminación positiva hacia las mujeres. Se ha señalado que se prioriza la acogida de mujeres frente a la de hombres, dada la mayor vulnerabilidad de las mujeres que se encuentran en la calle.

“A las mujeres, en cuestión de género, y a parte al estar en situación de calle, las mujeres siempre tienen mayor riesgo que los varones. Entonces le hacemos la acogida lo antes posible, o sea, tienen preferencia en cuanto a la prioridad de acogida. Intentamos en que sea en el mismo día en la medida de lo posible, que venga aquí y se le haga la acogida ya para que pueda ya entrar en el centro y pueda empezar a acudir a las citas con el equipo... Sí, las mujeres tienen preferencia en cuanto a la rapidez en el acceso” (17)

Atención ágil y compatibilidad de horarios (Ellos con horarios laborales // Ellas con los escolares)

La rapidez en la atención a las personas cuando se acercan por primera vez a los centros se entiende como otra fortaleza de los servicios y un factor que facilita el acceso a tratamiento. Se considera que se ofrece respuesta profesional ágil, inmediata.

“La inmediatez siempre.... Aquí llega la gente y nada más llegar lo primero que le hacemos es una entrevista lo bueno que tienen los CEAS es la flexibilidad... y que el servicio lo puedan utilizar de manera rápida. Y luego nosotros también somos poco exigentes en el día a día con respecto a que ellos se sientan controlados. ...Lo primero que habrá que hacer es que esa persona empiece a sentirse incluida, empiece a sentirse querida por el resto del sistema.... si están aquí como en su casa, están en familia, no están en la calle y se producen menos situaciones de delincuencia” (11)

“El acceso aquí además de ser rápido, aquí se suele atender con mucha rapidez, en este servicio en concreto. Porque si vienen del hospital, o vienen con sus informes, enseguida se valora el informe y se ve la prioridad y a muchos se le atiende a lo mejor en el mismo día” (8)

“Nosotros nos ponemos en contacto con el CPD y lo atienden rápido. Incluso el mismo día lo han visto, le han hecho pruebas. Dicen “Mientras dale 2, que ya mañana le vamos a hacer el análisis”, o sea, rápido, lo atienden rapidísimo” (30)

También se entiende que favorece el acceso la flexibilidad del personal para adaptarse a los horarios que prefieren los y las usuarias. Se ha referido que las mujeres necesitan que el tratamiento le resulte compatible con responsabilidades domésticas y de cuidado.

“Tanto aquí como en los otros en que he trabajado hay mucha flexibilidad. Si viene bien a primera hora, si viene bien a última, si viene bien a media mañana...Siempre procuramos adaptar la cita a ese horario de conveniencia. Incluso a los turnos laborales... Siempre procuramos esa flexibilidad en la atención de los pacientes” (1)

“Si la mujer no está trabajando, pues no hay problema porque el horario se ajusta cuando.. “que voy a llevar a mis chiquillos a la escuela, y luego después vengo, y así entremedias no tiene esa dificultad.... Y también facilidades laborales para poder asistir a las sesiones”” (3)

“Hay un grupo de mujeres nocturno, específico de mujeres” (15)

“Los horarios influyen porque la mujer digamos todavía.. el tema de las tareas de casa le influye, el tema de la comida, el tema de los hijos, también lógicamente.... y los talleres muy bien para que ellas puedan acoplarse durante la mañana... ponemos el horario de talleres para que después ellas puedan hacer cosas” (25)

Los centros de salud están menos estigmatizados (Ellas los prefieren a los de drogodependencia)

Se apunta que el modelo de atención a la drogodependencia dentro de los centros de salud, en comparación con la atención independiente de los servicios sanitarios, facilita el acceso de las usuarias y usuarios, por el menor estigma social de los problemas que se tratan en los servicios sanitarios comparativamente con los problemas que se atienden en los servicios de drogodependencias.

“No tienen ninguna dificultad, porque acceden directamente desde los centros de salud. No tienen absolutamente ninguna dificultad. En todos los centros de salud, incluso no tienen ni que pasar por su médico de cabecera, ellos solicitan directamente entrevista y no tienen ningún tipo de problema. No están ni siquiera estigmatizados en ese sentido. Es una consulta más, que no tiene ni estigma de drogodependencia” (2)

Se ha señalado que desde los servicios de Atención Primaria se pueden identificar casos de drogodependencia. Esto puede suponer un factor facilitador del acceso a tratamiento de las mujeres que tienen alguna adicción. Ellas acuden más que los hombres a los centros de salud, (en parte por el rol de cuidadoras que asumen como norma de género). Se entiende que ellas especialmente prefieren acudir a los servicios sanitarios frente a los de drogodependencia por el menor estigma social de los primeros. Por tanto, se valoran los centros de salud como espacio clave para identificar problemas de drogodependencia y derivar a las mujeres a servicios especializados.

“Pienso que es igual de fácil acceder para la mujer que para el hombre, lo que ocurre es que acuden más hombres que mujeres ... Las mujeres por ejemplo es mucho más fácil que acudan a los centros de salud. Los hombres es más fácil a lo mejor que acudan aquí que ellas y menos a los centros de salud” (10)

Avances sociales en igualdad de género: hay una mayor visibilidad social de las mujeres y sus necesidades

Algunos cambios sociales que favorecen la igualdad de género y la mayor visibilización de las necesidades de las mujeres en la sociedad actual, se consideran aspectos importantes que parecen estar beneficiando el acceso a los servicios de las mujeres con problemas de drogodependencia.

“Ha cambiado el hecho de que las mujeres acudan a los recursos, a pesar de que por razones de género, sigue siendo difícil... Lo que es verdad es que el perfil de los últimos años va cambiando y hay más mujeres. Creo que eso tiene que ver con cómo piensa la sociedad

que está la mujer hoy en día. Porque antes pues era muy difícil que una mujer pudiera ocuparse de su adicción cuando tenía que ocuparse de otra serie de cosas. El hombre sí puede entrar perfectamente en una comunidad, puede entrar en una vivienda, pero la mujer no, porque la mujer tiene los hijos a cargo, además está peor visto, está muy mal visto que la mujer sea alcohólica, muy mal por supuesto que tenga otro tipo de droga, y luego hay una carga, una presión de cargos de familia. Está mucho más oculto también.....El cambio es que una mujer es capaz de decir quiero ocuparme de mí y de llevarlo a cabo. El cambio es que una mujer es capaz de hablar, si hay violencia de género, por ejemplo, o es capaz de hablar de abusos en su pasado, o es capaz de hablar de aquellos problemas, de aquellas situaciones o aquellos momentos vividos tan ocultos, que la gente a lo mejor no tiene ni idea de por qué... a lo mejor esta persona se dedica a la prostitución y quizá no es una elección, porque esta persona no lo haya elegido sino, bueno porque ha tenido su experiencia de vida" (28)

"Con el tiempo se está avanzando en eso, en que la mujer sea consciente y la mujer salga un poco de su escondite, empiece a expresarse, la mujer se le está dando también otro empoderamiento y la mujer está empezando a hablar. Entonces poco a poco se está viendo que hay más mujeres que recurren a los recursos de drogodependencia" (26)

"Hay mucha más demanda de ayuda de atención por problemas de alcohol y en ellos la mujer ya se ha incorporado. Antes sabíamos que tenían el problema pero no llegaban al dispositivo y ahora sí" (12)

Entre las personas entrevistadas, se ha señalado también como importante avance social, la percepción de mayor diversidad de género entre las personas que demandan ayuda.

"Una cosa a destacar es que en los últimos años hay mucha transexualidad. Menos mal que ya socialmente está mejor visto, más reconocido y también entre ellos, porque antes era muy difícil que a una vivienda pudiera venir un transexual y ser aceptado, incluso convivir en la misma habitación, porque comparten habitación, no solamente la vivienda, sino la habitación era muy difícil. Y ahora, bueno, pues esas personas son aceptadas como otra persona más de otro género.... Antes un transexual... es que era casi inviable. Era muy difícil que se aceptara, se reían. No es fácil tampoco, porque son personas normalmente que, lamentablemente, se han buscado la vida en las calles. En prostitución de calles, se buscan la vida en la calle, entonces claro, estas personas todavía tienen más dificultad a la hora de conseguir un trabajo normalizado. Bien por la voz, por su físico, por muchas cosas más que dificultan integrarse en la sociedad como una persona más" (28)

4.7.2. Elementos que dificultan la búsqueda de ayuda y el acceso a tratamiento

Inadecuación de los recursos a los nuevos perfiles de usuarios y usuarias

Se critica una falta de adecuación de la organización de los servicios de atención a la drogodependencia a los nuevos perfiles de drogodependencia.

"En el pasado se montó un sistema de atención centrado en el problema de la heroína. Ahora son otras las necesidades de atención, según el tipo de adicciones en la actualidad" (3)

“El perfil que se tiene todavía en las comunidades terapéuticas no tiene nada que ver con el perfil que deberían tener ahora mismo. Yo pienso que siguen estando las comunidades terapéuticas diseñadas para adictos a droga por vía parenteral, para los heroinómanos y ahora mismo el perfil no tiene nada que ver y habría que modificarlos totalmente, igual que ... habría que ampliar el número de unidades de desintoxicación hospitalaria. Como sobretodo el cambio de perfil del usuario, que es casi todo con patología dual, por supuesto, habría que cambiarlo” (2)

Desconocimiento de la existencia de los servicios de atención a la drogodependencia (ellas más)

Entre los discursos recogidos se señala el desconocimiento de la Red de Atención a la Drogodependencia, como un inconveniente para lograr que la población que lo necesite acceda a los servicios disponibles.

“El acceso aquí es muy fácil, otra cosa es que muchas veces no nos conocen porque a lo mejor tampoco nos damos mucha difusión, cosa que yo pienso que deberíamos hacer más” (8)

“El desconocimiento, porque yo muchas veces me quedo asombrada de que viene aquí gente y dice “ah, pues no sabía que este centro estaba aquí”, y digo madre mía que aquí hay 40.000 habitantes, que es un pueblo súper pequeño, que más o menos te conoces todos los recursos. Y me sorprende eso, que la gente no sepa que el centro está aquí, que llevamos más o menos 25 años abiertos y la gente no sabe que esto está aquí, eso me sorprende” (10)

“Debería haber muchas más relación entre los distintos niveles, incluso con los mismos pacientes antes de ingresar. Nosotros no tenemos contacto con ellos hasta que nos vienen por las puertas. Y antes estaría bien una llamada, explicarles cómo funciona esto, qué necesitan... pero como no conocen tampoco esto, muchas veces viene uno pensando que se le va a dar electro shock, otros que se les va a atar a la cama. Otros piensan que vienen a una granja o que tienen piscina. Ellos no saben a lo que vienen. Hasta que se relajan, cuando pasan las 24-48 primeras horas ya altas voluntarias no hay... Lo peligroso son las primeras horas” (19)

“El desconocimiento, muchas veces, más que otra cosa, el propio desconocimiento de que existen los recursos. Nosotros si es verdad que hicimos una buena campaña de publicidad al principio en los centros de salud, de atención primaria, albergues y otras asociaciones y tal, pues es decir que estábamos aquí y qué es lo que hacíamos. Eso supuso que la gente empezara a venir” (11)

“Las mujeresvan tomando más conciencia y van pidiendo ayuda, pero hace falta publicidad, publicidad de qué recursos hay, porque a lo mejor existen, pero no se conocen” (32)

Excesivos trámites burocráticos

Los procedimientos administrativos necesarios para el acceso a algunos servicios se consideran un obstáculo importante de la atención.

“Muchos de ellos tienen trabas burocráticas, muchos de ellos no tienen carnet de identidad, no tienen cartilla de la seguridad social, no tienen ni un papel, y claro, hacer trámites para

ingresar aquí les supone a ellos un problema. Además muchos ellos ingresan a través del recurso de dependencia, y dependencia tiene un trámite que es pesad, además bloqueado, con lo cual la vía existe pero es muy estrecha” (21)

“Luego, la burocracia, como dificultad también” (32)

Listas de espera

Las listas de espera se entienden una dificultad para el acceso a los servicios especializados que requieren las y los usuarios.

“Los recursos están limitados por lo que aunque intentamos que no haya un intervalo entre la salida de la UDH y el ingreso en una Comunidad, no siempre es posible por la lista de espera” (19)

“Bueno, yo creo que una de las principales dificultades son las listas de espera famosas y las citas tan, tan largas, porque claro estas personas son muy vulnerables y si además de ser muy vulnerables, cuando deciden algo, cuando deciden por ejemplo acceder a un tratamiento, les genera un tiempo de espera, el cual es muy difícil, porque están en riesgo continuo. Entonces, claro, una persona que está consumiendo y te está diciendo que quiere hacer un tratamiento para dejar de consumir, pues hay que darle una atención se supone pronta o rápida, y lamentablemente no. Lamentablemente hay un recorrido, un protocolo. Hay unas listas de espera que a veces se hacen interminables y otras veces cuando los llamas para las listas de espera ya ellos están en otro sitio. Esa es una de las dificultades que yo veo para acceder a los tratamientos”(28)

“En los CTA o CPD es más rápido, peor cuando quieren tramitar el ingreso en Comunidades terapéuticas o Viviendas de Apoyo al tratamiento, o en cualquier otro recurso, la lista de espera es muy grande” (14)

“Ha habido personas que han entrado muy rápido en el recurso, pero hay personas que se han tirado bastante tiempo esperando, sobre todo en el tema de las viviendas de apoyo a enfermos del SIDA, las VAES, tela, tela, tela. ...Nos gustaría que fuera más rápido, todo más ágil, que hubiera más facilidad para entrar en los recursos, porque al final muchas personas optan por irse a centros privados porque es más inmediato. .. y yo siempre les digo "mira que aunque tengas que esperar un poquito más pero que yo creo que es mejor que vaya por la Red". Pero hay de todo hay quien espera y hay quien no está dispuesto a esperar” (16)

Falta de reconocimiento social de los riesgos del consumo de sustancias

También se señala la baja conciencia de riesgo que tiene la población ante el consumo frecuente de diferentes sustancias, se considera un importante obstáculo de acceso a los servicios de atención a la drogodependencia. Muchas personas tienen dificultades para identificar un problema de dependencia a sustancias, dada la importante permisividad social hacia su consumo.

“La sociedad no tiene percepción de que haya problemas de adicción, o sea, la gente sabe que hay recursos específicos para trabajar con las adicciones, lo que no hay es una

percepción, la sociedad no tiene la percepción de hay una problemática de adicción enorme. Que hay un porcentaje de la población que ni reconocen ni va a reconocer que tiene un problema, eso nos lo encontramos normalmente mucho con el alcohol. Justamente porque la sociedad apoya ese consumo, entonces la percepción de problema, no existe. Sólo cuando ya hay un deterioro...." (15)

"Las dificultades pueden ser la de no querer o no poder admitir que se tiene un problema de adicción del tipo que sea" (4)

Dificultades económicas y de desplazamiento para acudir a tratamiento

El coste económico que puede suponer en muchas ocasiones el desplazamiento a los centros sanitarios se entiende como un obstáculo frecuente para el acceso a tratamiento.

"La situación económica puede facilitar el que vengan o no, aunque sea un recurso gratuito, pero si la persona tiene medios económicos para poder desplazarse, para comprar los fármacos... (3)

"Ya dependiendo de los recursos económicos que tengas, puedes acceder con mayor o menor facilidad... Podrás coger e ir a un centro de tratamiento antes o después. Ya ahí depende de la presión que tengas de la familia en relación al dinero" (13)

"En algunos casos dificultades económicas para comprar billetes de desplazamientos" (9)

"La ubicación es muy importante. Ellos por lo menos se quejan mucho de eso: "es que ahora lo otro está en la otra punta" "es que ahora vivo aquí y tengo que ir a la cita que está muy lejos". No sé si es excusa, pero es verdad que las distancias son muy largas, y ellos no tienen recursos económicos, eso es un impedimento. Verás que no sé si luego a la hora de facilitárseles ellos irían o no, pero en principio es un impedimento que ellos plantean" (14)

Además se apunta que, en ocasiones, las posibilidades de recuperación de una persona con problemas de drogodependencia que no tiene acceso inmediato a los servicios públicos, también se ven limitadas por las dificultades económicas para poder acceder a servicios privados como opción alternativa.

"Luego, otra dificultad es la económica. Que obviamente acceder a un programa de tratamiento gratuito, pues vuelvo a decir que lleva un listado, una espera, unas pautas. Sin embargo, podrían acceder por vía privada pero claro, no pueden económicamente o aunque pudieran no le dan la importancia que tiene para gastarse equis dinero en eso porque no lo ven como importante" (28)

Derivación tardía de las usuarias desde los servicios sanitarios

Se considera un problema de acceso a los servicios de drogodependencia, la detección y/o derivación tardía desde los servicios sanitarios de Atención Primaria, en especial de las mujeres que acuden con mayor frecuencia a los centros sanitarios.

“A mi parecer si Atención Primaria hiciera una labor más de diagnóstico, no daríamos abasto con el trabajo, pero la carga asistencial que tiene le hace imposible dicha intervención” (9)

“Tengo la sensación de que cuando mandan de atención primaria, las mujeres vienen ya muy a la desesperada, como si los médicos de familia que las están atendiendo,, ya se ven desbordados, desesperados por la atención de esta paciente y entonces le dicen “vete a drogas” como si ya fuéramos el último resquicio “mira a ver si allí pueden hacer algo”... Entonces nos encontramos ya con mujeres derivadas de atención primaria, que vienen muy deterioradas... entonces cuando llega aquí llega ya muy deteriorada es un problema con mucha raíz que es muy difícil de abordar” (5)

Dependencia económica de las mujeres

Se señala que gran parte de las mujeres se dedican al trabajo del hogar, tienen cargas familiares, son dependientes económicamente y no tienen formación ni preparación laboral. Esta situación se enfatiza como un importante obstáculo que afecta el abordaje del problema de drogodependencia desde su acceso hasta la fase de reinserción social.

“El hombre siempre tiene mayor nivel de empleabilidad que la mujer. Si la mujer tiene hijos o tiene padres, tiene que estar al cuidado de ellos, de las cargas... hay una diferencia.... Y luego cuando salen del centro, también es mucho más fácil que el hombre se incorpore al trabajo que la mujer (26)

“Normalmente las mujeres suelen tener menos preparación laboral y suelen tener menos recursos económicos porque suele haber más mujeres desempleadas que acuden a tratamiento que hombres y eso también dificulta el acceder y abordar la problemática” (10)

“Y después lógicamente si no encuentra un trabajo, bien por edad o bien por el tema de cultura, pues... aunque hay mujeres que en un momento determinado están cualificadas porque han trabajado y trabajan diariamente, de limpieza, o de camarera o tal.. pero la mujer normalmente yo la veo ahí un poco más desfavorecida en cuanto a ese aspecto” (25)

Cargas de cuidado y trabajo doméstico asignado a las mujeres

El hecho de que las mujeres tengan hijos e hijas dificulta el acceso a tratamiento de las que lo necesitan. Para las mujeres resulta más difícil el acceso que para los hombres, ya que se ven obligadas a priorizar las responsabilidades de cuidado asignadas por razón de género. En muchas ocasiones necesitan contar con el apoyo de otras personas, frecuentemente otras mujeres, para poder acceder al tratamiento y seguirlo.

“Las mujeres sí pueden venir con el problema de los hijos. Si viven solas han tenido que dejar a los hijos con una hermana para poder ingresar, o los han dejado en una casa de acogida...” (20)

“Las cargas familiares suponen un problema más que ellas llevan encima. Como la sociedad es así, machista, las mujeres tenemos esa carga” (14)

“Siempre va a ser mucho más difícil la carga de una mujer madre, que de un hombre que va sin mochila, siempre va a ser más difícil por muchos recursos que tú le des a una mujer salir adelante que a un hombre, siempre le va a ser más dificultoso” (32)

“Y luego en el caso de las mujeres, pues también el tema del rol de la cuidadora, el rol de la atención a sus hijos, el ser la buena madre, la buena hija, la buena pareja, pues también en muchas ocasiones hace que ellas abandonen el tratamiento antes que los hombres, porque sienten la necesidad o la obligación de tener que estar más en casa que los hombres” (26)

“Cuando una mujer viene a entrar en la comunidad terapéutica, ella sabe que va a estar aquí internada, entonces claro, todo lo que tiene fuera, lo ata bien con las familias o lo ata bien con su exmarido o su pareja o lo que sea.Nosotros les decimos, “mira tú vas a entrar y no vas a salir en tanto tiempo, entonces tu eso lo tienes que dejar atado”. Todo eso es un hándicap dentro de la comunidad... porque, quieras que no, mujeres con hijos que dejan fuera, siempre está ahí el tema, el runruneo de “cómo estarán mis hijos”, entonces pues bueno, muchas veces pues tienen más dificultades para centrarlas en el aquí y ahora, porque están más fuera que dentro” (27)

“La mujer siempre tiene más desventaja, porque la mujer normalmente si tiene carga familiares y si están en un proceso de separación o divorcio normalmente se encuentra con tener que atender a la familia, si tiene la guardia y custodia de los hijos” (25)

Cuando resulta necesario que intervengan los servicios sociales en relación con la custodia de menores, eso implica muchos más procedimientos que enlentecen y dificultan el acceso a tratamiento de las mujeres con problemas de drogodependencia.

“Si hay hijos pues tienen que intervenir los servicios sociales para que nos sirvan algo de apoyo, , y eso evidentemente dificulta muchísimo. En el caso de los varones si proponemos ingreso en comunidad terapéutica no hay ningún tipo de problema porque la mujer se encarga de la casa, de los hijos, incluso del soporte económico del tema. Pero sin embargo el caso contrario pues son muchas las dificultades que tenemos” (1)

“Otra dificultad en las mujeres sobre todo, es si tienen hijos o personas mayores a su cargo, ¿qué hacen? Porque se sienten responsables. A veces te dicen, bueno, ¿yo cómo me voy a ir si yo estoy...? ¿Qué hago con mi padre o mi madre, o con mi hijo o con mi hija? Si es que ellas no se dan cuenta de la necesidad que tienen de recuperarse porque ponen el pensamiento en las otras personas, no se ocupan de ellas. Entonces se ven sin derecho a, por eso su autoestima está siempre tan baja, porque ellas creen que no tienen derecho a.... Dicen, yo cómo voy a hacer esto, yo no merezco esto. Es otra dificultad las cargas”

A pesar de la disponibilidad de algunos recursos para mujeres con hijos e hijas, la presión de las normas de género que ordenan a las mujeres asumir un rol irrenunciable de cuidadoras y madres *abnegadas*, hace que aún se describan algunos casos en los que se retrasa la búsqueda de ayuda hasta que las hijas y los hijos son mayores e independientes.

“También hay quien acude al tratamiento cuando los hijos se han hecho mayores y ya no han tenido la preocupación de tener que cuidarles, y entonces es cuando se dan cuenta de que tienen un problema y vienen a solucionarlo” (12)

Estigma social (Ellas acuden más tarde, con más deterioro, culpa y vergüenza)

El conjunto de profesionales reitera que las mujeres con problemas de drogodependencia ocultan su situación y tardan más que los hombres en acceder a los servicios de atención. Demoran la búsqueda de ayuda hasta que se convierte en un problema muy severo.

“Las mujeres están aumentando el consumo de muchas sustancias... sin embargo ellas siguen demandando menos ayuda que ellos” (1)

“Las mujeres están viniendo algunas por derivación del médico de cabecera, pero todavía a la mujer le cuesta más trabajo venir al Centro que a los hombres. Tengo yo esa sensación” (5)

“Está muy, muy oculto. Suelen beber en casa o a escondidas. No son mujeres que se van a los bares y se hartan de alcohol un día y otro y otro..... Hay mucha exclusión dentro de la familia o de ese núcleo familiar... Empiezan con una copa, pero claro, luego son dos, luego ya son tres, luego ya no puede pasar sin eso y entonces salen a comprar y se vuelven a casa a escondidas, pues beben, hasta que, claro, ya llega un momento en que es muy evidente y piden ayuda” (28)

“Aunque exista la misma presión, es más fácil normalmente que acuda un hombre al tratamiento.... No sé si es que la mujer piensa que está muy mal visto que ella reconozca que tiene un problema y acuda al tratamiento. Sobre todo mujeres de una mediana edad hacia arriba, le cuesta más trabajo acudir y cuando acuden es cuando el problema ya se ha desbordado y amenaza la situación familiar o amenaza de divorcio, ruptura. Cuando suelen dar el paso la cosa es bastante grave, mientras que en el tema de los hombres parece que no está tan mal visto que los hombres acudan a un centro de tratamiento cuando tiene algún problema, como que cuesta menos” (11)

“Ahora consumen mujeres y hombres lamentablemente casi por igual, pero el alcoholismo es algo que en la mujer está muy oculto, ya te digo, que se meten en casa y se esconden, y beben hasta perder el conocimiento y es muy difícil que la familia incluso se entere ¿sabes? porque lo intentan tapar. Ya después llega un momento que no lo puedes tapar pero es muy difícil que el núcleo cercano se entere salvo que esté en casa porque normalmente el hombre no está en casa y ella está en casa sola” (28)

Algunos profesionales detectan esta situación de menor acceso a los servicios enjuiciando a las mujeres.

“Pero luego las mujeres quizás cuesta más trabajo que vengán a los recursos y que inicien ese cambio. No quiero parecer machista (risas), lo que pasa que cuando nos vemos los compañeros, por nuestra experiencia, lo vemos y lo comentamos y muchas veces nos plantearíamos hasta hacer un estudio de por qué. Pero que no quiero parecer machista” (8)

“A la mujer le cuesta más trabajo venir quizás yo no sé si es por un problema de timidez, si es por un problema de formación, es un problema de miedo que tienen en un momento de venir aquí” (25)

El estigma social asociado a los problemas de drogodependencia, en particular aplicado a las mujeres, se entiende como principal explicación para que rehúsen pedir ayuda. Las

normas sociales castigan en ellas todos aquellos comportamientos que pueden alejarlas de su rol de cuidadoras de las necesidades ajenas.

“Que no la busquen está claro, por los prejuicios... A la mujer le cuesta más trabajo solicitar la ayuda que al hombre” (5)

“Creemos que no acuden por la posibilidad de estereotipización y estigmatización, y cuando acuden están en un estado físico psíquico peor que el género masculino” (9)

“Cuando es el hombre el que tiene la conducta adictiva, es más... como diciendo bueno, está en la calle, son situaciones de probar, se justifica bastante más ¿no? Sin embargo cuando es la mujer la que es consumidora y tiene que pedir tratamiento, es como si se derrumbara todo, toda la estructura: salen los problemas de los hijos... ¡claro, como la madre está así!, o el cuidado de la casa, como no lo puede cuidar ¿no? Hay una alarma social bastante más importante que con el sexo masculino” (1)

“La mujer piensa que el rechazo va a ser mayor...” “Se sigue viendo un perfil de mujeres que piden ayuda tarde con adicciones graves, asustadas, que llevan el problema oculto por miedo a la estigmatización social...El hombre lo reconoce más pronto como si estuviera menos peor visto, en la mujeres está peor visto por lo que llegan ya más tarde cuando llevan ya más años enmascarando el problema, entonces la familia tarda más en darse cuenta, temen el rechazo social, y a los profesionales les cuesta más sacar la información. Los hombres lo cuentan bastante rápido. En las mujeres se necesita varias sesiones para ver realmente cual es el foco del malestar emocional” (3)

“Luego.. es mujer, problema, luego drogodependiente, pues más problemas todavía, con lo cual se acumulan los problemas ¿no? de discriminación, en el sentido no es problema ser mujer, sino ser mujer y lo que conlleva el ser mujer en la discriminación” (13)

“Quizás un poco la mujer tiene más veto social cuando consume, que a lo mejor un hombre. A lo mejor está peor visto por la familia, por los hijos, por tal, que un hombre, que está mal visto, pero lógicamente..., pero a las mujeres eso les afecta más, lo que es el tema socio familiar les afecta más que al hombre” (25)

El miedo que tienen las mujeres a ser vistas en un servicio de atención a la drogodependencia, señalado negativamente por el conjunto de la sociedad, supone a veces un obstáculo difícilmente salvable. Sienten temor al castigo moral y a las consecuencias que se deriven de visibilizar su problema. La atención a la drogodependencia desde dentro de los servicios sanitarios se entiende como un factor que protege en cierta medida frente al estigma.

“La estigmatización social es mucho mayor en el caso de la mujer. A lo mejor la mujer ya sabe que hay un problema y sabe que hay un recurso y quiere buscar tratamiento, pero por el qué dirán, por el miedo al rechazo, al miedo a perder la custodia de los hijos, el miedo a las consecuencias del rechazo social que puedan tener pues simplemente el verlas entrar, como es un centro de drogas que la gente que conoce esto, sí que sabe que es aquí donde viene los drogodependientes, pues el hecho de que a ellas las vean entrar aquí, sí que puede suponer cierto rechazo acudir...Normalmente cuando la mujer acude es mucho más tarde y el problema es más severo, y aparece asociado a otro tipo de patologías. Los hombres tienen

más facilidad para acudir a los recursos que las mujeres, por lo que cuando acuden ellos el problema es menos grave que en las mujeres. En ellas la adicción es más severa porque tardan más tiempo en pedir ayuda” (10)

“Todavía el tema de las adicciones está estigmatizado, entonces es como un recurso aparte que no llega a quedar integrado como si fuese un servicio más de salud. Esto es como antes, el que iba a salud mental era aquello un drama, pero ya con el tiempo, lo normal es que todo el mundo vaya a salud mental alguna vez” (24)

“En mujeres está más oculto y es difícil de destapar. El hecho de dar el paso de venir a un sitio que está abierto, que es social pues también le cuesta más. Es una dificultad de acceso, porque no estás habituado, no las ven beber en la calle ni tomar las pastillas. Pero a un hombre que está bebiendo en la calle pues, si puede pensar que alguien lo vean...” (24)

“Es que estamos fuera del servicio sanitario. Entonces, cuando una persona está trabajando y tiene que venir a consulta, pues desde el momento en que le tienes que hacer un simple informe de que ha estado en consulta, para que no le compute, pues, al poner drogodependencias, es un factor de rechazo bastante importante ¿no? ... yo creo que el principal hándicap es estar fuera del servicio sanitario, tanto para el hombre como para la mujer..... nos dificulta mucho el normalizar la atención” (1)

“Ahora estamos en un espacio que compartimos con el Centro de Servicios Sociales y en ocasiones nos llegan comentarios como “es que me va a ver mucha gente”, “es un centro al que va gente para otro tema y a lo mejor me va a ver mucha gente”. Nosotros intentamos revertir un poco la situación: precisamente porque hay muchas personas nadie tiene porqué saber a qué despacho vas, pero aun así son un poco reacios. Sobre todo por lo que hablábamos antes, son pueblos pequeños, que este tipo de problemas suena muy mal y todavía está mal visto y eso supone que un problema a la hora de que una persona que tenga un problema de consumo lo reconozca, piensa que se va a terminar enterando todo el pueblo y que va a estar mal visto...” (11)

El peso de los prejuicios de género y el rechazo de las mujeres con problemas de drogodependencia, se identifica a través de la vergüenza, el sentimiento de culpa y la opresión que experimentan algunas mujeres ante un consumo dependiente.

“Ellas con el hándicap de la vergüenza y estigmatización en ocasiones” (4)

“Yo creo que culturalmente la mujer todavía sigue teniendo vergüenza, mira más el qué dirán, tiene todavía más vergüenza ante el reconocer que tiene una adicción, entonces el consumo suele ser más en solitario, luego ya van de bares. Pero así las más normalizadas lo hacen más en el domicilio, solas, pues para evasión” (12)

“Cuando es la mujer la que acude a tratamiento viene con sentimiento más de culpa, de que no está cuidando a... al entorno... Esa sensación de descuido hacia la familia. Es lo que más me llama más la atención en la mujer” (1)

“En el caso de las mujeres nos encontramos que cuando recaen tienen más vergüenza a volver a pedir ayuda. El hombre es como, bueno, pues nada, pues sí, me di un homenaje, me fui. Pero en el caso de la mujer es, “he fallado otra vez, cómo doy la cara otra vez ante mi familia, cómo doy la cara ante mi psicóloga”. Es como que tienen más vergüenza a volver a pedir ayuda, sí” (14)

“Muchas veces las mujeres por vergüenza... sobre todo en las mujeres y en el tema del alcohol es como que se vive con vergüenza que la gente sepa, o venir aquí y que te vean, piensan que estás consumiendo otras drogas y “yo lo que estoy haciendo es bebiendo, no estoy consumiendo drogas”, no lo viven como una droga” (8)

“Tienen un sentimiento de soledad, ese sentimiento de “no puedo decirle a la sociedad que soy consumidora y me aílo, y el aislamiento me lleva a consumir, y el consumir me lleva a no servir para nada. Entonces aparece el intento de suicidio, ... desemboca en salud mental” (26)

“Tienen que salir del armario. La mujer que consume tiene que salir del armario. El consumo de ellas es normalmente en el domicilio, a escondidas, etc.... en el momento que dejan de consumir ven cómo cambia, les sube la autoestima un montón, ves cómo les cambia la piel, la mirada, cambia la forma de caminar. Salen completamente distintas” (19)

Elas necesitan sentirse seguras en consulta y que se les garantice el anonimato o la privacidad de su situación, por miedo a las consecuencias de la visibilización de su problema sobre su trabajo o sobre la custodia de sus hijos e hijas.

“Cuando acuden, a nivel terapéutico, nosotros notamos que tenemos que trabajar con ellas otro tipo de aspectos que con los hombres no hay que trabajar, el que estén tranquilas, que se les atienda con confidencialidad, que la información esté salvaguardada, que hay una ley de protección de datos por medio de la cual si acuden nosotros no podemos dar información a nadie si ella no autoriza, más que nada para que no repercuta en el tema del cuidado de los hijos, muchas veces tienen miedo a perder la custodia de los hijos, o para que no les repercuta a nivel laboral, las que están trabajando pues tienen miedo a perder el empleo” (10)

Falta de apoyo a las mujeres (Ellos siempre acompañados // Ellas acuden solas o con mujeres)

Se refiere también de forma muy frecuente la ausencia de apoyo social de las mujeres ante sus problemas de drogodependencia, lo cual supone un importante obstáculo para acceder a los servicios de tratamiento. Ellas acuden solas, con otras mujeres o con presión de la pareja contra el tratamiento, mientras ellos acuden acompañados por mujeres y con implicación familiar en el tratamiento.

“Normalmente, el varón cuando hay que hacer una desintoxicación ambulatoria, que es lo más rápido porque se interviene de una manera más prioritaria, se soluciona el tema de la casa porque o bien es la mujer la que hace todo o bien es la madre... Sin embargo cuando es al contrario, cuando es la mujer la que necesita el apoyo pues ahí es donde vienen todas las dificultades de que el marido se implica poco en el tema de las casas ... entonces ahí el marido se pierde, no, no es eficaz a la hora del cuidado de la mujer” (26)

“Hay más casos de mujeres con nulo apoyo familiar. Obviamente eso es una dificultad añadida en algunos casos. Es decir, por ejemplo, en una relación de pareja, es más fácil que venga el hombre acompañado de su mujer y la situación contraria es menos frecuente” (7)

Las mujeres apoyan a los demás, pero ellas no son apoyadas por nadie. Las y los profesionales entrevistados han señalado esta diferencia de género como un elemento clave a la hora de comprender las desigualdades en el acceso a la red de tratamiento en Andalucía.

“En las mujeres es muy curioso, que cuando vienen muchas como madre (madre protectora, madre salvadora, madre héroe) y yo les riño mucho, porque yo quiero que ellos vengan y se impliquen con sus papeles. Ellas dicen “No, es que no ha podido venir, porque está haciendo deporte, porque tiene una entrevista de trabajo, porque...” y entonces siempre los justifican. Justifican a los hijos que son los que están en tratamiento de drogodependencia y ellas son las que intentan llevar para adelante, como Agustina de Aragón, la causa. También vienen muchas mujeres o parejas, segundas parejas de apoyo de sus maridos, como para darles una nueva oportunidad. Y entonces vienen un poco sumisas, ese perfil es sumisa, de hecho muchas veces, ellos dicen “Cállate, cállate y déjame que yo hable”, y se quedan así calladas y sin responder. Muchas veces he tenido yo que intervenir tanto en hijos hacia madres, como en parejas hacia las mujeres, para decirles: “Bueno, mantengamos un respeto y si ella quiere hablar hacemos un turno de palabra y ya está. Usted ha permitido que entre, entonces si ha permitido que entre es porque quiere que participe, y la está apoyando” y entonces ella se viene un poco abajo” (32)

“Bueno de siempre hemos visto como el hombre siempre viene más acompañado para el tratamiento que la mujer. Porque claro, siempre, pues el cuidado de los niños lo ha tenido la mujer, y entonces él puede venir con un hermano, con tal, pero la mujer quizás acude más sola a los seguimientos y tiene más sentido de culpabilidad, por tener que venir con el padre a lo mejor que es el que tiene que acompañarla siendo ya una mujer adulta” (12)

“Los hombres van acompañados de sus madres o de sus mujeres (según la edad), quienes se implican y apoyan el tratamiento de forma importante, sea cual sea el tema..... Y el apoyo que presta el marido es muy periférico” (1)

“Entonces los hombres tienen más facilidad y más apoyo familiar que la mujer. La mujer tiene como más rechazo, y además a nivel social no es lo mismo. En los hombres siempre ha estado bien visto que se vaya al bar para beberse una copita después del trabajo y la mujer que lo hace pues no está tan bien visto, está desatendiendo su casa y sus labores del hogar” (26)

“Son personas que están totalmente solas o que vienen con familiares que los animan. Los hombres, si están casados, por las mujeres, los hijos por las madres, y muchas mujeres por las hermanas o madres, por los maridos también, pero menos. Es que cuando ya llegan a esa situación ya no están con los maridos o no están pendientes” (20)

Afrontar el tratamiento requiere apoyo familiar, y las y los profesionales consultados perciben que las mujeres no reciben apoyo por parte de la pareja ni de la familia en general para poder afrontar y dar continuidad a su tratamiento.

“Ellas cuentan con poca o nula implicación del marido. Acuden solas o con un familiar de primer grado, generalmente hermanas” (9)

“A pesar de la demanda profesional de que acudan siempre acompañados de algún familiar, las parejas o familiares de las mujeres no aparecen, y cuando lo hacen, presionan, pero no

para que sigan su tratamiento, sino para que lo abandonen y vuelvan a encargarse de las funciones propias de su género (cuidado de hijos...)....Si el hombre tiene problemas de alcohol o de otro tipo de sustancia, la mujer está pendiente y la familia está insistiendo para que el paciente acuda al tratamiento. Sin embargo, cuando la mujer es drogodependiente pues tiene más dificultad en acudir porque le da miedo contarlo, parece que la familia tiene mucha prisa en que se solucione, pero igual no hacen por traer a la paciente aquí o se niegan a acompañarla.... Les pedimos que acudan con la familia o con la pareja y hay que trabajar con la pareja aspectos que en el caso de los hombres no hay que trabajarlos, es decir, pues hay que reeducar al marido para que entienda que su mujer no es una viciosa y que no es mala madre sino que tiene un problema de salud que hay que abordar y que él tiene un papel muy importante de apoyo, de ayuda, de acompañamiento, más que un papel controlador, o un papel de dañar la imagen que pueda tener la mujer de sí misma, más que un papel de castigo, un papel de apoyo, de ayuda,... eso hay que trabajarlo mucho más en el caso de las mujeres que en el caso de los hombres. Es más, es que algunos hombres se niegan a venir con ellas al tratamiento” (10)

4.7.3. Factores que favorecen la respuesta al tratamiento

Voluntad y motivación para el cambio (Ellas son más adherentes al tratamiento)

Se entiende que la toma de conciencia de un problema de adicción es independiente de la presión que ejerce el entorno. Así, las personas reconocen el problema tras un periodo de reflexión y asimilación de las consecuencias del consumo incontrolado.

“Reconocen que tienen el problema en el mismo momento en el que deciden ponerse en tratamiento, es decir, cuando alguien sin presión familiar, sin presión de ningún tipo, decide ponerse en tratamiento, es decir, cuando decide interiormente, es decir, cuando decide pongo mi cuerpo en movimiento para ir al CPD a ponerme en tratamiento. También cuando la persona empieza a darse cuenta de que para estar medio bien necesita la dosis.... Todo eso tiene un periodo de asimilación...hay un periodo probablemente de reflexión, un periodo en el que intenta quitarse solo o sola. Intenta hacer filigranas entre comillas para dejarlo y no puede, ve que no puede...entonces yo creo que en ese momento es cuando se da cuenta de que realmente tiene un problema con la droga. Y ahí es cuando ya puede empezar a pedir ayuda” (13)

La respuesta al tratamiento se entiende que es mejor cuando existe una “voluntariedad”, una verdadera motivación para el cambio por parte de los usuarios y usuarias.

“En un tratamiento si lo hacen por la familia y no por ellos mismos, mal lo llevan. La base es que lo hagan por ellos mismos, porque si no el tratamiento se va a quedar un poco sesgado” (15)

“Si quieren encuentran recursos, la familia los puede convencer, pero tienen que querer ir y continuar.... Los que van a tener problemas son los que ingresan por orden judicial, porque esta es una unidad de ingreso voluntario y no lo hacen por su propia voluntad. O se van de alta voluntaria o hacen el tratamiento pero entorpeciendo mucho” (19)

"La respuesta depende primero de que tomen conciencia de su problema, esa es digamos nuestra principal labor, concienciarles de su realidad. Si toman conciencia de su realidad entonces la cosa es mucho más fácil. Se puede empezar terapias con ellos, ... se les puede seguir las terapias en otros recursos. Lo que pasa es que muchos de ellos no toman conciencia de su situación. Nosotros no tenemos mucho éxito, eso hay que decirlo, pero porque los que tenemos son los más malos de los malos (lo dice con tono dulce, como si hablara de niños), los que están en situación más marginal, lo que han consumido más droga, los que no tienen familia y eso, estadísticamente, da mucha probabilidad de fracaso..." (21)

"Pues el primer factor es la voluntariedad, eso por supuesto, si el paciente viene motivado o conseguimos motivarlo, la respuesta es infinitamente mejor que aquel que viene, que la primera vez viene porque tiene un juicio, porque en su casa le han dado un ultimátum. El tener conciencia de enfermedad y el estar motivado" (2)

"Dependen de la motivación con la que hayan venido, porque si te deriva un médico de primaria y tú no tienes mucho interés pues la respuesta va a ser menor, por ponerte un ejemplo. O si vienen porque ha sido la madre la que ha llamado, no, yo estoy aquí porque ha llamado mi madre pero que yo tan mal no estoy. El que viene por iniciativa propia casi siempre tiene mejor pronóstico que el que viene por presión de los demás. No obstante, para eso se trabaja aquí la motivación" (8)

"La motivación, conciencia de enfermedad" (9)

"Esto es una situación súper frustrante para nosotros porque hagas lo que hagas nunca les parece bien... Para ellos muchas veces somos un tostón más que una ayuda... cosas tan simples como "oye que tienes una cita médica, que tienes una revisión por infecciosos, por lo que sea que tienes que acudir que es importante" para ellos es un mundo, un mundo. Hay muchísimas citas que no van... no responden o a la hora de solicitar una ayuda. Es lo que yo digo muchas veces (risas) "menos mal que no es para mí, que es para ti". Que no, que tienen una baja motivación hacia todo, incluso para las cosas que son de su interés o que son para ellos importantes. La respuesta depende de esa motivación y no responden porque no tienen motivación. Tienen motivación por pocas cosas... es horrible, muy difícil, la verdad, que una persona responda y que haga las cosas...casi nadie lo hace" (16)

"Muchas veces de la fuerza de voluntad que tengan, y de la capacidad que tienen de organización y de hacer cosas. Porque hay gente que aunque le pongas el itinerario, luego va pasando y... "no, es que no tengo ganas de ir, es que tal...". Depende de la motivación y aunque intentas motivarles, hay gente que es que no... que va a su bola... que no... que aunque tú quieras marcarle un ritmo, no hay manera" (18)

Ellas son más conscientes de su problema y tienen más adherencia al tratamiento, sobre todo si está en riesgo la pérdida de custodia de hijos/as.

"Las mujeres vienen menos pero son más conscientes de que tienen una dificultad y... se adhieren más al tratamiento que... que los hombres. (1)

"La mujer que se decide a ponerse en tratamiento es más constante que el varón y tiene yo creo que más adherencia al tratamiento que el varón, no te digo todos, ¿no?, pero la mujer que decide, que le cuesta más trabajo dar el paso, es más constante que el varón" (2)

"El resultado en ellas es mejor cuando hay retiradas de hijos por problemas de desamparo" (9)

“Yo creo que la mujer es más fuerte... a la hora de discernir, es más fuerte a la hora de controlarse, a la hora de poner límites que el hombre, y...las personas que tienen la voluntad y la motivación que tiene una mujer cuando quiere salires más fuerte que la del hombre” (25)

“Las mujeres son muy responsables, muy responsables, suelen iniciar su programa jurídico y no suelen faltar a la cita, no suelen. Ellos, bueno, hay bastantes que no continúan, vienen porque son requeridos, luego van, vuelven, son un poquito más inestables en ese sentido, pero bueno, son una minoría también” (32)

Se tiene la creencia de que el sentimiento de culpa de las mujeres hace que sigan el tratamiento de forma más adecuada.

“Yo creo que ellas responden mejor, francamente.... Entre otras cosas porque...es mucho más fácil tratar a alguien que se siente más bien culpable y que tiene por lo tanto una sensación más bien de víctima” (7)

Apoyo social y familiar

Aquellas personas que cuentan con un entorno que le apoya y le ayuda a afrontar el tratamiento tienen mayor probabilidad de salir de la situación de dependencia.

“Que cuenten con familiares responsables, que vengan a echar una mano para que se tomen el tratamiento, que vengan con una actitud abierta, que no sean moralistas” (3)

“El apoyo social es súper importante, normalmente cuando apoyan la familia, los padres, los hermanos, la pareja a la mujer suelen responder mejor que si la mujer acude sola” (10)

“Los que están peor son los que la familia no la tienen cerca, indiscutiblemente. Los que los padres ya se han aburrido y han dejado a los hijos o porque no tengan padre o vivan en otro sitio los padres o por mil cosas. Esos están peor, a no ser que se encuentren con una buena mujer, o una mujer que tome como ellos pero que esté bien” (30)

“Ellos cuentan más con el apoyo de la pareja y familia de origen y vengo observando que ellas se encuentran más solas en el afrontamiento de la historia de consumo. Y ambos necesitan de apoyo social para la modificación del estilo de vida” (4)

“De los apoyos que se vayan pudiendo desarrollar. Si tiene familia, por supuesto, va a salir con más posibilidades de éxito, familia que le apoye, claro, sí tiene más posibilidades” (6)

“Y el apoyo familiar, por supuesto. No es lo mismo el que hace un tratamiento en su casa, que el que lo hace debajo de un puente” (2)

“El apoyo familiar y de la pareja, si existe” (4)

“El tema de la familia es fundamental, el apoyo familiar y la red social de apoyo que tenga el paciente es fundamental para que tenga éxito la intervención y después el tema de las oportunidades que le ofrezca la comunidad” (5)

“Del apoyo del ámbito familiar, el apoyo que tengan es muy importante” (32)

“Ahora mismo el tener recursos de gente que te apoya para intentar salir (13)

“En primer lugar el apoyo que pueda haber de la familia. Muchas veces el apoyo de los amigos, a veces el apoyo del núcleo de iguales... tener una red de apoyo. Tener una red de apoyo es importante” (24)

Apoyo mutuo entre mujeres

El empoderamiento de las mujeres adquirido en redes sociales constituidas por otras mujeres puede suponer un factor favorecedor que aumente la probabilidad de recuperación de una dependencia. En ese sentido las comunidades terapéuticas de mujeres se consideran un espacio apropiado para afrontar sus problemas de drogodependencia.

“A mí me gusta mucho trabajar con las mujeres en apoyo de otras mujeres. El apoyo lo valoran mucho, el apoyo de otras mujeres, el convivir con otras mujeres porque son más sociables en rasgos generales. Entonces, tú a una mujer, la sacas de su casa que está ya deteriorada a todos los niveles y en una infraestructura agradable, normalizada, al aire libre y también con otras compañeras que no estén demasiado deterioradas, unas pueden estar mejor, otras peor, pero ahí la autoayuda entre ellas, el apoyo, el poder llevar, no tener en el día a día los problemas del día a día, es decir, quitarse todos los problemas que tienen en el día a día en un entorno normalizado, quiero decir, una comunidad terapéutica que esté bien, que sea acogedora, que haya un buen personal, que la atienda correctamente y con unas compañeras. Porque no estoy nada de acuerdo con las comunidades terapéuticas mixtas” (12)

Buen abordaje profesional: trato, diagnóstico, definición de objetivos, seguimiento y prevención de recaídas

El buen trato de los y las profesionales se considera un aspecto importante que influye en la adherencia al tratamiento.

“La forma de hablarles, la forma de tratarles, creo yo. Es muy importante, como le hables o como les trates a las personas, indiscutiblemente. Yo siempre digo que un golpecico en el hombro es más importante que un buen medicamento. Yo creo que ellos tienen mucha fe al médico” (30)

Un diagnóstico apropiado, la definición clara de objetivos a corto y medio plazo, y un seguimiento cercano del cumplimiento de las pautas de tratamiento, pueden ser claves importantes para el éxito de la intervención.

“La persistencia en el tratamiento, en las pautas del tratamiento, en que si no vienen un día haya la posibilidad de recordarlo, de llamar “se te pasó, no viniste y tal”. Un poco persistente eso podríamos decir: la persistencia del terapeuta, un poco sin ser obsesivos, dejando libertad a la gente. Y marcar los objetivos a corto o medio plazo. A veces te vienen por una

sustancia, "que me quiero quitar de la cocaína, pero mira del hachís no me quiero quitar de momento"; bueno pues entonces empezar a trabajar poco a poco, con objetivos a corto o medio plazo pues para después ir avanzando. Eso depende mucho de una buena valoración de buen diagnóstico" (24)

La prevención de las recaídas y el abordaje de éstas, son también especialmente relevantes en el proceso de tratamiento.

"En el momento que viene una mejoría piensan que está el trabajo hecho y no acaban el tratamiento, y lo dejan un poco a medias, sin hacer, por ejemplo, prevención de recaídas que le pueda servir en un futuro" (11)

"Depende del nivel de deterioro y de los procesos de recaída, de si ha tenido menos recaídas, no es lo mismo un primer, que un segundo, o tercer tratamiento, todo va a depender de las recaídas y de la forma de intervenir las mismas" (6)

Mayor nivel educativo de usuarias y usuarios y oportunidades de empleo

Algunos y algunas profesionales consideran que hay una mejor respuesta al tratamiento entre personas que tienen mayor nivel educativo. Así mismo, la continuidad y éxito del tratamiento también depende de la posibilidad de encontrar un empleo cuando están en proceso de recuperación, lo cual les ayuda y les motiva para seguir adelante.

"Tener otra serie de recursos como estar relacionado con la formación, tener estudios...todo eso favorece, poder coger y finalmente salir de esto" (13)

"Depende del nivel formativo" (5)

"El resultado es mejor cuando logran objetivos por conseguir la abstinencia (ayudas sociales, trabajo,, etc.)" (9)

"Si encuentran un trabajo en el que ellos empiezan a ser más autónomos, que no dependen del sistema público o de alguna prestación económica del SAE, pues empiezan a creer en que ellos pueden y se sienten que empiezan a ser otro miembro de la sociedad y entonces pues, es incluso más fácil el trabajo porque les crea una seguridad, su autoestima sube, se sienten más integrados en la sociedad. Se comunican mejor, han recuperado habilidades sociales que no tenían o que muchos las tenían al descubierto" (28)

"Si tienen trabajo, por supuesto, si tiene formación" (6)

Menor impacto inicial de la adicción

Favorece la respuesta al tratamiento el abordaje precoz de los problemas de drogodependencia, antes de que sean muy adversas las consecuencias del consumo dependiente.

“Y también depende muchísimo de lo que haya perdido, de sus pérdidas. Si ha perdido muchísimo, de sus pérdidas, todo lo que haya perdido, de recuperar... No es lo mismo que viva en la calle a que tenga su familia. Todo va a influir muchísimo en la recuperación de su nueva vida” (6)

Ausencia de problemas de salud mental

La ausencia de otros problemas sociales o de salud mental asociados a la drogodependencia, se entiende como un factor que favorece el tratamiento.

“Todos los que están en tratamiento psiquiátrico o de otro tipo de sustancias como cocaína o heroína son muy difíciles. Las personas que no están en tratamiento psiquiátrico, y son pocas, evolucionan muy bien, y personas que vienen con muchas ganas evolucionan todavía mejor. El alcohol es lo más fácil, si es sin problemas psiquiátricos” (19)

“La mayoría de mujeres que tienen violencia de género o han sido maltratadas dificulta muchísimo el trabajo. Es una de las dificultades que más, porque es que tienen carencias a todos los niveles. Ya no solamente de autoestima, afectiva, de habilidades, de comunicación, de aislamiento. Tienen cantidad de dificultades añadidas al consumo. Entonces es muy difícil” (28).

“Con la mujer, hay que trabajar mucho más con ella para todo. Por ejemplo, si lleva asociado un problema de prostitución, de exclusión, de maltrato, hay que trabajar muchísimo más con la mujer, es mucho más difícil abordar el tema con ella, porque no es fácil reconocer que hay maltrato, no es fácil reconocer que hay prostitución, le es muy difícil reconocerlo a ella misma, porque la adicción cubre sus capacidades, es decir, anula todos sus problemas, parece como si solo tuviera el problema de la adicción, y lleva muchos más problemas asociados” (6)

Ausencia de condicionantes biológicos y de personalidad (Ellas tardan más en recuperarse)

Se señala que los condicionantes biológicos determinan una recuperación más lenta en las mujeres.

“En la mujer, por supuesto, el deterioro es mayor por el organismo, metabolizan peor el alcohol y el deterioro es mayor, aunque vengan con un consumo menor. Y la recuperación también es más lenta que en los hombres, tardan un poquito más en recuperarse” (19)

De igual modo, se entiende que las características psicológicas y cognitivas de las personas con problemas de drogodependencia influyen en su respuesta al tratamiento.

“Su carácter, ... su carácter de personalidad, de persona...(la respuesta al tratamiento) depende de su estado de salud y de su estado emocional, por supuesto” (6)

“La personalidad de ambos influye..” (4)

“Depende de las características personales, digamos, si la persona es más inteligente o más lista, es mucho más fácil trabajar con ellas que cuando te encuentras con personas con un

nivel digamos bajo, con personas que tienen dificultades de aprendizaje y tienen dificultades personales. De eso va a depender mucho que el tratamiento resulte efectivo a no" (5)

Sensibilidad de género en la atención (Ellos control de la agresividad // Ellas escucha)

Se considera que el enfoque de género en la atención de los problemas de drogodependencia favorece el éxito del tratamiento. Se entiende que las mujeres requieren un abordaje en profundidad a determinados aspectos emocionales y al sentimiento de victimismo, mientras ellos requieren un abordaje más directo y un mayor control de la impulsividad y la agresividad.

"Va a depender del profesional que lleve el caso. Si está más sensibilizado a las diferencias de género, estará más pendiente de ello, si personalmente en su formación no ha llegado a esa conclusión, no va a hacer un tratamiento diferencial" (3)

"La mujer siempre es mucho más emocional aquí. Como el centro es mixto pues podemos ver las diferencias claramente. Antiguamente el centro nada más que era de mujeres y hace unos años que es mixto. Entonces ahora vemos la diferencia clara. La mujer es mucho más emocional, es mucho más visceral. Es más difícil muchas veces de intervenir. Pero una vez que consigues establecer con ella una relación terapéutica adecuada, la verdad que es muy rico el trabajo. Es muy rico el trabajo porque la mujer funciona muy bien, no es porque seamos mujeres, pero la mujer funciona muy bien.. Con ellos hay que ser como un poco más confrontativos, creo yo, porque ellos sí responden más a que tú le confrontes, pero con ellas hay que ser un poquito más suaves, más afectivas, porque muchas veces, cuando le confrontas mucho a la paciente mujer, nos encontramos que ellas sí sienten como cuando están en su casa, que su marido les manda, como un poco la sumisión, como un poco repetir el patrón habitual que ellas tenían. Entonces, con la mujer la relación es como más terapéutica, es como más afectiva y con el hombre es más confrontativa....La mujer también suele trabajar más el tema familiar que el hombre. El hombre va un poco más de duro y a mí no me hace falta porque de todas formas mi mujer me está esperando. Y la mujer se preocupa más por el tema familiar, por cómo abordar el tema familiar... En el caso de los hombres nos encontramos siempre con mayor impulsividad, con más agresividad, con más carga de violencia que la mujer. La mujer es más la parte emocional de, ay, qué de llantos, la manipulación... Y en el caso del hombre es como más el tema de la agresividad" (26)

"La mujer adicta es muy complicada. Mucho más compleja, lleva mucho más carga emocional que el varón" (2)

"El victimismo en el caso de la mujer es mayor, y eso por ejemplo es un elemento a tratar con ellas diferencial. A veces...adopta un papel más pasivo, de esperar que alguien viene y te salva ¿no? En el caso de los hombres es diferente. También hay un victimismo pero es de otro tipo (En ellas) es que la postura es de menos enfrentamiento" (7)

4.8. VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS, INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

La valoración que se ha hecho de los servicios, intervenciones y prácticas profesionales ha descubierto elementos positivos y negativos en diferentes dimensiones.

En cuanto a la disponibilidad de recursos y financiación han sido más los elementos negativos que positivos destacados, los cuales están relacionados con la escasez de centros, de personal, así como de recursos para la reinserción social específicamente de mujeres con hijos/as a cargo.

En cuanto a la organización de los servicios aparecen principalmente quejas relacionadas con la falta de coordinación con los servicios sanitarios (sobre todo de salud mental), y con otros servicios sociales (sobre todo en relación con violencia de género).

Respecto a las intervenciones y prácticas asistenciales han destacado las valoraciones positivas relacionadas con el trato cercano y personal, y la rápida respuesta y de calidad del conjunto de profesionales, así como otros aspectos referentes a la gran vocación social, *expertise* y alta implicación de los equipos profesionales. No obstante, se refiere la necesidad de mejorar el trato en algunos servicios policiales y se denuncia la ausencia de una atención sistemática con perspectiva de género.

Las pocas oportunidades de formación y reciclaje, y la escasa difusión de información acerca de algunos servicios, se plantean también como elementos de mejora.

4.8.1. Recursos y financiación

Buena parte del discurso sobre la valoración de los servicios ha girado en torno a los recursos disponibles. Sólo tres aspectos han sido destacados como positivos: en general, la disponibilidad de nuevos fármacos y del servicio de asesoramiento jurídico-legal; y en particular, la existencia de servicios específicos para las mujeres.

Disponibilidad de nuevos fármacos

Se comenta que la disponibilidad de nuevos fármacos inexistentes años atrás, están facilitando el tratamiento de diferentes sintomatologías asociadas a la adicción a algunas sustancias psicoactivas.

“Ha aumentado el arsenal farmacológico ... ha cambiado mucho todo el tratamiento... ha aumentado mucho el tipo de fármacos y hoy día podemos tratar muchas sintomatologías que antes la verdad que nos costaba mucho trabajar porque no teníamos. Ahora hay muchos fármacos como la Pregabalina, como los antipsicóticos atípicos que nos ayudan mucho a la hora de la impulsividad, a la hora de la compulsividad en el consumo, y podemos manejar mejor a los pacientes que vienen ahora, sobre todo porque en el consumo de la cocaína hay mucha compulsividad que tenemos que tratar. El tema del alcohol, también están apareciendo fármacos nuevos. Tenemos muchísima más variedad de fármacos que teníamos al inicio. En ese aspecto hemos mejorado mucho” (8)

Disponibilidad de un servicio de asesoramiento jurídico-legal

La disponibilidad de un servicio de asesoramiento jurídico-legal gratuito y bien coordinado, se considera un punto fuerte de la Red de Atención a problemas de drogodependencia entre las personas entrevistadas.

“El punto fuerte que yo veo, es que tienen a su disposición una red y un servicio con el que se pueden sentir privilegiados. Porque muchas veces a nivel jurídico te tienes que poner en contacto con abogados que desconocen el mundo de la drogodependencia Es un privilegio el contar con un servicio especializado en drogodependencias que les busca una alternativa a sus condenas. Una persona en prisión vale en torno a unos 2.500-3.000 euros al mes, entonces el punto fuerte de todo esto es que nuestro servicio le ahorra a la administración muchos miles de euros. Ellos se tienen que sentir privilegiados porque es un servicio totalmente gratuito para ellos y especializado. Y además coordinado también” (32)

Se cuenta con algunos recursos específicos para mujeres

Se hace referencia a la disponibilidad de servicios específicos para las mujeres, que aunque son pocos, pueden contar con ellos.

“Porque luego nosotros derivamos a comunidades terapéuticas o utilizamos otros servicios más especializados que ... son puntos fuertes porque hay comunidades específicas para atender a mujeres drogodependientes, hay poquitas, pero bueno hay menos mujeres drogodependientes que hombres. Entonces, hay comunidades específicas para mujeres, hay recursos específicos para mujeres como viviendas de apoyo al tratamiento” (10)

“Están las comunidades terapéuticas que van dirigidas a mujeres, ... Ya de hecho hay mujeres con hijos en comunidades terapéuticas” (31)

Déficits de financiación, de centros, de UDH y de recursos para la reinserción social

Algunos de los profesionales entrevistados han comentado cómo es necesaria la creación de más centros de atención a la drogodependencia. Se denuncia la falta de compromiso político, la menor inversión económica y el descuido en materia de prevención social.

“Hubo unos años en que las adicciones eran un boom, se destinaron cantidades ingentes de dinero al problema de las adicciones, pero últimamente parece que las adicciones no son problema. Entonces se destina dinero a otras partidas presupuestarias, las políticas hacen otros reajustes y los problemas de adicciones han pasado de moda, mientras siguen existiendo y aumentan. Aumentan el problema de adicciones, disminuyen la edad de inicio. Hay una prevención insuficiente” (15)

“Debería haber muchos más centros. Yo creo que la sociedad como mínimo es lo que tiene que devolverles a los drogodependientes, porque bueno, al fin y al cabo el alcohol y el tabaco... tú lo estás viendo, el acceso es prácticamente desde que son infantiles, adolescentes, y se fomenta en todos los ámbitos. Somos un país productor y es un negocio. Es malo beber sólo si conduces, si no conduces no pasa nada, puedes beber lo que quieras, y eso no es así” (19)

Entre las personas entrevistadas se comenta cómo desmotiva la falta de continuidad temporal de las unidades y de algunos contratos de trabajo, lo cual tiene importantes repercusiones sobre la atención a usuarios y usuarias en los centros de tratamiento.

“No puedes ofertar un servicio que tienes el 60% del tiempo cerrado, que no sabes si va a estar abierto o cerrado. En lo que llevamos de año, llevamos abierto dos o tres meses nada más, lo cual es muy desmotivante para los profesionales, y muy desmotivante para los pacientes, porque, claro, llevan esperando... Están esperando a que abras... Tú no les puedes poner el caramelito de “tú vas a ir a un hospital, te van a desintoxicar” y de repente te encuentras que estás en lista de espera y no se mueve, llevas 60 o 70 días y no se mueve. ... Luego los llamas para citarlos y uno ha muerto, otro ha tenido un intento de autolisis, otro se ha tenido que desintoxicar sólo que no es lo que se busca, porque se busca que lo hagan en un ambiente controlado” (19)

Son frecuentes las alusiones a la falta de recursos dirigidos a la reinserción social (fundamentalmente de formación y empleo). Se mencionan algunos programas antiguos ya abandonados como la “Red de Artesanos” y “Arquímedes”, como programas que se deberían potenciar, porque para algunas personas entrevistadas mejorarían la atención a las drogodependencias.

“Había programas de reinserción social y ahora mismo esos programas están muertos... Pero bueno es cuestión de rediseñar los programas, de rediseñar los recursos, pero yo creo que de cara a la reinserción estamos muy carentes de recursos actualmente” (5)

“Una vez que se va el paciente de comunidad que no se quede en la calle. Un poco el tema de los recursos de reinserción, que en mi opinión siguen siendo muy escasos” (26)

“No hay programas específicos para que estas personas que están en tratamiento de comunidad, están en tratamiento de vivienda, pero después van a la calle y ellos necesitan, como cualquier persona necesita, un trabajo digno para poder seguir en la sociedad. Hacer su vida, y lamentablemente la dificultad laboral es para todo el mundo pero para estas personas aún más, es mayor. Entonces, llega un momento que hay como un vacío; llegas, haces este recurso pero después ya no hay otro tipo de recurso. Faltan cursos de formación profesional, que antes había. Antes había una formación equis y luego podías quizás desempeñar un oficio” (28)

“Sería importante el desarrollo de nuevos programas de atención a mujeres drogodependientes, y a hombres también... me refiero a la parte de reincorporación sociolaboral. Es decir, cuando una persona ya ha dejado de consumir nosotros disponíamos antes de programas laborales, concretamente dos, que eran el programa Arquímedes y el programa Red de Artesanos que funcionaban fenomenal. Entonces una vez que el paciente estaba desintoxicado y deshabitado y había cogido otros hábitos diferentes...entonces intervenían los trabajadores sociales ofreciéndoles la posibilidad, tanto a hombres como mujeres, de llevar a cabo programas de reincorporación sociolaboral específicos. Red de artesanos esta ahora mismo en una situación en que no se ha eliminado pero hay una lista de espera de 4 años, o cosa así... Y con Arquímedes pasa tres cuarto de lo mismo. Arquímedes funciona con partidas presupuestarias, entonces cuando viene la partida presupuestaria meten a tres o cuatro personas pero muy poca gente” (10)

Déficits de servicios de reinserción social para mujeres con hijos e hijas

Se menciona la falta de recursos de reinserción social para mujeres con cargas familiares. Se comenta que las viviendas de apoyo a la reinserción no dan cobertura a madres con hijos e hijas que acaban de salir de comunidades terapéuticas, por lo que quedan desprotegidas sin recursos económicos ni red de apoyo para salir adelante. Como paliativo a esta circunstancia, en ocasiones se prolongan los procesos de tratamiento en las comunidades hasta que ellas deciden abandonar. Una vez fuera, quedan expuestas a la recaída y a la retirada de la custodia de sus hijos e hijas.

“Y luego nos encontramos que una vez que se va de alta, si esa madre con hijos no tiene apoyo familiar, no tiene oportunidad de ingresar en vivienda de apoyo a la reinserción... La vivienda de apoyo a la reinserción es un recurso supuestamente posterior a comunidad, pero no da cobertura a madres con hijos. En comunidad hace un tratamiento estupendo, pero ahora dónde mandas a esa madre que además no tiene facilidad de salir y trabajar porque tiene un niño que cuidar y a lo mejor está sola, y cómo lo hace, cómo la pones en la calle. Pues en muchas ocasiones hemos ido alargando el tratamiento, hemos intentado que la paciente busque trabajo, pero es muy difícil porque muchas veces entra en el aburrimiento y en decir, me voy, me voy. ¿Qué pasa en muchos casos? Están 2 semanas bien y a la tercera me pongo mal. Al final Menores interviene, retirada de niños” (26)

En el caso de aquellos servicios en los que las mujeres pueden estar con sus hijos e hijas, existen quejas relativas a la ausencia de recursos para menores acompañantes, lo cual obstaculiza el tratamiento de las madres, así como se denuncia la falta de agilidad y de coordinación con Educación para facilitar recursos de guardería cercanos a los centros a los que asisten éstas.

“El programa de madres con hijos es como en prisión, son hijos de menos de 3 años. Qué pasa, que antiguamente los niños aquí podían ir a la guardería. Entonces el niño iba a la guardería por las mañanas, las madres aquí hacían un tratamiento más o menos normal. Qué ocurre, que hace unos años acá, con el tema de Educación tenemos dificultades para meter a los menores en la guardería porque eso lleva un tiempo... los tienen que meter dentro de una lista de exclusión social, para que te puedan dar la guardería de aquí de la zona... Muchas veces eso es cuestión de 3-4 meses. Entonces, cuando a lo mejor el niño va a entrar en la guardería, la madre ya se ha dado de alta voluntaria. Nos encontramos con la dificultad de coordinación con Educación, para que si aquí hay un menor que reciba la atención que requiere un menor... Entonces... si el niño no va a la guardería, la madre está aquí las 24 horas con el niño. Qué pasa, pues que a ella le dificulta estar en las terapias. Cuenta con el buen hacer de los profesionales que muchas veces, mientras están en terapia pues el niño está aquí conmigo, con las limpiadoras, con las educadoras. Pero no siempre es posible. Entonces a ella le dificulta y le ralentiza en el tratamiento” (26)

Déficits de personal, presión asistencial y desgaste profesional

Se comenta la falta de personal en los servicios, justificado en la actual crisis socioeconómica. Además, se cita el importante desgaste profesional relacionado con el trabajo desempeñado en este ámbito.

“Últimamente con el tema de la crisis, tenemos más falta de personal, no sustituyen ni vacaciones, ni bajas, ni nada.... Como puntos débiles, el tema de la falta de personal y el queme profesional, porque también trabajar con personas con problemas día a día durante muchos años es duro y muchas veces hay un queme profesional ahí” (26)

La ausencia de estabilidad de los centros y la estabilidad laboral de los equipos profesionales por motivos presupuestarios impacta negativamente en la atención a muchas y muchos usuarios.

“En algunos centros sería importante una continuidad laboral en los profesionales. Hay centros que, dependiendo un poco de cuestiones económicas y de directrices de la Junta, no tiene abierto todo el año. Entonces imagínate, el centro está funcionando de junio hasta diciembre, si una persona inicia tratamiento y en diciembre se cierra el centro, ya esa persona o va a otro pueblo que está a cientos de kilómetros o se queda se queda sin tratamiento. Es decir, que hubiera una continuidad... En el equipo dentro de la prisión también está pasando ahora en los últimos años lo mismo. Es decir, se acaba la partida

presupuestaria, o hay problemas en la contratación, y esos profesionales trabajan seis meses y otros seis meses no. Entonces sus usuarios de prisión se quedan sin atención” (10)

Se echa en falta la incorporación de profesionales a los equipos de trabajo que complementen algunas funciones como, por ejemplo, la atención de problemas de Salud Mental, análisis clínicos o tareas administrativas. Existe una queja relacionada con tener que asumir más tareas de las que les corresponderían y de no llegar a todo lo que les gustaría. A veces se sustituyen los déficits de algunos perfiles profesionales por protocolos de colaboración cuyo funcionamiento depende a veces de la “buena voluntad”.

“Quizá en determinado momento echamos en falta algún otro perfil profesional. En algunos temas se sustituye por protocolos de colaboración, como el tema de la Salud Mental, que tenemos un protocolo de coordinación con el servicio de Salud mental, que en ocasiones funciona por la buena voluntad de los profesionales... Quizá echamos en falta otros tipos de profesionales a la hora de control de orina, manipulación y realización de controles que tenemos que hacer nosotros... y habría otros programas que se podrían llevar a cabo como control de vacunación, de ese tipo de cosas que nos vemos limitados y no podemos llevar a cabo... A la hora de las tareas administrativas, pues también tenemos que hacer nosotros esas labores, a la hora de gestión de citas, también hacemos el papeleo, oficios, recursos, y todo lo necesario lo tenemos que llevar a cabo nosotros” (11)

Especialmente en el servicio de asesoramiento jurídico-legal se considera que ha aumentado el volumen de trabajo en los últimos años, debido a la falta de incorporación de nuevos profesionales y al recorte en los recursos.

“Un aumento del volumen de personas atendidas y de protocolos jurídicos abiertos, de demandas abiertas, porque ya no se trata del típico marginal que comete dos o tres robos, ahora ya hay otros perfiles y también entra la seguridad vial: personas con alcohol o con estupefacientes se someten a pruebas tras un accidente o en un control y dan positivos. Temas de violencia de género también, que está llevando a prisión a muchas personas... También está aumentando el perfil de menores, padres preocupados que vienen por menores de edad con programas abiertos en fiscalía de menores” (32)

A causa de la presión asistencial en general, se generan demoras en la atención, las citas se retrasan y algunos problemas no pueden ser atendidos in situ por falta de tiempo.

“ Lo que sí veo un poquito más complicado es que lógicamente hay pacientes que necesitarían una atención un poquito más continuada y por la presión asistencial no se la podemos dar.... A veces vienen pacientes con pequeños síntomas, que tú ves que ya están en síndrome de abstinencia, y a lo mejor dices pues podría captarlos ahora, puedo tratarlos y hay veces que nos vemos que no podemos. ... Lo peor es eso, la presión te hace que las citas sean más espaciada sobre todo a nivel de los psicólogos” (8)

Déficits de espacios y difícil ubicación de centros

La difícil o distante ubicación de algunos centros de atención se entiende como un obstáculo para la atención a las drogodependencias entre algunas de las personas entrevistadas.

“Si el CPD lo mandan a un sitio problemático para ellos. Imagínate alguien que venga de la zona norte y tenga que ir hasta allí, tenga que coger varios autobuses. Es complicado, es complicado el acceso” (19)

Se comenta cómo la dificultad de acceso físico limita también la posibilidad de desarrollar algunas actividades, entre otras, terapias grupales con grupos homogéneos. Específicamente en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, como paliativo de la falta de espacios al aire libre, se han adoptado algunas medidas, como las salidas terapéuticas.

“En una época hacíamos terapia grupales, ahora es bastante complicado... Es complicado establecer grupos de terapia homogéneos... sobre todo porque hay variables que condicionan estas cosas; antes había una fluidez de autobuses en estos pueblos y llegó un momento en que han dejado sólo un autobús al día en un pueblo, y hacer coincidir a la gente de un pueblo con otro para hacer una terapia.. es muy complicado” (11)

“El espacio del que disponemos hace que estemos más limitados en muchas cosas, en la atención, quizá en la calidad del servicio. Si tuviéramos más espacio a mí se me ocurren muchas cosas que podríamos hacer, pero estamos muy, muy limitados” (16)

“Sobre todo espacio, que es de lo que ahora se quejan más los enfermos y también el personal que los atiende, no hay espacio al aire libre. Esta es la única Unidad de todo el recinto hospitalario en la que se deja fumar... Son unos 15 ó 20 días de ingreso en los que no puedes salir de esa unidad, de ese recinto, entonces, se estableció en otras unidades.. unas salidas terapéuticas con el consiguiente riesgo que tiene esto, salir con unas personas... Pero en fin, todo esto está protocolizado: por dónde se puede ir, el material que tienes que llevar... y eso ha aliviado un poco, pero el problema sigue siendo la falta de un espacio al aire libre” (20)

Desde una perspectiva de género se apuntan sobre todo demandas en relación con la falta de recursos para atender las necesidades específicas de las mujeres.

4.8.2. Organización de servicios de tratamiento a las drogodependencias

En relación con la organización de los servicios de atención a las drogodependencias se apuntan sobre todo quejas y demandas, y sólo una ventaja en relación con su presencia dentro de los centros de salud.

Menos estigmatización en la atención prestada dentro de los centros de salud

Algún profesional ha tenido la posibilidad de comparar dos modelos de atención de los problemas de drogodependencia (en centros específicos o con equipos que atienden dentro de los centros de salud). Aun cuando se observan algunos inconvenientes en la atención dentro de los centros de salud, se han identificado como importantes ventajas una menor estigmatización de las y los usuarios atendidos, además de la atención personalizada y la facilidad para hacer algunas gestiones de derivación, dentro de unos espacios y una ubicación adecuados.

“¿Qué ventajas le veo yo a eso? Pues que no está estigmatizado un centro concreto... Luego si te digo, que creo que la asistencia que le damos es la de una consulta privada. De calidad, yo me puedo tirar con una historia clínica, una hora o una hora y media, con el paciente y se la dedico.... No miro la hora, yo creo que al toxicómano en general, le damos la atención del 100%, más que si fuera una privada y además ellos lo reconocen que en ese sentido están muy bien atendidos. Entre otras, tenemos muy buena relación con las unidades de infecciosos. Lo cual es muy importante, porque yo cojo un teléfono y llamo al médico y el paciente se va para allá y le atiende el médico de infecciosos, no está tres horas en una puerta de urgencias ni nada por el estilo. O sea, la coordinación de los servicios en Córdoba es fantástica” (2)

Retrasos en la derivación a servicios

Aparecen quejas relativas a las dificultades y demora en el acceso a determinados servicios como las comunidades terapéuticas. El tiempo de espera y la “burocracia” se consideran un obstáculo frecuente de la atención. La lentitud en los procesos hace que muchas usuarias y usuarios abandonen las expectativas de recuperación.

“El tiempo de espera en los recursos es un punto débil” (16)

“Vemos dificultades en el acceso a los recursos de comunidades terapéuticas... es muy engorroso. Tienen meses de lista de espera y eso hace que algunos se cansen y tiren la toalla” (21)

“La burocracia, yo hay veces que me encuentro con escollos de habrá que llevarlo así? pero todo es más lento y muchas veces las cosas las necesitamos para ayer” (32)

Falta de coordinación y de comunicación entre profesionales de diferentes servicios

Algunas de las personas entrevistadas echan en falta una mayor comunicación con profesionales de otros servicios.

“Se echa en falta poder tener contacto con compañeros de otros servicios, más relación con recursos, para ver que vamos todos en la misma línea. Tenemos algunas reuniones pero quizá no con la frecuencia que nos gustaría” (11)

La coordinación entre distintos servicios e instituciones se considera relevante para intervenir de la manera más apropiada posible. Aparecen quejas relativas a las dificultades para que exista buena fluidez para compartir información sobre usuarios y usuarias que pasan por diferentes servicios.

“Hay gente que te dice que “mi médico de cabecera pues no se puede enterar”, pues todo eso tiene que normalizarse, porque aquí te viene alguien con un problema de adicción, pero no sabes si tiene más problemas o qué tipo de enfermedades tiene y el iniciar un tratamiento o no iniciar el tratamiento sin saber qué otras cosas puede haber detrás, pues es complicado... Por eso coordinación de los servicios e integración de los servicios de drogodependencia, normalizarse” (24)

En los discursos recogidos se denuncia que las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria están aisladas del resto de servicios, y que la comunicación entre centros es muy reducida, aun cuando ésta es la herramienta más importante para evitar malentendidos.

“Somos islas independientes. Una unidad no conoce a otras, vamos a distintas velocidades... Y es importantísima la comunicación entre profesionales para evitar malentendidos, y otras cosas...” (19)

El discurso profesional se intensifica en relación con los servicios de Salud Mental. La masificación de los servicios de Salud Mental y sus criterios de atención a pacientes “sólo en abstinencia” hace que los centros de atención a la drogodependencia asuman el abordaje de la diversa problemática.

“Hay muchísima patología mental, trastornos bipolares, trastornos de hiperactividad, trastornos límite de personalidad. El TLP es el que más abusa de sustancias, precisamente para aliviar su malestar. La patología dual está a la orden del día.....En este tipo de perfiles, como están consumiendo, pues vienen para acá, porque en Salud mental nada más que los ven y dicen que están consumiendo drogas pues ya vienen todos para acá. Entonces aquí nosotros ya lo que hacemos es valoraciones.... de qué tipo de patología psiquiátrica hay, si es primario o es secundario el consumo de drogas y aquí se le pone en tratamiento. Si vemos que ya el trastorno mental no evoluciona como a nosotros nos gustaría y el paciente se mantiene abstinentes (que es condición sine qua non para que lo vean en Salud Mental), pues entonces a lo mejor lo derivamos. Lo que pasa que la mayoría de las veces se quedan aquí, aunque nosotros hacemos reuniones de coordinación con Salud Mental, y a veces van ala limón, allí y aquí... Lo que pasa es que sí es verdad que cuando ellos ven que nosotros los atendemos muy bien aquí pues no quieren irse. Y es verdad que las circunstancias de Salud

Mental son las que son, están también muy masificados y a lo mejor este tipo de problemas que ellos no manejan, lo que hacen es todavía empeorar la situación” (8)

“De algún modo las circunstancias nos fueron obligando a hacernos más especializados en salud mental... Las circunstancias nos obligaban a eso....Hay cosas que son simples. Por ejemplo, los primeros años era frecuentísimo que detectáramos gente con VIH positivo y eso significaba derivación a medicina interna para su tratamiento, y nadie ponía inconveniente de que fuera drogadicto, pero eso es asunto vuestro si le ocurre a una depresión o un trastorno límite de personalidad. Con frecuencia simplemente el que se detecte que hay un consumo de drogas o que ha habido.., puede significar que eso era problema de drogas y ya está, con lo cual, o lo tratábamos nosotros o nada” (7)

Entre las y los participantes en el estudio existen quejas de relación con profesionales de Salud Mental. Se les acusa de no profundizar ni abordar integralmente la problemática de usuarias y usuarios, limitándose a interpretar el consumo de sustancias como desencadenante del problema de salud mental. La falta de recursos específicos o de coordinación entre servicios para abordar la denominada “patología dual” se entiende como un hándicap importante en la atención.

“Desde ese punto de vista lo que más me llama la atención e insistiré tantas veces como haga falta es la pobreza de recursos que tenemos para aquellas personas con patología mental además de consumo de drogas” (21)

“Yo creo que puntos débiles el tema este de la coordinación” (26)

“La dificultad que tenemos es con personas duales. Cada vez vienen más personas con enfermedades mentales, y es muy difícil trabajar con ellos porque ya no es solamente el tema del consumo sino que estamos hablando de estados mentales serios... a la hora de lo que es la convivencia dificulta mucho... Cuando van a Salud Mental, que tienen su seguimiento con el psiquiatra, lamentablemente nos encontramos con que los profesionales suelen culpar o responsabilizar de todo a la droga, y quizás no tenga que ser la droga, porque en algunos casos el consumo ha desencadenado una enfermedad mental, pero no en todos los casos es así. Entonces, es difícil trabajar con los profesionales de la salud en ese sentido. Además, ellos dicen, esta persona está así con un brote psicótico a causa de un consumo equis y, bueno, es que hay algo detrás de eso, que es lo que hay que trabajar y que a veces está tan oculto que no llegamos a poder trabajarlo, porque entre otras cosas no da tiempo. A veces no da tiempo, bien porque ellos abandonan el tratamiento, o bien porque tienen una recaída o lamentablemente porque haya que invitarles a que lo abandonen, porque esté siendo más perjudicial tanto para ellos como para los compañeros” (28)

Se señala que el importante incremento de problemas de salud mental entre las personas con problemas de drogodependencia ha incrementado las dificultades de atención desde aquellos centros que trabajan fundamentalmente con usuarios y usuarias carentes de cualquier red de apoyo social. Se critica la falta de respuesta de los servicios de Salud Mental desde su modelo de des-institucionalización de los problemas de salud mental.

“El hecho de que tengamos más enfermos mentales nos complica la vida. Si te das un paseo ahora por aquí verás que muchos de ellos son enfermos mentales. El problema que tienen ahora mismo no es de drogas sino es de su situación mental, y, usted no lo sabrá, pero la reforma mental que se hizo hace treinta años cerró los hospitales psiquiátricos y no hizo nada. Cerró los hospitales psiquiátricos y a los enfermos mentales los dejó en su casa con su madre y su padre sufriendo. Alguien me dirá: “Estupendo, hemos abierto centros pequeños” pero díganme ¿para cuántas plazas hay en Andalucía? Nada, apenas. Entonces los enfermos mentales están en casa con papá y mamá, sufriendo, en la cárcel, en el psiquiátrico penitenciario... o aquí... o en los cajeros automáticos” (21)

Se denuncia la inaccesibilidad de usuarios/as con problemas de salud mental a servicios específicos de atención a la drogodependencia. Esta cuestión se entiende ilógica cuando se identifican porcentajes muy altos de usuarios y usuarias que presentan “patología dual”.

“No te admiten en un recurso un paciente que tenga una patología psiquiátrica, y ahora mismo los tenemos más del 50% de patología psiquiátrica, pues tendrás que adaptar los recursos a esas necesidades, si no... Ya no existe el puro, es muy raro el puro, ... solo ... monta comunidades específicas de adolescentes con problemas de cannabis, ya está, punto. Aunque esos derivan casi todos en una patología dual también” (2)

Lenta adaptación de los recursos a las necesidades cambiantes

Se señala que los equipos profesionales tienen más capacidad de adaptación a las necesidades actuales que la estructura y cultura organizativa, sobre todo de los servicios sanitarios relacionados con atención a la drogodependencia.

“Yo creo que los equipos nos hemos reciclado más que los recursos en sí. Yo creo que son más los equipos por necesidad y por lo que vas viendo cada día, los que nos vamos reciclando y adaptando a las nuevas necesidades” (26)

“El sistema no ha acompañado este cambio, no ha habido reciclaje. Lo que ha habido de cambio ha sido de motu propio de los profesionales: el que se ha querido reciclar se recicla, el que no, ha seguido trabajando como hace veinte años y esto es así. Es que hay que, intentar convencer a los compañeros de que la forma de trabajo ha cambiado, el perfil se ve estadísticamente que ha cambiado muchísimo, y tú no puedes dirigirte a ellos de la misma forma... No te puedes imaginar lo que me encontré al llegar. No maltrato físico pero la gente no tiene por qué pasar un síndrome de abstinencia en el siglo XXI, no tiene por qué estar pegando botes en la cama, hay un tratamiento. Actualmente ha cambiado mucho el manejo, con más empatía, más cercano. La contención es muy importante con los pacientes, te tienes que adelantar a cualquier enfrentamiento, a cualquier crisis de ansiedad” (19)

De los años 80 hasta ahora el perfil del drogodependiente, el cambio es brutal. Lo que pasa es que el sistema no ha acompañado el cambio. El problema es que enfermeros y enfermeras de los años 80 siguen tratando como entonces a pacientes del siglo XXI. Siguen como si siguieran en los años 80. Y el problema es que los profesionales nos tenemos que adaptar y muchas veces cuesta adaptarse a ese cambio. Las normas son de hace muchos

años, ... los pacientes han cambiado y tienen otras necesidades. Nos tenemos que adaptar a las necesidades actuales” (20)

Dificultad para trabajar en equipo y disponer de espacios propios en los centros de salud

Profesionales de equipos que trabajan dentro de centros de salud, opinan que éstos son un buen lugar de referencia para la atención. No obstante, se quejan de sentirse en espacios de trabajo “prestados”, así como de no poder trabajar en equipo con el resto de profesionales relacionados con la atención a la drogodependencia, ya que acuden a los centros de salud en días diferentes.

“En Córdoba en concreto,... estamos ubicados en un sitio muy bueno a la hora de poder atender, como son los centros de salud, pero de prestado. ¿Por qué te digo esto? Pues porque no somos de salud, y al fin y al cabo utilizamos aquella consulta, que se nos deja porque su médico no la ocupa en ese momento, que si su médico la tiene que ocupar, nosotros vamos si hace falta a la habitación de las escobas.... estamos de prestado, en un sitio que nos lo prestan, y no somos de salud” (2)

No se hace una buena captación de mujeres transeúntes para que puedan acceder a los servicios

En relación con las mujeres se comenta la dificultad específica para captar a aquellas mujeres transeúntes con importantes necesidades de atención. Se conjetura que no acuden por desconocimiento de los servicios de cuidados básicos, quizás por falta de información y recursos para hacer las gestiones que se requieren, o porque no les interesa estar localizadas por sus familias o por la justicia.

“Tenemos la sensación de que hay mujeres transeúntes que no nos llegan y no sabemos tampoco por qué... A lo mejor no saben que eso está allí y que puede tener un albergue... A lo mejor si conocieran a alguien que viene aquí... porque aquí la mayor publicidad es el boca a boca... Ante lo que pasaba era que la gente llegaba, comía y se iba y entonces no les pedían ni nombre, ni ningún tipo de identificación ni nada y ahora... necesitan un carnet. Claro, para que te den ese carnet tienes que llevar pues una fotocopia del DNI, un papel que dice que no cobras nada..... Yo no sé, a mí me da la sensación de que puede ser que muchas mujeres el hecho de pedirle el nombre, o de pedir datos o de identificar... ya como que las echa para atrás. Que a lo mejor me equivoco pero no sé, es como que... me pueden encontrar, o ..., no quiero que mi familia sepa dónde estoy..., no quiero que me vean así... o me está buscando la justicia porque tengo cosas pendientes” (18)

4.8.3. Intervenciones y prácticas profesionales en los servicios de tratamiento de las drogodependencias

El conjunto de profesionales ha destacado mayoritariamente aspectos positivos de las prácticas profesionales de tratamiento de las drogodependencias.

Buen trato, respuesta rápida y de calidad

Aparecen frecuentes alusiones al buen funcionamiento general de la Red de Atención a la Drogodependencia en Andalucía. Se apuntan como aspectos positivos la rápida respuesta inicial que se da a las y los usuarios, el buen trato y el buen hacer del conjunto de profesionales.

“Estamos atendiendo de una manera notable alto, pero no porque tengamos una autoestima elevada sino porque realmente los pacientes te lo dicen. Vienen muchos y dicen “yo no esperaba que aquí se nos atendiera tan bien. Yo venía con miedo porque no sabía y la verdad que nos han atendido de una manera muy agradable”. Aquí cuando se viene con un problema que no es agradable para el paciente, si te atienden bien, pues lógicamente también influye. En general, yo creo que aquí les atendemos de una manera bastante buena y nos planteamos siempre darle respuesta a todo el mundo Es un punto fuerte la rapidez con la que los atendemos a la hora de la primera entrevista. Que muchas veces vienen con una demanda de información y nosotros ya en esa demanda lo captamos y le hacemos la primera intervención, porque vemos que hay una motivación buena o porque vemos que el paciente lo necesita” (8)

“Yo tengo una buena percepción de lo que hago y de nuestro trabajo. Aparte de que me gusta pienso que es una Red que funciona fantásticamente bien, mejorable por supuesto siempre” (10)

“La experiencia que tenemos aquí en el centro es positiva, y la respuesta que dan es positiva, así que entiendo que las intervenciones son positivas. ... Evidentemente fallos tenemos todos ... pero a nivel general creo que las intervenciones se hacen bien y que las respuestas a los usuarios son adecuadas y son buenas” (14)

“Facilitamos el acceso para que acudan sin cita” (19)

“Yo creo que se está dando una respuesta adecuada a las necesidades que tienen, si está dando una respuesta de calidad” (24)

“Lo hacemos lo mejor que podemos, lo mejor que sabemos y con lo que tenemos” (26)

“Yo por lo menos donde me muevo, pienso que bien.... Hay que mantener lo que se está haciendo” (30)

Aparecen alusiones constantes a cómo los cambios sociales que favorecen el acercamiento a los servicios, han modificado el perfil actual de personas usuarias. Hoy en día resulta más fácil el trato y el abordaje de los problemas ante personas menos

conflictivas y demandantes. Se comenta la emergencia de nuevos perfiles de personas usuarias bien integradas socialmente, que opinan, participan y tienen la oportunidad de elegir entre diferentes servicios, lo cual cambia el enfoque paternalista del sistema antiguo de atención.

“Antes, por ejemplo, en este centro podías ver un conflicto rápidamente a nivel de personas que entraban al centro, que tenías que llamar a seguridad por cualquier motivo y ahora hay una tranquilidad. Es que ha cambiado el perfil del paciente y ahora no hay ningún conflicto de pacientes porque vengan con sintomatología de abstinencia, porque tengas que intervenir en crisis como antes. Ahora tienes que intervenir en crisis a nivel motivacional, a nivel de hablar con el paciente, “entra, hablamos, qué te pasa” y tal, pero no en conflicto de agresividad, como en otros momentos, “que me suicido”. No, es que ha cambiado el perfil de la persona, es otro momento precisamente por eso precisamente del perfil de los pacientes” (6)

“Por lo que me comentan los compañeros que vivieron la otra época, han cambiado algunas cosas El trato con las otras personas, el trabajo con el otro perfil era más difícil. Yo lo he vivido en infecciosos ese otro perfil, y sé lo que es el VIH ahora y lo era hace años. Ahora es más fácil, es menos problemático. Los otros enfermos eran más agresivos, mucho más demandantes...” (20)

“Ha supuesto la adaptación de un usuario más normalizado, un usuario que nos trata como servicio público, vigilado por el ciudadano. Con lo cual también hacen sus sugerencias y hacen sus aportaciones de mejora, entonces es más participe. Más proactivo para señalar puntos débiles y puntos fuertes. Es también un usuario menos dependiente de las instituciones... Tienen posibilidades de elegir este servicio y este no, y decidir y mirar. Por lo tanto, no somos tanto los padres y madres de nuestros usuarios. Nuestros usuarios son ciudadanos normales con una serie de dificultades y una serie de adicciones” (24)

Alta implicación, compromiso, preparación y motivación profesional

Entre los discursos recogidos se valora como un punto fuerte el entusiasmo, implicación, buena preparación y satisfacción profesional.

“Existe una red de atención buena, muy buena, con profesionales muy buenos también, con mucha experiencia, muy formados” (5)

“Todos los centros comarcales y los provinciales, cuentan con una red de profesionales con muchos años de formación y equipos completos. Somos recursos de primer nivel” (10)

“Como cada día es diferente, venimos todos entusiasmados. Yo es que vengo encantada a trabajar. Yo veo cada día la implicación del personal... Una vez que el paciente empieza a motivarse, empiezas a ver cambios, te encuentras con una persona muy normalizada, con una persona que tiene valía. Entonces, la verdad que el trabajo es muy rico, muy satisfactorio” (26)

“La confianza y la implicación de los profesionales. Y la lucha por no romper el hilo de unión que te mantiene con el usuario” (19)

“El punto fuerte aquí, que los que se van lo dicen e incluso nos llaman para decirlo, es que sienten una implicación muy grande del personal y una preocupación por parte de los profesionales. Se van muy contentos con los profesionales” (20)

“Esto es una profesión de vocación, no económica, y si estamos aquí es porque nos gusta y nos gusta saber lo que hacemos con las personas. Nos llena de alegría ver que las personas vienen, las personas participan y que quieren que esto siga” (25)

Se comenta que es altamente satisfactorio y “emotivo” ver el cambio que el trabajo realizado provoca en las vidas de las usuarias y usuarios, es decir, el impacto positivo de las intervenciones realizadas.

“Para mucha gente supone un cambio radical en sus vidas, son solo 15 días pero supone un cambio radical. Gente que viene de un mundo distinto, llegan aquí se desintoxican y es brutal el cambio que notas en ellos en sus vidas, y luego te llaman o te los encuentras al cabo de los meses los años, etc.. Es un paréntesis, un hecho puntual en sus vidas pero... el no tener que buscar la sustancia al levantarse por la mañana, quitarte esas cadenas y darte la libertad.. para ellos es increíble. Salen muy motivados, salen con muchísimas ganas. Es emotivo el cambio, esto es lo más frecuente” (19)

Los y las profesionales se encuentran motivadas para reciclar por su cuenta su conocimiento, y de esta manera poder responder mejor a nuevas demandas.

“Nos hemos ido formando nosotros mismos... Quizás por la misma motivación que nos ha llevado a ver que el perfil estaba cambiando y nosotros teníamos que renovar nuestros conocimientos” (2)

Cercanía, personalización, trabajo en equipo, flexibilidad y adaptación continua

Se comenta la cercanía como una de las características más relevantes de la atención en la actualidad.

“El punto fuerte yo creo que es la cercanía con las personas. ... intento siempre no ser una trabajadora social muy distante.. sé que son personas que necesitan un apoyo afectivo aunque hay ocasiones que tienes que ser un poco más fría, dependiendo de la persona, pero sí que intentamos ser siempre muy cercanos, muy de familia, un ambiente muy familiar” (16)

El trabajo en equipo multidisciplinar se entiende como una importante ventaja, así como su capacidad para hacer una atención personalizada. La atención prestada se caracteriza por la adaptación de los equipos a los requerimientos y necesidades que se plantean en cada caso. El peso que tienen unos u otras profesionales siempre depende de las características y necesidades de cada persona.

“Se trabaja muy bien porque se trabaja en equipo.... las reuniones de equipo son diarias, ... hay revisión de casos, revisión de actividades, se revisa todo. Hay todos los perfiles profesionales, trabajadores sociales, educadores, técnicos de integración, psicólogos, pedagogos, abogados, médicos. O sea los equipos multidisciplinares están compuestos por todas las profesiones” (15)

“Uno de los puntos fuertes es que somos un equipo muy compacto... que normalmente solemos estar más o menos de acuerdo cuando se toman decisiones o sobre cosas que hay que hacer y si no, se vota y se hace por mayoría” (18)

“El primer momento es igual para todo el mundo, la acogida y la valoración que se hace inicial se hace del mismo tipo, conforme se va viendo el perfil pues ya se va digamos reorientando, se va conduciendo a un tipo de atención u otro adaptándose al perfil que presente. La individualización es algo progresivo” (5)

“A ellos primero se le hace como una especie de diagnóstico inicial, entonces ahí vemos las necesidades del paciente. Entonces, dependiendo de la necesidad se empiezan a marcar unos objetivos, y .. desde cada área se empieza un trabajo. Entonces hay veces que tienen más peso las educadoras, hay veces que tienen más peso la parte médica. Entonces depende del paciente, depende de la necesidad... Muchas veces, las intervenciones que hacemos las hacemos conjuntamente psicóloga, educadora y trabajadora social porque se hacen intervenciones muy ricas, la verdad. Y como tenemos aquí la oportunidad de que están aquí los pacientes 24 horas y tenemos el tiempo para hacerlo, la verdad que se sacan intervenciones muy provechosas” (26)

Es común reconocer que los servicios son flexibles y hacen una adaptación continuada a las problemáticas emergentes y a las necesidades cambiantes de las y los usuarios.

“Desde hace años ya se contemplan las adiciones sin sustancia en el programa. La red trata de adaptarse un poco a las nuevas tendencias, hacia los consumos de nuevas drogas que están apareciendo.... Es consciente de que la población está cambiando, que están apareciendo nuevas sustancias y nuevos hábitos adictivos, y desde hace años se está tratando de formar al personal y adaptar un poco la red.... Pensamos que lo estamos haciendo bien, ... todos los años solicitamos formación en nuevas adiciones y nuevos comportamientos para ir dando la respuesta” (3)

“Continuamente tenemos que actualizar e ir cambiando el tipo de atención dependiendo de los perfiles que planteen su demanda. Hemos tenido que ir actualizándonos,hemos tenido que ir adaptándonos y concibiendo nuevas atenciones, la verdad es que hemos tenido que cambiar” (5)

“La respuesta es muy plástica, nos tenemos que adaptar a las necesidades de los usuarios” (24)

Fomento de la inclusión social

Más allá del tratamiento para eliminar o paliar las consecuencias de las adicciones, se trabaja en procesos de inclusión social y normalización, tan importante o más que el trabajo de la dependencia.

“Sus círculos suelen estar al margen del sistema, y es muy difícil... Nosotros hacemos excursiones, vamos al museo para normalizar la situación... Y entonces pues les apetece decir “oye pues vamos a ir a ver el museo para ver y tal, que aquello está muy bonito, o vamos a ir al parque de los animales y tal o vamos a ir a la playa”.... En fin hacemos excursiones de todo tipo, partidos de fútbol de vez en cuando, en los que jugamos todos, profesionales y usuarios. No jugamos profesionales contra usuarios ni nada, jugamos todos. Es decir yo juego en el equipo con quien acaba de entrar en ese momento, con la chica que esa noche tal, con el otro y con la otra. Hacemos equipos mixtos, jugamos, nos divertimos y ahí también hay un acercamiento más entre profesionales y ellos es decir, les queremos transmitir que pueden estar exactamente bien en un sitio con gente y en unas circunstancias normales.... Luego en Navidad nos presentamos al concurso de villancicos, en el que hacemos un grupo con unas panderetas y tal, ensayamos un par de temas y nos presentamos. Llevamos haciéndolo 7 u 8 años y una vez conseguimos el segundo premio... y no veas la alegría que nos dio a todos cuando salieron. Fue alucinante, cuando nos dieron el premio, fue una euforia..., increíble. Pero sobre todo es la inclusión social, la inclusión en el sistema. ... Nosotros estamos intentando salir con ellos a hacer cosas fuera, ...hemos ido al cine, hemos ido a algún evento así que hemos considerado interesante, carreras por la solidaridad....” (13)

Abordaje biopsicosocial y atención integral

Se entiende que el modelo biopsicosocial que se utiliza en la intervención actual es apropiado para abordar las problemáticas de las personas desde una perspectiva holística.

“Siempre se ha trabajado la parte médica, la parte biológica, otras veces se ha trabajado mucho la parte psicológica, y ahora el modelo que utilizamos es el modelo biopsicosocial. O sea, lo que se intenta es abordar a la persona como algo integral, no como factores aislados, sino como un todo. La parte médica, la parte biológica, la parte psicológica y la parte social,... Si no se trabajan las tres partes, posiblemente no se haga un trabajo completo”

La facilitación del acceso a una atención integral se considera un punto fuerte. Específicamente, los centros de cuidados básicos permiten dar respuesta a muchas necesidades de usuarias y usuarios. Se trabaja desde un enfoque de atención que permite la disminución de riesgos y favorece el bienestar general de las personas.

“Aquí disminuye el consumo puesto que echan muchas horas aquí, y disminuyen los riesgos puesto que tienen jeringuillas, papel de aluminio, preservativos, con lo cual disminuimos los riesgos de muchas cosas. Y el ser un dispositivo con esa flexibilidad y nosotros que intentamos darle más flexibilidad todavía, pues permite que las personas pues se sientan y puedan estar casi casi entre comillas como en su casa...que no es su casa pero bueno lo que más puede acercarse ahora mismo a su casas puede ser esto” (13)

“Nuestro punto fuerte es que damos una asistencia integral a todo: asistencia sanitaria, hotelera, en el sentido de comida y cama, educativa, social, psicoterapéutica. Intentamos dar una asistencia en todo. Porque creo que esta gente son personas con mucho déficit en muchos sentidos y... si tienes cuatro ruedas pinchadas, de poco vale cambiar una rueda, si no cambias las otras tres. Proporcionamos un enfoque integral a la asistencia, tratando a la vez la enfermedad, así como la drogodependencia y sus circunstancias sociales.... Hay varios

tipos de pacientes. Algunos pacientes que están muy enfermos y se les atiende sanitariamente (ahora la "Hermana" ha salido con un gotero para ponérselo a un paciente). Hay otros que vienen a rehabilitar la parte física,.. luego hay otros que vienen porque no tienen a donde ir, ... y toxicómanos activos" (21)

Procesos igualitarios, atención a las necesidades de las mujeres y actividades sensibles al género

Se considera que la utilización de los mismos procedimientos de trabajo con usuarios y usuarias es una forma de atender en igualdad, aun cuando se apunta que con algunos hombres se toman a veces precauciones ante mayor probabilidad de conflictos. También se comenta que, aunque los procedimientos básicos iniciales son iguales para toda persona que acude a los servicios, se hace un trato diferencial con las mujeres, entendiéndose ésto como discriminación positiva. Se da preferencia a las mujeres para que sean acogidas en algunos centros y puedan disponer de un seguimiento más continuado o mayor agilidad en las citas, para que dispongan de determinados espacios diferenciados y para que puedan participar en actividades específicamente diseñadas para ellas.

"Se está atendiendo en igualdad. Es decir una persona pide cita y se le da, sea hombre o mujer.... luego ya, una vez que acceden a lo mejor sí que es verdad que atendiendo a sus características pues se les va a hacer un seguimiento más intenso o menos... si se ve que es una mujer que por las circunstancias que tiene necesita más atención, más citas, más seguidas o apostar por ella más pues se hace" (12)

"Pero, vamos, por norma general aquí se atiende a todo el mudo se les ofrece los mismos servicios, sea hombre o mujer, lo mismo venga del consumo que venga. A la hora de intervenir con ellos intentas tener más mano izquierda si crees que son más conflictivos o más susceptibles de que haya un conflicto" (16)

"La consideración hacia la mujer,, esa discriminación positiva que nosotros hacemos en relación a mujer" (13)

"Más distinciones que se hacen en cuanto a las mujeres... pues tienen una sala propia donde ellas pueden descansar y ver la televisión y son atendidas por compañeras... el seguimiento psicológico de las mujeres se intenta que sea muy continuado y si viene un día demandando que le vea la psicóloga, la psicóloga intenta verla en ese mismo momento haciéndole un hueco... también hay distinciones después en preferencias de la mujer, en temas de acceso a talleres específicos" (17)

Se refiere alguna formación en género recibida o impartida, y se comenta cómo el tema de género preocupa a los equipos profesionales y discuten sobre ello en reuniones.

"En el tema de la perspectiva de género también hemos recibido algún curso, e incluso los psicólogos en las reuniones de equipo nuestras hemos tratado este tema como monográfico,

si observamos o no diferencias entre hombre y mujer, y si tenemos que adaptar el tratamiento en ese sentido” (3)

Algunos/as profesionales abordan esta perspectiva en mayor profundidad, mencionando la utilización de un enfoque transversal de género a través de comisiones de trabajo que revisan los procedimientos, y dotan de recursos humanos y actividades específicas para sensibilizar a las y los usuarios.

“Remarca que aquí el tema de género lo tenemos bastante latente porque trabajamos en comisiones de calidad y tenemos una comisión de género, por la que toda la documentación, todas las actuaciones que se llevan a cabo, todos los procesos y procedimientos que se llevan a cabo o se implementan están siempre vistos y repasados por la comisión de género. O sea, si la comisión de género no da el visto bueno, se vuelve para atrás y hay que volver a hacer el procedimiento o el proceso de trabajo. Tenemos contratadas a unas mujeres por un tema de subvención para incorporación de mujeres a la vida laboral, la contratación mía fue una cuestión de género.... Tenemos el taller de nuevas masculinidades o taller de género para varones. Al fin y al cabo lo que intentamos es desmontar toda esta imposición social de que el hombre se comporta y asume unos roles de esta manera y la mujer asume estos otros de esta manera, y lo que intento hacerles ver a los usuarios varones cómo realmente la sociedad nos impone una serie de roles que tenemos que asumir, que al fin y al cabo nos repercuten también en mucho perjuicio para nosotros. Repercute mucha carga emocional, mucha carga psicológica, mucho echarnos a la espalda a la familia, y que al final eso genera frustraciones, perder la paciencia, y aparte ya los valores heredados machistas de todo el tema del cuidado doméstico y demás, que intentamos desmontar y por lo menos hablar sobre ello y reflexionar sobre el tema este” (17)

Dicen trabajar con las mujeres para que ganen confianza en los hombres (profesionales).

“Hay una serie de talleres temáticos para ellas... para que puedan incorporarse más fácil al tema de relacional común. Para que pierdan ese miedo a, yo soy hombre, a estos yo no los conozco de nada, este tío me está mirando de malas formas y a lo mejor quiere algo conmigo... hablas un poquito más al principio para que puedan ir integrándose poco a poco las que necesiten ese tipo de terapias. Porque hay otras que no, que vienen y se acoplan perfectamente, pero hay otras que en un momento determinado por su mentalidad, por su situación que ha pasado de violencia por tal...ves constantemente como si, ven a un enemigo... hay que rebajar los escalones para que poco a poco vean que aquí tenemos todos problemas y que aquí no vamos hablar de yo soy hombre y mando yo y tú te callas, eso es importante” (25)

Dificultad para mantener criterios profesionales ante situaciones que plantean usuarios/as

Como aspecto negativo, aunque bajo la justificación de “actitud bondadosa”, se hacen comentarios relativos a la dificultad de mantener determinados acuerdos decididos en

grupo. Ante algunas circunstancias que plantean usuarios y usuarias, algunos/as profesionales hacen concesiones que con posterioridad se pueden volver en su contra.

“El “buenismo”, que es un poco como que tomamos una decisión de algo que se va a hacer, pero luego claro, llegan y te cuentan las circunstancias y... como que te ablandan un poco el corazón y vas haciendo excepciones y llega un momento que es que te comen. ... Que hay veces que nos puede el corazón... y entonces nos ablandamos y a lo mejor en ese momento no te puedes ablandar sino que tienes que ser firme con esa persona porque es que si no... no consigues nada” (18)

No se hace una atención diferencial por sexo de forma sistemática

Se comenta que no se deberían aplicar los mismos tratamientos a hombres y mujeres, sino realizar una atención diferente en función de las diferencias de género en las motivaciones para el consumo de ellos y ellas.

“Tenemos la directriz de tratamiento igualitario, pero puede ser una equivocación ya que estamos ignorando que existen unas diferencias que influyen en el consumo, las motivaciones, y en cómo afrontarlo. Habría que dar otras opciones. No es lo mismo regular estados emocionales negativos que buscar diversión en la droga. Una cosa es generar una diversificación del ocio y el tiempo libre y otra es trabajar ansiedad, depresión, estados emocionales negativos, ventilación... Ahí sí que habría qué hacer diferencias” (3)

Se hace referencia a que los modelos terapéuticos actuales no incorporan la perspectiva de género, aun cuando se identifican necesidades diferenciales en la atención, como son un mayor tiempo de escucha en las mujeres y directrices más rápidas para los hombres.

“Seguimos un modelo teórico que básicamente aplicamos siempre, unos módulos terapéuticos que vamos aplicando pero no suelen tener mucha consideración de género. El modelo que tenemos implantado es muy directivo, los profesionales tenemos las agendas sobrecargadas y los profesionales los modelos que hemos considerado más efectivo han sido los de respuesta más rápida. Modelos directivos en los que se le dan muchas recomendaciones rápidamente al paciente sobre qué hacer, aléjate de ahí, tómate esta medicación... Sí que habría que cambiarlo un poco, los tiempos son distintos en hombre y mujer. La mujer necesita mucha más escucha activa. Si responde a las motivaciones que hemos dicho de tipo evasivo hay que dedicarle mucho más tiempo a escuchar, dejar que se exprese, buscar el motivo real del problema, no rascar la superficie sino ir más al fondo y hasta que no se haga eso no vamos a conseguir nada. Pueden pensar que este es otro sitio más en el que tampoco se les entiende o se les escucha realmente y pueden acabar yéndose. Las necesidades son distintas. A la mayoría de los hombres les gusta que los terapeutas sean más directivos, “yo no he venido aquí a perder el tiempo, dígame que tengo qué hacer”, quieren respuestas. Y en la mujer hay que pararse a escuchar mucho más, a que sean ellas las que se den cuenta de porqué llego un momento en que empezó a abusar del alcohol” (3)

Se argumentan los déficits de atención a las necesidades específicas de las mujeres por su mayor complejidad y esfuerzo adicional para el grupo de profesionales. Aunque los procedimientos básicos en la atención a hombres y mujeres son los mismos, cuando son mujeres las usuarias, se requieren más gestiones y tramitaciones específicas que pueden provocar desidia profesional y afectar negativamente a las usuarias.

“Por lo que yo veo creo que con el tema de las mujeres, habría que hacer algo más” (27)

“El esquema de tratamiento para unos y otras es similar. Es decir, siempre que viene un paciente nuevo, se les abre una historia clínica, un número de FIBA, se recogen todos los datos demográficos y de consumos de sustancias ... básicamente la atención en el esquema de funcionamiento general es el mismo, pero luego, dependiendo de las necesidades específicas de cada cual, pues si son mujeres ya la atención en aspectos concretos con esa persona sí que difiere mucho. Si necesita un recurso de internamiento y es mujer pues se va a buscar una comunidad terapéutica para mujeres, si necesita de una vivienda de apoyo al tratamiento pues se va a buscar una vivienda de apoyo al tratamiento para ella, ... y luego, en lo que hace referencia a las necesidades específicas de otros recursos pues igual, si necesita derivación a Servicios Sociales o al Centro de la Mujer porque se detecte maltrato en el caso de que acuda una mujer que tenga maltrato psicológico pues se va a derivar. O si necesita un abordaje médico o psicológico especializado en función de sus características como mujer pues hay que abordarlo” (10)

Los procesos de evaluación e intervención en las mujeres requieren mayor dedicación y condicionan la atención diferencial a varones y mujeres.

“A veces la evaluación tiene aspectos diferentes a los hombres. Por citar alguno: qué habilidades tiene ella en la atención a los hijos, o si tiene problemas sexuales o no en relación a problemas de abuso que haya habido a lo mejor antes del consumo.... Hay diferencias en la evaluación porque hay que determinar muy pormenorizadamente, pensarlo más despacioy en lo que es la terapia pura y dura que haces con una mujer pues igual tienes que trabajar aspectos concretos que con el hombre no tienes que trabajar, por ejemplo, la autoestima, que en las mujeres está súper deteriorada, y en los hombres no suele estar tanto. Entonces... lo que es trabajar el empoderamiento, lo que es que la mujer sea capaz de tomar decisiones y que tenga una autoestima o unas expectativas de que es capaz de cambiar su situación, que tienes que trabajarlas en la mujer y en el hombre no” (10)

Como autocrítica se reflexiona acerca de la evitación o desmotivación profesional en casos que requieren mayor dedicación, como puede ser el caso de muchas mujeres.

“Un poco haciendo autocrítica hacia nuestro trabajo,... como el trabajo en la mujer es más complejo, a lo mejor a veces sin querer, intentamos no hacerlo, intentamos hacer todo lo contrario porque ya te digo, intentamos funcionar bien porque nos gusta nuestro trabajo y porque todo el mundo intenta hacer su trabajo lo mejor que puede, pero... a lo mejor..., como el caso es más complejo y es más difícil, quizás se transmite cierto desánimo o cierta... , pues no sé, falta de esperanza a la hora de solucionar el problema” (10)

4.8.4. Desarrollo profesional

Déficits de ofertas formativas

Algunos y algunas de las profesionales entrevistadas critican la falta de medios actuales para que el conjunto de profesionales pueda reciclar su conocimiento.

“Reciclaje continuo que es lo que hay que realizar aunque en estos momentos de crisis económicas, no se nos facilita a los técnicos dicho reciclaje” (4)

“Hombre que tenemos que estar más preparados, tenemos que estar muy preparados realmente diría yo. Debemos estar mucho más preparados” (12)

“La formación de género yo entiendo que la hemos recibido cada uno como sea, cada uno que nos la hemos buscado... o sea, yo no tengo cursos de formación por pertenecer aquí” (25)

Específicamente en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria se comenta la falta de especialización del personal sanitario y la ausencia de preparación en habilidades de comunicación para trabajar con problemas de drogodependencia.

“El personal de enfermería no está especializado, no es como en psiquiatría que hay enfermeras psiquiátricas. Se intenta tener documentación, tener información de las personas que llevan más tiempo, sobre todo de habilidades de comunicación, hay unos protocolos que te indican que tal desintoxicación te puede producir unos síntomas, pero en lo que es medicación y síntomas fisiológicos, que es lo más fácil de tratar.... Entonces, cada uno vadea el terreno como puede, pues eso son ya habilidades personales de cada uno” (20)

La emergencia de un consumo incontrolado de sustancias en menores plantea nuevas dificultades y obstáculos en la atención, para la que el conjunto de profesionales en general no se siente preparado.

“En los últimos tiempos se está atendiendo, se está derivando y estamos empezando a ver menores, muchos menores, entonces poco a poco hay que ir formándose, hay que ir dando una atención específica para ese perfil nuevo que está empezando a requerir atención. Entonces tú te tienes que ir formando, preparando, te tienes que ir dotando de instrumentos para trabajar con ese tipo de perfiles, y es verdad que causa impacto y que el servicio se tiene que ir adaptando....” (5)

“Muchas veces con los menores... te das cuenta de que no estamos preparados Los recursos disponibles están adecuados a otro tipo de paciente. Aunque se está cambiando a grandes pasos..., por ejemplo, si nos vienen menores, sobre todo con consumo de cannabis, pues si están escolarizados, citas a primera hora, se habla con el tutor, con las personas de Forma Joven para que no se estigmatice a esa persona que ha tenido algún tipo de consumo” (3)

4.8.5. Difusión

Desconocimiento del servicio de asesoramiento jurídico legal

Desde la asesoría jurídico-legal se considera que muchos casos no llegan por desconocimiento del servicio o inseguridad frente a otros servicios privados.

“A nivel jurídico, yo estoy segura de que se nos escapan muchos protocolos, muchas demandas jurídicas, porque bien, no tienen información de nuestra existencia, pese a que los terapeutas se lo dicen, o bien porque acuden a abogados privados y ya consideran que se lo van a llevar bien, pagando piensan que se lo van a llevar mejor y yo siempre les digo que la varita mágica no la tenemos, ya nos gustaría en algunos casos, la verdad, pero somos especialistas en el tema” (32)

4.9. PROPUESTAS PROFESIONALES PARA MEJORAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN

A continuación se exponen las propuestas planteadas para mejorar el sistema de atención a las drogodependencias en general, y para mejorar la atención a las usuarias en particular.

4.9.1. Recursos y financiación

Incrementar los recursos en general, los específicos para mujeres y para las mujeres con hijos e hijas en particular

Algunos y algunas profesionales coinciden en demandar la creación de más centros que garanticen la atención a todas las personas que lo necesiten. Algunas personas entrevistadas sugieren más Centros de Día, más Viviendas de Apoyo al Tratamiento y sobre todo Viviendas de Apoyo a enfermos de sida, además de Comunidades Terapéuticas y Servicios para Cuidados Básicos.

“Debería haber más recursos. También te digo que exactamente a nivel andaluz no sé los recursos que hay. Tengo información pero no sé si hay una buena relación de la oferta con la demanda. Crear más centros” (20)

“Más sitios donde mandarlos o con más rapidez.... Te tiras esperando dos meses hasta que haya un hueco. Pues más sitio.....Está bien como está todo, solamente poner más sitios donde mandarlos” (30)

“Faltan muchos recursos de mínima exigencia, ... Por ejemplo de alojamiento no hay y lo necesitan como el comer” (14)

Se solicitan más recursos específicos para mujeres, en contraposición a los recursos mixtos. En concreto, se señala la necesidad de crear comunidades y pisos donde se atiende exclusivamente a mujeres con dependencia al alcohol.

“Yo pienso que las comunidades no deben ser mixtas. A mí me resulta muchísimo más útil, sobre todo con las mujeres, comunidades específicas para mujer con problemas de alcohol. Tú no puedes enviar a una mujer, sólo y exclusivamente con problemas de alcohol a una comunidad donde el perfil es todo de cualquier droga, para nada, el perfil de alcohol para mujeres, es muy específico, es dónde exista más diferencia de género. En las otras drogas la diferencia de género es menos marcada. Clara diferencia en la mujer alcohólica. Igual que si, yo creo que los pisos para tratamiento de mujer con alcohol, deberían seguir existiendo, que muchos de ellos se han quitado, me parece que el de Córdoba se ha quitado y antes existía. Aumento de recursos específicos” (2)

Se comenta la necesidad de dar prioridad a las mujeres en los servicios disponibles, bajo justificación y cumplimiento de determinados criterios relativos a su mayor necesidad. Se demanda también mayor agilidad en los trámites de derivación.

“A mí no me gusta la desigualdad ...pero tampoco el que haya que apostar siempre por un perfil porque sí... Si a las mujeres, en muchas ocasiones, hay que darles prioridad en los recursos de ingreso, pues de una manera justificada, técnica y justificada... No es sólo por ser mujer, sino porque siendo mujer tiene toda una serie de condicionantes que justificándolos técnicamente.. Tendríamos que tener respuesta de prioridad en muchos de los programas (protección, un sitio adecuado donde estar, donde recuperarse...” (12)

Se justifica una mayor inversión en facilidades para que las mujeres puedan acceder a los centros, dado que sobre ellas recaen las responsabilidades familiares en mayor medida. Se reclaman más recursos para mujeres embarazadas y para aquellas mujeres que tienen cargas familiares, entendidas éstas como cargas injustas que les suponen un problema oculto del que no quieren hablar. Se describe cómo las mujeres además tienen miedo a perder la custodia de sus hijos e hijas si les dejan en una escuela hogar, por lo que al final se pone en riesgo su tratamiento y recuperación. Se sugieren soluciones como aumentar el número de pisos de acogida o la posibilidad de realizar acuerdos con guarderías. Se propone incluir algún servicio relativo a la crianza dentro de los recursos que ya existen y se demandan servicios de apoyo tras la salida de una comunidad terapéutica.

“Pienso que debería haber recursos específicos de mujeres en Andalucía... programas de madres con hijos, acuerdos con guarderías, etc... Que haya recursos al salir de la comunidad para las mujeres con hijos. Que en las VAR se incluya algo para las madres con hijos...” (26)

“Que hubiese más recursos para embarazadas” (8)

“Creo que en tema de las mujeres sería bueno que hubiera más pisos de acogida, a la hora de que llegan de la calle... sí que podría haber unos pisos en los que la mujer pudiera estar con sus hijos y no perder ese vínculo. Creo que eso sería importante” (27)

Se sugiere también la implantación de la figura de acompañante social o cuidadora (específicamente utilizan el término de “cuidadora” en femenino), que ayude a compatibilizar determinadas cargas de las mujeres con su tratamiento.

“Yo creo que la idea de la cuidadora, lo mismo que, por ejemplo, a una persona que tiene una dependencia se le pone una cuidadora por horas para que vaya a la casa yo creo que la figura de la cuidadora o una figura de apoyo a la hora del tratamiento, sería importante. Porque yo creo que se descargaría mucho el tema de la mujer, de sentirse un poco más apoyada en ese sentido de decir va a venir alguien a llevarme los niños al colegio y yo voy a poder estar durante un tiempo más tranquila, o ayudarme a la tarea de la casa, yo

creo que eso le podría descargar un poco de ese exceso de responsabilidad que normalmente tienen” (3)

Incrementar el número de UDH, revisar criterios de acceso y acercarlas al resto de servicios de tratamiento de las drogodependencias

Concretamente se solicitan más Unidades de Desintoxicación Hospitalaria en Andalucía, que permitan reducir las listas de espera existentes en las actuales. Se solicita una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria por provincia, así como se sugiere aumentar el número de camas por unidad para facilitar las relaciones entre personas usuarias.

“Debería haber más UDH... Nosotros no tenemos lista de espera pero las hay de hasta tres meses... Solo hay tres centros y se cierra en verano, navidad, o si se necesitan camas para hospitalización...” (20)

“Y aumentar el número de camas. .. podríamos tener una ratio mayor, ¿por qué solo 5? ¿Por qué no 8 o 10? No es necesario la vigilancia tan extrema como antes, incluso se trabaja mejor con más pacientes que con menos. Es bueno que se relacionen, se comunican más, se hacen grupos entre ellos por afinidades. Es bueno porque tienen que relacionarse, que la mayoría viene de no relacionarse con nadie, solo con la sustancia” (19)

Se sugiere una mejora en la flexibilidad de acceso a las unidades durante 365 días del año, aunque se propone revisar los criterios para ingresar en éstas, de tal manera que el ingreso voluntario y motivado pueda ser un criterio de priorización que facilite la recuperación.

“Por supuesto las UDH tienen que estar abiertas los 365 días al año, tienen que ser un recurso constante..”(19)

“Es importante filtrarlos bien para ingresar en la UDH, muy importante. No puede ser una válvula de escape familiar... el ingreso debe ser voluntario y debe estar motivado...” (20)

Se propone la separación de personas usuarias por perfil social, aunque se duda respecto a la separación por sexo.

“Se conseguiría más separando por adicciones o perfiles, probablemente sí. Separarlos por género, por sexo, pues... algunas veces puede ser positivo y otras no...” (19)

Se señala la necesidad de que se avise a las y los usuarios con una mayor antelación de los ingresos que tendrán que realizar.

“Para que los pacientes lleguen a la UDH mentalizados y preparados lo suyo es que haya una lista de espera razonable de 15-20 días para que les dé tiempo a prepararse, no que los llamen de un día para otro. Ten en cuenta que son 15 días que van a estar fuera del entorno” (19)

Aparecen comentarios acerca de la distancia existente entre las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y el resto de servicios incorporados a la Red de Atención a la Drogodependencia.

“Las UDH están apartadas del resto de la red” (20)

Incrementar y mejorar profesionalmente los recursos de reinserción social, en especial para las mujeres

Se destaca la importancia de que existan recursos que faciliten la reinserción social sobre todo de usuarios y usuarias que viven una situación marginal y con desesperanza respecto a sus posibilidades para hacer una vida “normalizada”.

“...Pues buscarle aunque sea para limpiar carreteras. que tuvieran algo que hacer... colocarlos en sitios donde vayan haciendo cosas” (30)

“Lo que creo que necesitan es posiblemente alguna vía de reintegración social. Para eso hace falta tener mucha paciencia, y recursos... y que poco a poco vayan cogiendo autoestima, vayan teniendo habilidades sociales, porque no las tienen, muchos de ellos no saben vivir en compañía y que quiten la desconfianza que a veces cuando llegan tienen hacia todos los seres humanos” (21)

Se hace mucho hincapié en la necesidad de desarrollar programas específicos que sirvan a usuarios y usuarias de lugar de paso y de preparación para la normalización y el establecimiento de rutinas cotidianas, antes de enfrentarse a las demandas y exigencias sociales. Se comenta que los programas antiguos para la incorporación laboral cada vez resultan más inaccesibles. En concreto se sugiere dinamizar los programas “Arquímedes”, “Red de Artesanos” y programas de empleo que en la actualidad son inaccesibles para los centros de algunas provincias.

“Se queda un poco coja la intervención en los centros en el tema de la incorporación laboral. Apenas tenemos recursos que poder utilizar para intentar incorporar laboralmente a nuestros usuarios. Los programas que antes existían cada vez tienen más trabas y es más complicado usarlos y eso es un hándicap importante. Tenemos que ir echando mano de programas locales, de la buena voluntad de los ayuntamientos a la hora de que intenten darte algún recurso para esta población. La verdad es que eso es bastante lamentable” (11)

“Ahora por ejemplo el ayuntamiento ofrece puestos de trabajo de seis meses y tal cual no pueden acceder, no están en una situación para acceder a un puesto de trabajo normalizado ahora mismo... lo que necesitaríamos es poder ofertar más programas pequeños en el que se puede hacer algo distinto, intentar ver de qué manera podemos ayudar flexibilizando muchas cuestiones relacionadas sobre todo con horarios, etc., etc.” (13)

“Yo echo en falta programas que den una continuidad a estas personas que tienen equis dificultades. .. Ya es difícil para todos, pues para ellos, que tienen una presencia equis o que tienen una dificultad en las habilidades, o que lamentablemente no han trabajado en su vida, fuera de casa quiero decir ...” (28)

“Los recursos de la red de incorporación social (Arquímedes y la Red de artesanos) y los programas específicos de empleo, darles un achuchón porque están un poco bloqueados. Hay provincias que los tienen centralizados y en otras provincias no podemos beneficiarnos de ellos... está centralizado y no hay manera de que venga para acá...” (6)

Entre las y los entrevistados se comenta la necesidad de mejorar la capacitación laboral de algunos y algunas profesionales que se dedican a la reinserción social, concretamente se cita a quienes trabajan en pisos de reinserción social, así como se solicita la evaluación del impacto y la mejora general de los programas de reinserción.

“Una cosa que deja mucho que desear son los profesionales que están trabajando ahora mismo en los pisos de apoyo a la reinserción. Dejan mucho que desear. Que no se adaptan. Hay muchos centros en los que los pacientes salen peor que han entrado, porque el recurso de tratamiento a la reinserción no es echar a un paciente a las 4 de la tarde en pleno agosto a la calle para que busque trabajo y que vuelva a las 9 de la noche. Búscate la vida buscando trabajo, eso no es una forma de ayudar a un paciente ...” (2)

“Más ayuda de inserción social pero readaptando estos programas realmente a las necesidades y que estos programas fueran realmente eficaces porque lo mismo que digo que hacen falta programas también digo que estos programas no han tenido una evaluación adecuada y se ha hecho mal uso de estos programas” (5)

Se menciona la necesidad de aumentar recursos de formación e integración laboral de las mujeres y se hace referencia a la necesidad de potenciar programas ya existentes como la Red de Artesanos.

“Que hubiese más recursos sociales para las mujeres, para que tuviesen más ocupación del tiempo libre o que tuviesen mejor acceso a programas de acción remunerado, pero eso ya es mucho pedir, porque es verdad que muchas mujeres no han trabajado nunca o no tienen formación. Que tuviesen más formación y más ocupación” (8)

“El desarrollo de programas laborales y formativos para mujeres sería fantástico y que estos se potenciasen porque ya te digo que hay mucha gente que ha funcionado muy bien en Red de Artesanos y que incluso después han conseguido estabilidad laboral y que ahora no se puede porque están básicamente desaparecidos” (10)

Se enfatiza la necesidad de reforzar los programas de reinserción social que puedan ayudar especialmente a aquellas mujeres que viven una situación de dependencia económica de sus parejas, de la que no pueden salir sin apoyos para la emancipación.

“Si la pareja tiene un vínculo afectivo con ella, y es... el proxeneta y todo lo que puede conllevar eso, pues claro, salirte totalmente de ahí... aunque se haya dejado de consumir... en fin, los círculos en los que se mueven son esos, no son otros, y tendría que haber alternativas con programas de reinserción laboral, pero de verdad, es decir, cosas ... a las que realmente puedan acceder” (13)

Se comenta la necesidad de adaptar los programas de reinserción a las necesidades y a la realidad de las mujeres, ya que todo lo construido en el pasado estaba pensado para hombres. También, en base a algunas experiencias previas extrapolables, se sugiere el acercamiento de los servicios a asociaciones o espacios en los que se encuentre población que necesite mejorar diferentes aspectos relacionados con la gestión de la vida cotidiana y/o con problemas emocionales. Se enfatiza el trabajo con grupos de madres (y padres).

“Venimos de un servicio que, mayoritariamente, ha sido de hombres usuarios y también nos hemos dado cuenta que todas las actividades en un momento dado, incluso actividades formativas pre-laborales, etc. han ido más encaminadas hacia hombres... Una actividad más adecuada para mujer cuesta montarla, en primer lugar porque el tanto por ciento de mujeres es menor... y para que sea rentable tienes que esperar a tener más personas con ese perfil” (6).

“Hemos colaborado nosotros con grupos de mujeres que están en los centros de salud, son grupos de ayuda mutua, que están con problemas depresivos, domésticos, las pastillas... Entonces no es solamente lo que hacemos aquí sino lo que nosotros hacemos fuera... Nosotros somos colaboración y ... así llegamos.... Y desde la parte de prevención, se trabaja mucho con talleres de padres y madres, que suelen ser madres quienes van, la mayoría. Entonces la manera de llegar es ir a otros centros, a otros sitios donde ya hay grupos conformados... Desde la prevención se trabajan talleres para embarazadas, unas primerizas y otras ya tienen hijos, se trabaja mucho en valores, en toma de decisiones y de estrategia. Es una manera indirecta de llegar y estamos teniendo buenos resultados.... También entrando en asociaciones de mujeres, llegar así yo creo que es más fácil. Entrar más donde ya está algo” (6)

Se sugieren programas de formación específica para mujeres, tomando como referentes los recursos de los que disponen los “Centros de la Mujer”.

“Diseñar programas de formación y laborales específicos para mujeres” (10)

“En los centros de la mujer tienen sus propios recursos y cursos de formación pero algo más específico para el tema nuestro... Algo más formativo o de ocupación para la mujer, ya que es importante para ella no quedarse aislada” (6)

Incrementar recursos para mujeres con problemas de salud mental, prostitución, violencia

Se reclama mayor inversión en recursos para combatir la problemática en torno a la prostitución, así como se pide apoyo y protección a las mujeres víctimas de violencia de género.

"Para el tema de prostitución... es que es tan difícil acceder a ellas, a que ellas cambien o quieran cambiar esa situación..., pero yo creo que si ellas tuvieran un sitio donde puedan estar, ... si ellas tuvieran una alternativa a esa dependencia que además de agrava con el tema económico, con el tema de la soledad en la calle ..." (16)

Potenciar recursos específicos para menores

Entre los discursos recogidos se ha sugerido puntualmente el desarrollo de recursos específicos para menores, dadas las necesidades particulares en esta etapa del ciclo vital.

"Crear recursos específicos para menores" (8)

Potenciar servicios de apoyo para menores que acompañan a sus padres a tratamiento

Se identifica la necesidad de generar espacios de atención para menores que acompañan a los padres.

"Vamos a poner un servicio.. de guardería no, pero una ludoteca o una cosa así, mientras los padres están en consulta, los niños están atendidos. Sobre todo por los padres, que se ven desbordadísimos..." (6)

Garantizar el servicio de asesoramiento jurídico-legal

Se reclama la garantía de los servicios de atención jurídica, ante su inestable situación actual.

"El programa jurídico, dotarlo de una estabilidad, que siempre estamos ahí con los convenios en el aire. El tema de la financiación... y la mediación es muy importante en temas jurídicos" (32)

Disponer de psiquiatras en los Centros de Encuentro y Acogida

En los Centros de Encuentro y Acogida se solicita la incorporación de psiquiatras a los equipos para trabajar mejor con la problemática de Salud Mental, cuya atención desde los servicios sanitarios es muy criticada por tratarse de personas doblemente estigmatizadas

por los problemas de drogodependencia y de salud mental. Se valora que este *mal* trato no se diferencia por sexo.

"Necesitamos un psiquiatra claramente.... Es que nos hace falta como el comer... Es que los tratan como una mierda, sinceramente. En muchos sitios a la gente de aquí los tratan como una mierda.....Que también sé yo que en psiquiatría hay una cola muy larga, que hay muchísima gente... si lo sabemos... pero por lo menos que les presten un poquito más de atención. Y aquí es verdad que... no tenemos tanta gente en tratamiento como nos gustaría porque hay gente que es que te dice, en sus momentos de lucidez, mira es que yo no quiero tratamiento y también hay que respetarlo. Pero hay gente, eso, con una esquizofrenia que es un peligro para ella y para lo demás... Los tratan igual de mal a ellos y a ellas ... El hecho del consumo más que el sexo es lo que los discrimina" (18)

Mejorar la financiación en general

Se resume la mejora de la atención general en una mayor disponibilidad de medios económicos que mejoren los recursos y las remuneraciones profesionales actuales.

"La mejora así en general, sería que haya más dinero, más fondos, más financiación" (27)

"En los momentos que estamos viviendo hay muchas dificultades para prestar económicamente algún tipo de ayuda" (1)

"Pues recursos económicos, se necesitaría que incentiven un poquito más la labor" (32)

Mejorar las infraestructuras (espacios y recursos tecnológicos)

Se comenta que la ubicación geográfica de algunos centros es inapropiada, ya que se encuentran en zonas muy marginales, conflictivas y con grandes problemas de limpieza. Esto genera el rechazo de acceso a diferentes perfiles de usuarios y usuarias. Relatan cómo parece incomprensible que justo en el piso de arriba y en otros lugares muy próximos a los centros, haya puntos de venta de droga. Se solicitan nuevas ubicaciones de algunos centros.

"Yo creo que es muy negativo estar atendiendo donde nosotros estamos atendiendo, que es en un barrio marginal en una calle con unas condiciones de salud pública que no son adecuadas, donde viven personas en locales que han tirado con una patada la puerta..... los soportales se han llenado de personas que no tienen vivienda y que se han metido ahí, y justo al lado de eso estamos nosotros atendiendo un tema social" (12)

Se pide una mejora de los espacios físicos de los que disponen los centros. Se solicitan espacios más amplios para poder desarrollar abordajes grupales, así como espacios al aire libre, y se sugiere que se delimiten adecuadamente los espacios libres de humo.

“No sé si es el foro adecuado para decirlo o no ... aquí se trabaja a nivel individual y familiar... no se hace abordaje grupal... y no se hace porque específicamente en este centro no hay espacio suficiente para hacerlo.... Eso sería también un elemento interesante” (10)

“Lo que son las intervenciones educativas se hacen de aquella manera porque no tenemos un espacio adecuado. Espacios físicos, los espacios no están bien” (14)

“Es importantísimo que pudiéramos tener un espacio al aire libre, un jardincillo, una fuente con peces, un gimnasio ya sería una locura, no te digo ya una sala de informática... Más recursos, todo esto, créeme, luego repercute en la sociedad..... y habilitar bien la zona de fumadores para que se cumpla con la ley, que también hay pacientes que no fuman y que no les afecte, que funcione la ventilación y aislamiento...” (19)

Se reclama la disponibilidad de recursos informativos e informáticos (internet y nuevas tecnologías) para las usuarias y usuarios dentro de los servicios.

“Podrían tener acceso a recursos informáticos, o a una serie de servicios del hospital (por ejemplo la biblioteca...), y no los tienen” (19)

“Una sala de informática para que puedan solicitar sus citas médicas, acercarlos más a la informatización de los recursos sería genial. Claro, no sólo el espacio sino también necesitas los ordenadores” (16)

4.9.2. Organización de servicios

Mejorar la coordinación, criterios de acceso y criterios de compatibilidad de servicios que utilizan las mujeres

Se reclama una mejora en la coordinación entre diferentes tipos de servicios. Se señala la necesidad de aumentar la fluidez, de aliviar los trámites burocráticos y agilizar los procesos de derivación entre servicios. Se sugiere la coordinación específica entre recursos públicos y privados y entre diferentes servicios públicos, tal como se reclama la optimización de las relaciones con Salud Mental, sugiriéndose incluso el desarrollo de un protocolo de actuación conjunta.

“La coordinación... Si se trabajara de forma más coordinada, pensando en las personas se haría un trabajo mucho más eficaz y mucho más eficiente... Yo mejoraría la coordinación entre lo público y lo privado, porque en definitiva trabajamos con las mismas personas, con problemas de adicción” (15)

“Yo creo que sobre todo para mejorar la atención ... creo que la coordinación con los diferentes recursos y la fluidez, sobre todo la fluidez de coordinación con Salud Mental, con Servicios Sociales, que no haya tanta burocracia para tener que llegar a un punto. Que no haya tanto papeleo, que los recursos deberían ... estar más coordinados. Es que la palabra es coordinación, no puedo decir otra cosa. Que haya mayor fluidez y que se agilicen las cosas. Que muchas veces empezamos algo y con el tema de que tienes que llevar un papel

aquí, un papel allí, un papel al otro lado, la paciente en el camino se ha aburrido y se ha ido de alta voluntaria y al final eso se queda en nada, en trabajo perdido” (26)

“Que los organismos competentes coordinen algo mejor las conexiones entre los diferentes recursos, que a veces vamos cada uno por nuestra cuenta y haría falta una coordinación un poquito mejor. Cuando tenemos a alguien, para que vaya a otro centro, tenemos un cierto atasco” (21)

“Con salud mental nos encontramos muchas dificultades. Nos encontramos dificultades con Servicios Sociales muchas veces también... Y en el caso de las mujeres víctimas de violencia de género pues igualmente y en el tema de recursos para incorporación laboral también nos hemos encontrado con dificultades.En el caso de Salud Mental... sí que nos gustaría que se estableciera como una especie de protocolo de coordinación o de actuación,... porque claro, en Salud Mental te dicen, si el paciente está consumiendo yo no puedo hacer un buen diagnóstico. ... Entonces, a ver cómo se puede hacer o una facilidad para que estando aquí abstinerente se pueda ir en ese momento a que el psiquiatra lo vea, a que haya una fluidez con el Sistema de Salud Mental.También, en los casos de mujeres que han sufrido malos tratos se encuentran muchas veces con el hándicap de que.. en los recursos de mujeres víctimas de malos tratos no pueden consumir. Entonces, nos encontramos una usuaria que tiene un problema de drogodependencia y un tema de malos tratos, entonces, ¿qué es prioritario?, ¿la drogodependencia? ¿los malos tratos? ¿por dónde abordamos primero? Y qué pasa, que si están en una casa de acogida y consumen, la echan a la calle. Entonces, ¿cómo abordamos eso?...También nos encontramos con dificultades en el tema de trastornos de alimentación.. tampoco es fácil de abordar en comunidad y entonces, ahí volvemos otra vez, ¿a qué damos prioridad, al trastorno de alimentación o a la drogodependencia?” (14)

Se propone el trabajo en red entre profesionales como un medio útil para mejorar la atención prestada.

“Yo creo que el trabajo en red es importante para la mejora del tratamiento. Creo que las comunidades terapéuticas o los programas ambulatorios tenemos que trabajar en red a la hora de vernos con el médico de cabecera, con el psicólogo, con el psiquiatra, con los servicios sociales, tener puntos de encuentro” (27)

Además se sugiere la realización de reuniones intersectoriales que permitan un mejor conocimiento de la Red Andaluza de Atención a la Drogodependencia por parte de otros sectores (salud, justicia...). Valoran las reuniones conjuntas como fundamentales para mejorar el abordaje integral que requieren muchos usuarios y usuarias.

“El establecer reuniones de coordinación, incluso sesiones conjuntas de otros recursos y nosotros. Por ejemplo con el poder judicial, con los servicios sociales comunitarios, con los centros de salud, con las unidades hospitalarias de agudos, con los equipos de salud mental ... donde supiesen cómo funcionamos y nos derivaran usuarios y también para el abordaje de estos pacientes concretos que estuviésemos llevando conjuntamente” (10)

Como iniciativas que podrían ser extrapoladas a otros ámbitos, se comentan algunas experiencias de difusión local de los centros de atención a drogodependencias y de acercamiento de sus servicios a los servicios sanitarios.

“Algunas veces por iniciativa nuestra hemos ido al Hospital.., hemos hablado con distintos profesionales y hemos publicitado nuestros centros, eso creo que tenemos que hacerlo más. Ahora se está haciendo a nivel más o menos institucionalizado en capital y lo vamos a hacer nosotros aquí no solo con el hospital, sino con otros centros de salud.. Cuando ellos se reúnen en sus sesiones informativas o formativas, pues entrar nosotros y explicarles donde están nuestros centros, cómo funcionan, qué es lo que hacemos, cómo pueden derivar pacientes, porque muchos de los pacientes que nos llegan son derivados por sus médicos de familia, y yo creo que las mujeres van mucho a sus médico de cabecera y si el médico conoce que estamos aquí y lo que hacemos aquí pues es más fácil que las mujeres acudan....(10)

Se hace especial énfasis en la necesidad de coordinación con Salud Mental. Se comenta que desde este ámbito hay ciertas reticencias o dificultades para trabajar con personas con problemas de drogodependencia. Se pone de manifiesto un déficit de recursos propios de Salud Mental.

“La colaboración con salud mental es muy importante, la coordinación. Hay pacientes en los que el problema de droga digamos tiene más peso que el problema de salud mental, cuando sería conveniente que lo atendamos nosotros y hay pacientes que aunque tengan un problema de droga muy gordo pero con problema de salud mental es mucho más fácil que lo atiendan ellos. Si existe una buena coordinación, las dificultades son menos para atender a este tipo de pacientes” (5)

“Hay que trabajar mucho con salud mental, porque también ahí nos encontramos otro muro.... dependiendo de la persona que te encuentres, pero allí, hay un impedimento muy grande, porque salud mental con adicciones como que no, porque “al usuario con un problema de adicciones yo no lo atiendo” y ahí hay un vacío de recursos, de respuestas,... Ellos (Salud mental) se quejan de falta de recursos también. Igual es un problema de falta de recursos, no lo sé” (14)

Por otro lado, se sugiere crear un servicio de “Patología Dual” que dé respuesta a la doble problemática de Salud Mental y Drogodependencia, argumentando que en otras Comunidades Autónomas ya se ha puesto en marcha.

“Algo súper evidente, deben crearse unidades específicas de patología dual, que no tienen que ver con género sólo, pero es la gran asignatura pendiente. Hay pacientes que tienen una alta problemática de salud mental y una alta problemática de adicciones y no acaban de encontrar su lugar ni en la red de ellos ni en la nuestra y el trabajo en paralelo está siendo insuficiente. En otras CCAA lleva ya años habiéndose y en Andalucía está pendiente”

Se comenta que la doble problemática de dependencia a sustancias y de problemas de salud mental se puede trabajar conjuntamente o de forma separada. Se refiere que esta circunstancia no es novedosa.

“El tema de las patologías duales, con Salud Mental, habría que ver de qué manera se podría por un lado trabajar el tema de la dependencia a las drogas, y por otro el trastorno, ... y ver si se pueden casar, y si no se pueden casar, pues trabajar la dependencia por un lado y luego ya ver el trastorno, porque es verdad que muchas veces se mete todo en el mismo saco y bueno, pues a veces funciona y a veces no funciona, creo que eso sería muy conveniente. De todas maneras, creo que el tema de la patología dual ha existido siempre... estaba la dependencia y otro trastorno, no es nuevo. Que ahora hay muchos programas que están haciendo unos avances muy importantes en esto, pues es verdad” (27)

Para mejorar la atención a las necesidades específicas de las mujeres se reclama especialmente una mejora en la coordinación con servicios de salud mental, justicia, servicios policiales, y con otros servicios específicos que pueden necesitar algunas mujeres víctimas de violencia de género.

“Todavía notamos mucha falta de coordinación con otros recursos... como salud mental, servicios sociales comunitarios, el poder judicial, con otro tipo de instituciones que no se están dando todavía en las medidas que se necesitan para abordar el trabajo con las mujeres” (10)

“El centro de información a la mujer está a escasos metros de nosotros, llevamos conociéndonos muchísimos años. Lógicamente si a ellas les llega o detectan algunas de las situaciones que ellas atienden que hay una problemática, aparte de la que les lleva ir al centro de información, de consumo, ellas se encargan de dar la información o de hablar de nosotros y explicar cómo funcionamos, que no se preocupen, las tranquilizan, les hablan de nosotros y esa cercanía incluso les hace acompañarlas a pedir la primera cita. Les explican “vamos a ir a conocer a un compañero que te va a ayudar, a asesorar con ese problema”, eso es una ventaja” (11)

“Si ella lleva asociada la problemática de prostitución, maltrato, abandono... hay más dificultad a la hora de acceder a recursos, que no es lo mismo, pero por la problemática que lleva asociada al consumo. Por ejemplo para acceder a un centro de tratamiento ambulatorio con problemas de prostitución, a una casa de acogida de mujeres maltratadas pues siempre nos miran que no vaya con sintomatología, que no vayan con enfermedades de transmisión sexual, tienen que dar unas garantías, que a la mujer en otro tipo de problemáticas no se le exigen” (6)

“Los recursos están muy independientes. Por ejemplo, el recurso de atención a la mujer maltratada debería de ir unido al recurso de una mujer que está en tratamiento, para superar su adicción. Es que hay recursos, pero yo los veo como parches, ¿no? ...Si estoy en este recurso ya no puedo estar en el otro. Veo que eso dificulta en gran medida el trabajo. Una mujer que tenga una adicción podría tener derecho a estar también en otro tipo de recurso. No, que como están en un recurso pues ya les excluyen de otro” (28)

“Cuando la mujer consumidora sufre maltrato y además tiene problemas de salud mental en muchos recursos de violencia de género pues no quieren a personas que consumen, entonces... hay unas plazas para mujeres que tienen problemas de consumo, violencia de

género y que además tienen problemas de salud mental, eso sí que es necesario algo más específico para ellas” (16)

Específicamente, se solicita vigilancia y medios para impedir y hacer incompatible que en un mismo centro puedan tener acceso a la vez las víctimas de violencia y los responsables de ésta.

“Que no se mezclen abusadores con mujeres víctimas de maltrato... Muchas veces nos encontramos a lo mejor con que hay una mujer víctima de violencia de género con un hombre que ha sido maltratador... entonces en la medida de lo posible, cuando haya hombres que se sepa que tienen órdenes de alejamiento y demás, pues que no vengan a comunidades de mujeres porque hay más comunidades de hombres sólo” (26)

Se reclama además una mejora en la coordinación de aquellos servicios que puedan estar implicados directa o indirectamente con el cuidado y custodia de menores.

“Y luego, a la hora sobre todo de trabajar con los niños, una mayor coordinación con el resto de servicios... Yo creo que la coordinación con los servicios sociales y el centro de la mujer sería muy importante a la hora de adecuar... mmm, que no se viera tan grave por ejemplo que un niño se pudiera dar en retirada parcial durante una desintoxicación si el marido no se puede hacer cargo del cuidado.... Es que se encuentran muchas trabas a la hora de la custodia, de que vayan a un colegio, sobre todo cuando es comunidad terapéutica” (3)

Mejorar la coordinación de cada equipo asistencial

Se comenta la necesidad de hacer un trabajo más coordinado dentro de los equipos asistenciales.

“El trabajo de los profesionales para preparar esa intervención es casi tan importante como la intervención en sí, porque es la única manera de que el equipo tenga la seguridad de cómo va a intervenir y mostrar una complementariedad entre lo que vamos a tocar cada uno. Y luego un buen seguimiento, pero no seguimiento sólo delante del paciente, sino un seguimiento por parte del equipo” (12)

Agilizar trámites burocráticos y acortar las listas de espera

Se espera mayor agilidad en los trámites administrativos y la derivación a servicios especializados, una reducción de las listas de espera y, por ende, un freno de recaídas y de consecuencias negativas de la espera.

“Yo creo que lo más importante que facilitaría para mejorar, es que se redujeran las listas de espera, tanto en tratamiento de comunidad como en vivienda” (28)

“Lleva la gente meses esperando y a lo mejor en ese tiempo que tarda en venir la respuesta de esa prestación, esa persona se puede deteriorar, puede volver a consumir porque le entra

la desazón, es que no me viene, es que no me lo van a dar, es que voy a seguir en la calle, es que tal, es que cual, es que no sé qué y entonces puede volver a consumir y entonces el trabajo que has hecho con ellos... Entonces más rapidez de respuesta” (18)

Optimizar los recursos existentes

Se habla de optimizar los recursos existentes. Se comenta que se podría mejorar la atención a partir de una reorganización de los servicios disponibles.

“Optimizar los recursos, hay muchos dispersos, pues si lo reordenamos y los reorganizarnos y no se perderían tantos presupuestos por ahí, en cosas que a lo mejor no son necesarias, pues iríamos todos mucho más de la mano” (32)

Distribuir equitativamente los recursos entre centros y provincias

Se reclama equidad en la distribución económica y de recursos humanos entre centros de similares características, a través de la igualación de dependencias y convenios.

“Se necesita normalizar, homogenizar los centros y que todos tengan una misma dependencia. Cada uno funciona de una manera y cada uno tiene un convenio distinto, lo que supone distintos profesionales y cuantía económica para funcionar. El equipo mínimo en general está compuesto por médico, psicólogo y trabajador social, otros centros tienen además un conserje, un enfermero o personal administrativo” (11)

Garantizar la equidad social en el acceso a recursos

Se menciona la desigualdad presente en los procesos de derivación a diferentes servicios, viéndose más “castigadas” aquellas personas de clases sociales más desfavorecidas.

“En general se castiga con más severidad a las clases desfavorecidas económicamente, culturalmente, digamos de nivel formativo bajo se les castiga más a nivel social. Por ejemplo se interviene con mucha más frecuencia, rapidez y todo, a una familia con problemática de tipo social y económica que a una familia que a lo mejor no tenga problemas económicos. Castigamos más a los pobres que a los ricos a nivel social” (5)

Facilitar el desplazamiento, en especial a mujeres con cargas de cuidado y a mujeres de edad avanzada

Se relatan con frecuencia las dificultades de acceso a los centros desde diferentes puntos geográficos. Para aquellos usuarios y usuarias que tienen especiales dificultades económicas que les impiden acudir a los centros, se sugiere ofrecer algún tipo de facilidades o recursos para el desplazamiento.

“Cuando ellos tienen que bajar, por ejemplo al médico, ellos no tienen posibilidades, y no tienen un euro para coger el autobús, y les pillan por lo menos a 2 km..... Pues tener un ticket para, que se lo diera la Diputación o quien tenga que dársela, para que puedan subir y bajar gratis. Es que muchos no bajan por eso” (30)

Específicamente se reclaman facilidades de desplazamiento para aquellas mujeres que necesitan acudir a centros lejos de su residencia. Se comenta que muchas personas se quedan sin la posibilidad de atención por dificultades relacionadas con los desplazamientos a los centros disponibles. Esta cuestión se considera especialmente gravosa para mujeres con cargas de cuidado y mujeres de edad más avanzada.

“Mejorar el acceso físico a los recursos..... malas comunicaciones, poca frecuencia de transporte público, zonas montañosas y/o alejadas de la capital, etc. hace muy complicado llegar al centro desde el interior de la provincia. Se quedan fuera muchas personas que no pueden acceder a las actividades, en el caso de las mujeres de cierta edad el problema de acceso es mayor por no disponer de vehículo propio, de medios” (6)

“Nos encontramos muchas veces que el simple gasto que supone coger un autobús desde un pueblo hasta aquí para venir a cita, en ocasiones, ya representa un problema importante. Hay gente que no puedo acudir a la cita porque no tiene para el autobús y no hay ningún recurso que solucione este problema... Imagínate una mujer que tenga carga, está claro que no va a poder pagar a una vecina que se haga cargo de su familiar o hijo, intentan aprovechar los periodos que hay escuela...” (11)

Hacer seguimiento y dar continuidad al tratamiento llevado a cabo en diferentes servicios

Se identifica la necesidad de hacer vigilancia y seguimiento de casos cuando salen de un servicio controlado a un contexto sin red de apoyo, exponiéndose a un mayor riesgo de recaída.

“Personas que han salido de una comunidad terapéutica y tienen que acceder luego a un piso, si no tienen apoyo familiar ... van a volver a recaer... Lo veo una carencia importante para poder acabar el proceso. Debería haber... más continuidad del proceso, que no fuera a periodos en los que la persona vuelva otra vez a la misma situación de antes” (16)

Facilitar reingresos después de recaídas

Entendiendo que las recaídas forman parte de los procesos de recuperación, se demanda que los criterios de acceso a determinados servicios también contemplen esta característica, de tal manera que las personas que recaigan tengan posibilidades de regresar a los centros en los que estuvieron previamente.

“Y también que se facilitara el reingreso después de una recaída, por ejemplo. En comunidad eso existe pero no en VAR. En comunidad, si un usuario recae tiene posibilidad de en poco tiempo... retomar, de reingresar en la comunidad para hacer una recuperación, un tratamiento de recaída, pero en VAR no existe eso. Que si una persona abandona el recurso o recae... y puede darse cuenta de que ha sido un error, que pueda tener facilidad.... que no vuelva nuevamente a esperar hasta el último, que no pierda lo que es el número en la lista... Es que se dificulta porque son personas que siempre van a tener vaivenes.... tienen recaídas. Nosotros vemos la recaída como parte del proceso... entonces yo facilitaría quizá, pues eso, el acceso” (28)

Facilitar la libre prescripción de fármacos al personal médico de los servicios de tratamiento de la drogodependencia

Se reivindica romper con la dependencia de los servicios sanitarios y dar autonomía al personal médico de los servicios de drogodependencia para la prescripción farmacéutica, para, de esta manera, disminuir los trámites que deben realizar las y los usuarios y agilizar los tratamientos.

“La dificultad que seguimos teniendo es la prescripción farmacológica que al estar fuera del servicio sanitario, pues muchas veces... el paciente se maree... Es que.. “yo te veo aquí y te pongo el tratamiento pero tienes que ir a tu médico para que te dé la receta”.. Son cosas que muchas veces al paciente... a mi han llegado a preguntar “pero bueno ¿usted es médico?” Como diciendo... este tío me está diciendo que me tome esto pero no me lo receta ¿no?. Esa dificultad muchas veces hace que desde que tú valoras el cuadro del síntoma de abstinencia hasta que inicia el tratamiento pues pueden pasar... 48 o 72 horas. Entonces ese tipo de demora yo creo que sí sería mejorable y muy factible teniendo la prescripción directa de este tema” (1)

Algunas de las personas entrevistadas reclaman mayor facilidad al personal médico para que puedan prescribir fármacos sin límite económico.

“Otra de las cosas que creo que sería importante es que no nos veamos tan limitados a la hora de la prescripción. Ahora mismo estamos, no preinscribáis nada más que estos fármacos, porque si no se sale de la cartera de servicios. Se está mirando mucho la cuestión económica y yo no estoy de acuerdo, yo no soy economista, no tengo que dirigir un centro, yo soy médico y mi misión es curar y si este fármaco es el que le hace falta, pues que se gaste más, yo no le voy a poner el otro, porque se gaste menos, eso lo tengo clarísimo” (2)

4.9.3. Intervenciones y prácticas profesionales

Humanizar la atención (mejorar el trato, abordar carencias emocionales y velar por necesidades de relación)

En general se pide que la atención sea prestada por profesionales que tengan una buena preparación y sepan cuidar especialmente el trato con usuarios y usuarias que tienen una importante afectación de la autoestima.

“Que sean profesionales que estén motivados y formados. Aquí la relación es muy asimétrica con los profesionales porque están en aislamiento terapéutico y vienen con la autoestima por los suelos. Hay que tener mucho cuidado con el trato” (19)

Reforzar el trabajo psicológico profundizando en las carencias emocionales se entiende como un aspecto clave del tratamiento de las adicciones, que debe ser mejorado o enfatizado.

“Nuestro trabajo tendría que ser más individualizado y más de base de las personas.. Sería trabajar más a nivel familiar, más a nivel de carencias emocionales, carencias psicológicas con ellos” (14)

Las necesidades afectivo-sexuales de las personas con problemas de drogodependencia deben ser contempladas, de tal manera que no se penalicen las nuevas relaciones que surjan entre usuarios y usuarias. Se describe la existencia de algunos programas que permiten la convivencia a parejas que ingresan de forma conjunta en un centro y se solicitan más recursos de este tipo.

“Que hubiese más recursos para parejas también, que hay pocos, ..., yo no soy muy partidaria pero bueno, ellos lo demandan” (8)

“Para parejas algo porque lo que les pasa muchas veces es que no quieren separarse. A lo mejor a él le dan plaza en el albergue pero ella todavía no lo tiene o no quiere ir solo...y.. me estoy acordando de un caso muy concreto en el que él por no dejarla sola en la calle perdió la plaza. Entonces .. algo para parejas” (18)

Así mismo, se comentan dificultades y situaciones menos favorables para aquellas nuevas parejas que pueden surgir tras el ingreso en una comunidad. Se señala cómo a menudo algunas personas son expulsadas si son sorprendidas manteniendo una relación, bajo el

supuesto de que las relaciones pueden entorpecer la terapia. Se solicita mayor comprensión de las necesidades emocionales de las personas usuarias.

Flexibilizar la atención (más personalizada, con más tiempo para la escucha, en más horarios y con posibilidad de elección del sexo del personal que le atiende)

Se relata la necesidad de contar con más tiempo de atención profesional por consulta, para poder profundizar en las problemáticas. Se habla de la necesidad de hacer una atención más centrada en la persona usuaria y en las necesidades actuales.

“Más tiempo a los profesionales, es decir que los profesionales, tanto el médico, la psicóloga y el trabajador social, que tuvieran más tiempo de atención.... La atención está limitada a unas pocas horas..... necesitarían más tiempo para poder dedicarle. Cuanto más tiempo tienes, más tiempo le puedes dedicar a la gente que necesita mucho tiempo para ser escuchada sobre todo. Estamos hablando de la soledad, el aislamiento social y todo esto parece una tontería pero la soledad no es ninguna tontería” (13)

Se ha apuntado que sería un error la convergencia o integración de los servicios de atención a la drogodependencia en los servicios sanitarios, en la medida en que esto supusiera una merma en el tipo de atención personalizada y de calidad que se presta, sin limitaciones de tiempo y número de citas. Se entiende que a este nivel funcionan mejor los servicios de atención a la drogodependencia que los servicios sanitarios.

“Tenemos que mantener lo bien que atendemos, realmente creo que en drogodependencias hay calidad en la atención, más tiempo, dedicación. Eso no hay nada más que verlo cuando a ti te hace falta que te atiendan por un problema de salud y vas a un sitio y dices no hay color, como nosotros atendemos a como tú te sientes atendido cuando tienes un problema de salud más normal” (12)

Respecto a la atención específica de las mujeres, se expone la necesidad de analizar su situación en mayor profundidad, desde un enfoque “psico-biográfico” y otorgándoles un mayor tiempo de escucha.

“Cuando entra una mujer por la puerta tengo que preguntar mucho más que a un hombre,.. porque si no se hace en la mujer es perderla como paciente, porque en bastantes casos están huyendo de algo y si no creas un clima cálido, sin prisas, en el que realmente vea que la vas a escuchar y te interesa su problema... si no creas ese clima y vas haciendo análisis profundo a nivel psico-biográfico te vas a dejar cosas fuera. Vas a tratar de ayudarla con la depresión o ansiedad, pero de forma superficial porque hasta que no regresemos a la época en la que sucedieron las situaciones que han dado lugar a tal, no va a poder ventilar. Hay que

dedicarles más tiempo en líneas generales, ampliar el tiempo de escucha activa y análisis psico-biográfico en la mujer” (3)

Además se propone mayor flexibilidad en los horarios de atención en los centros, de tal manera que se facilite el acceso a las mujeres limitadas por diferentes responsabilidades o cargas de trabajo.

“Lo primero que en los centros hubiese una mayor accesibilidad y flexibilidad de horarios... a las mujeres les afecta más ese poder cambiar esa situación, ... pedir permiso en su trabajo, no sé poder acceder por las tardes....que haya un horario más flexible. Eso pienso que podría ser un factor que facilitaría el acceso” (10)

“Abrir un servicio por la tarde, a lo mejor un día o dos a la semana, pero nos requiere tener un auxiliar administrativo más, nos requiere tener una persona en portería...” (6)

Adicionalmente, se sugiere la posibilidad de elegir el sexo del personal que le atiende, de tal manera que esta medida pueda hacer más fluida la comunicación y, por tanto, facilitar el abordaje del problema. En algunos casos se expone que los usuarios y usuarias se pueden mostrar indiferentes ante esta oportunidad de elección.

“A veces los mismos pacientes solicitan diferencias. Hay algunos casos donde hombres quieren que los traten nada más que hombres y mujeres quieren mujeres. En algunos perfiles les preguntaría si quieren ser atendidos por un hombre o una mujer, dar esa opción... Porque en algunos casos es probable que si la persona ha sufrido maltrato o abusos sexuales, se puede sentir más cómoda si se le da la opción de que elija una terapeuta mujer. Porque, si ha abusado de ella un hombre, va a ser más difícil que otro hombre cree con ella una alianza terapéutica” (3)

“No por costumbre pero alguna vez pregunto, “¿quieres un hombre o una mujer?” y dicen “me da igual”. Hay gente con la que a veces hacemos la prueba... y te dicen que les da igual.... A las mujeres tampoco les importa. No hay distinción. Una vez que vienen a hablar del problema, que nunca lo han hablado con nadie,... pero una vez que vienen lo echan todo fuera, una vez que lo echan fueran piensan que si lo pueden hablar contigo lo pueden hablar con otra persona... ya lo mismo les da que sea un hombre o una mujer” (6)

Contemplar una atención específica para las personas que pasan por una crisis emocional aguda

Se considera necesario contemplar como un servicio más la atención adecuada en situaciones de crisis emocional.

“La emocional no está recogida, ni la intervención en crisis de consumo, porque tenemos personas que vienen en una situación de consumo horrible, que es incapaz de comer solo, que se queda durmiendo en lo alto de plato, que viene con los ojos, vamos en pleno consumo y necesita una atención más específica en ese momento, de estar más en lo alto, de mayor atención y eso pues digamos que genera alrededor una serie de... conflictos... y luego

también situación de crisis emocional porque hay personas que.. simplemente están muy mal, te vienen llorando, quieren que les escuches, .. y ... creemos que es necesario que se recoja intervención en crisis emocional" (16)

En los abordajes grupales, tratar determinados aspectos de forma diferenciada por sexo

Se considera relevante atender de forma diferenciada por sexo, determinados aspectos que se abordan en grupo, y que pueden ser especialmente sensibles para las mujeres (sexualidad, violencia, emociones) de acuerdo a condicionantes de género.

"A las mujeres con los hombres muchas veces les cuesta trabajo tratar el tema de la sexualidad, tema de los malos tratos, la expresión de sentimientos, porque si lo hacen con los hombres, muchas veces es como que se sienten juzgadas o no quieren hablar, simplemente se quedan en silencio. Entonces la psicóloga muchas veces hace grupos solamente de mujeres y también grupos de hombres ¿eh? Que los dos tengan ahí oportunidad de expresarse" (26)

Potenciar las intervenciones familiares

Se considera importante desarrollar intervenciones con familias para reforzar los abordajes individuales.

"Se está atendiendo adecuadamente desde el ámbito individual pero se deberían reforzar las intervenciones familiares" (4)

"La intervención con familias es complicada. Pero muy importante, si la familia, es una familia que puede ser un cooperador para la rehabilitación, las garantías de éxito pueden aumentar bastante" (27)

Desarrollar protocolos de actuación con perspectiva de género

Se solicitan protocolos de actuación con perspectiva de género. Se pide información y pautas que orienten en mayor medida el abordaje de los problemas de drogodependencia de las mujeres y los problemas de drogodependencia en relación con otros problemas sociales.

"Se echan de menos directrices e información, y quizás hasta un protocolo en el que se nos diga un poco las recomendaciones a seguir para meter la perspectiva de género en la atención. Todo depende mucho del criterio profesional" (3)

"Sería necesario establecer un protocolo de actuación específica con mujeres drogodependientes.... Un protocolo de actuación específico donde se trabajasen aspectos de evaluación concretos específicos en las mujeres y de intervención específicos también en las mujeres" (10)

“Pues a mí tampoco nadie me ha hablado de un protocolo de qué haces... ante las cosas, cuando aquí estás viendo todo el día, por ejemplo, aquí lo frecuente es que...cuando te viene una pareja con temas de maltrato, te hablan del maltrato y te hablan de una orden de alejamiento, pero ahí están, juntos. No hay protocolos al respecto de que es lo que lo que tengo que hacer o que es lo que debería hacer. Y bueno, los casos son... complicados..., ya lo sé, ya lo sé que son complicados precisamente por eso es por lo que tendríamos que hablarlo” (7)

Fomentar el asociacionismo de las mujeres para lograr su empoderamiento

A nivel preventivo se sugiere el asociacionismo entre mujeres y el apoyo mutuo como recurso para resolver carencias sociales y económicas. Se demandan grupos de apoyo que puedan dar respaldo a los tratamientos que se hacen con las mujeres y como atenuante de la soledad, ausencia de lazos sociales y sobrecarga de responsabilidades.

“En el caso de la mujer, puesto que responde muy bien a un grupo de apoyo, yo creo que hay una carencia en lo que es que las asociaciones de drogas hagan esta labor de grupos de apoyo de mujeres. En general las asociaciones de drogas o asociaciones de otro tipo, tendrían que ser más visibles y estar dispuestas a apoyar a las mujeres en el día a día. Porque yo lo que creo es que hay muchas mujeres que en el día a día necesitan apoyo. Y ese sería un factor importante para prevenir otra serie de problemas... como un colchón que no fuera sólo la familia porque si no la tienes o si no es válida... y a las mujeres en realidad lo que les pasa a muchas es que tienen muchas responsabilidades, muchas cargas, pocas oportunidades, pocos lazos sociales y están muy solas con muchas responsabilidades. Cuando tienen problemas, problemas pueden ser la adicción de un marido o que el marido no esté bien de a cabeza o que el marido entre en prisión o que el marido no encuentre trabajo durante años como está pasando... Están muy solas, muy solas, con muchas responsabilidades ... y ahí es donde debería haber grupos que nos ayudaran a que cuando psicológicamente se esté tratando a una mujer o socialmente, nosotros podríamos decir: “mira hay estos sitios a los que tú puedes llegar”, pero a lo mejor ella sola no, con un acompañante, sería más efectivo..... Para prevenir que haya grupos de mujeres...dispuestos a solucionar los problemas del día a día, ya ni de drogas ni de maltrato ni de nada, solucionar sus problemas del día a día que hay muchas mujeres, muchísimas con muchas muchísimas cargas familiares y sin un duro” (12)

Para mejorar el abordaje de sus problemas se propone el trabajo en grupo como medio que permite compartir situaciones atravesadas por determinantes de género, así como profundizar en su situación.

“No tenemos grupos de autoayuda para que la mujer salga de..., otras alternativas, de ocio, tiempo libre” (6)

Se identifica la necesidad de sensibilizar a las mujeres en materia de género, de tal manera que su empoderamiento y el conocimiento de las razones de género que las oprimen

puedan servir como estrategia para la prevención y protección de los problemas de drogodependencia.

“Yo creo que la mujer identifica también que la igualdad de género está relacionada con hacer determinados comportamientos que antes se achacaban a los varones y que ahora ellas asumen y que en el fondo son comportamientos de riesgo”, entonces también es un elemento importante trabajar factores de protección, en lo que son todas las estrategias y políticas preventivas”

Se sugiere aumentar la autoestima de las mujeres para disminuir la doble dependencia que se detecta en muchas mujeres, refiriéndose a dependencias emocionales y a las sustancias que se consumen.

“Mayor atención psicológica y trabajar muchísimo su autoestima, pero es complicado porque si es complicado en una mujer que no tiene consumo, en la que tiene consumo es que ya asocia muchas cosas a esa situación, que no son solamente la dependencia emocional. A lo mejor si entra en un centro donde tiene que desintoxicarse de dos cosas, de las drogas y de la persona tóxica que tiene al lado, es doblemente difícil y entiendo que por eso las mujeres no aguantan lo que debieran aguantar en el recurso, es doblemente difícil... Es más difícil porque tienen que desengancharse de dos situaciones tóxicas, dos situaciones adictivas” (16)

4.9.4. Protección a usuarias y a profesionales

Mayor protección a usuarias que están especialmente expuestas a agresiones en la calle

Se comenta la necesidad de ofrecer seguimiento y protección a mujeres con problemas de drogodependencia que viven en la calle o que están especialmente expuestas a violencia y agresiones.

“El seguimiento de todas las mujeres que estén en situación de calle, no sé cómo se podría hacer, pero sí que habría que hacer un seguimiento más cercano y más continuo, porque realmente se dan casos de peligro y de agresiones sexuales y es complicado” (17)

Mayor protección física y legal a las y los profesionales

Se muestra la preocupación por la vulnerabilidad profesional ante posibles agresiones y conflictos con las y los pacientes, por lo que se solicita mayor protección física y legal.

“Estamos totalmente desprotegidos, hay agresiones importantes... estamos totalmente desprotegidos ante la ley, y como funcionamos ahora mismo, que estamos en terreno de nadie, nosotros en un momento determinado tenemos un problema y no sé quién nos protege. Desprotección total y absoluta ante la ley. Yo tuve un problema hace poco en el centro de salud, y me libré porque estaban otros pacientes... yo puedo estar pasando consulta en una planta donde no hay nadie, y en algunos sitios no tengo ni el botón ese para

llamar, o sea que desprotección total, lo que pasa es que llevamos muchos años con ellos y decimos, no nos va a pasar nunca nada, hasta que nos pase” (2).

4.9.5. Desarrollo profesional

Mejorar la oferta formativa a profesionales

Se ha demandado entre algunas de las personas entrevistadas formación en general que permita un reciclaje de conocimiento profesional, sobre todo respecto a aquellas nuevas adicciones que van emergiendo ante los continuos cambios sociales.

“Lo que se le pide a los servicios es un reciclaje continuo de sus profesionales.... Están cambiando tantísimas drogas nuevas y nuevos hábitos comportamentales, que nos exige que estemos constantemente formándonos ... Se echa de menos el que se nos formé más... Para las adicciones comportamentales seguimos necesitando más formación porque es muy cambiante. Ahora mismo por ejemplo, muchas personas con adicciones a las redes sociales. Dentro de la adicción a internet hay como una variante, personas que necesitan sentirse protagonistas en esas redes sociales por problemas de autoestima y pasan muchísimas horas pendientes de y muy influenciadas. Por lo que se diga en una red oscila su estado de ánimo... dejan de hacer tareas para acceder al ordenador o desde el móvil... Y eso es complejo y muy nuevo, además de muy cambiante. Hay que conocer esas redes sociales nuevas..” (3)

“Donde más formación o necesidades tenemos ahora es en cannabis en jóvenes, es donde más dificultad o donde más se necesitaría estar más formado. ... Cocaína también se adaptó en su momento, nos tuvimos que adaptar también porque cambiamos de perfil también a la cocaína” (6)

“Es muy importante que estemos constantemente reciclándonos acerca de nuevas adicciones, de los motivos por los que los jóvenes consumen, de las diferencias entre unos u otros.... Es muy importante la actualización y la formación continua” (10)

Se reclama formación para profesionales sanitarios, y específicamente sobre aspectos psicológicos de la atención a la drogodependencia, con objeto de mejorar el abordaje de usuarias y usuarios atendidos en las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria.

“Que existiera una mejor preparación y especialización del personal. Que el personal recibiera algo de formación psicológica estaría bien. Todos los años incluimos en el plan de formación de la unidad, a petición del personal, formación en psicología. El personal demanda saber cómo manejar algunas situaciones. Al pasar tanto tiempo con los enfermos este tema se está tratando mucho como formación continuada del hospital: habilidades de comunicación, y cómo manejarse en situaciones de estrés, situaciones conflictivas, cómo aliviar una situación tensa y de estrés, etc.... Podrían hacerse Jornadas, Congresos, Encuentros de la red...” (20)

Se justifica la necesidad de formación como medida que sirva de revulsivo y amortiguador del desgaste profesional, y se solicita formación en forma de queja por la actual ausencia de oportunidades. Se valora como imprescindible para mejorar el desconocimiento que tienen las y los profesionales de muchos aspectos colaterales que están abordando.

“Es un trabajo que tiene un desgaste a nivel emocional y a nivel profesional fuerte, entonces de vez en cuando hace falta algún tipo de formación, que te recicle, que te inyecte nuevas energías y nuevas pilas para atender un poco el desgaste ese que va produciendo el ejercicio de la profesión con el tiempo” (5)

“Es muy importante la formación a los profesionales porque muchas veces precisamente no hacemos llegar la ayuda que existe por desconocimiento de nuestro programa jurídico” (32)

Mejorar la oferta formativa específica sobre género

Se solicita formación específica en género que oriente las actuaciones.

“Se necesita más formación específica en género que introduzca las variables que influyen en el tratamiento diferencial, cómo sacarle más partido y aprovechar mejor los tratamientos en función de algunas diferencias de género” (3)

“Como propuesta, formación de género para todos los trabajadores. Es que es la sociedad, es que no... partiendo de esa base, pues el mensaje que transmites es...” (14)

“Es muy importante que estemos constantemente reciclándonos acerca de... las diferencias entre unos u otros, de las mejoras en los tratamientos respecto de hombres y mujeres” (10)

4.9.6. Difusión

Actualizar los datos sobre los servicios disponibles, mejorar su difusión y acercar la información a las mujeres

Se solicita actualizar la información sobre los diferentes servicios y dispositivos de atención a la drogodependencia que hay disponibles en Andalucía.

“Ah y contarle, actualizar la información sobre recursos, para poder consultarla” (20)

Se reclama la difusión de los servicios disponibles a través de los principales medios de comunicación social, mayor publicidad de los centros públicos para aumentar el acceso a éstos desde otros sectores de actuación (Salud, Justicia...), así como para facilitar la búsqueda de ayuda a población general que no los conoce.

“Que se conozca más, que nosotros nos publicitemos como equipo, que se publiciten nuestros centros a nivel institucional... en televisión y radio, y que los médicos de cabecera deriven, u otros recursos, no sólo salud, sino también servicios sociales que nos deriva

mucha gente pues no sé, la policía a veces, centros y asociaciones desde recursos especializados del poder judicial que derivan sobre todo a jóvenes que han tenido alguna complicación judicial no tan severa como para ingresarlos en los centros de menores... Es muy importante la publicitación Es una queja que tengo desde que estoy trabajando aquí, hace 18 años, y me sorprende y no sé por qué no se cambia..... y es que no se hace publicidad de nuestros centros. En televisión, en radio.... Sería estupendo y maravilloso, y sería un elemento que pienso incidiría muy positivamente en que los usuarios asistieran a los centros. A nivel de las instituciones, a nivel de la Junta de Andalucía..." (10)

"Lo que sí es verdad es que aquí deberíamos tener un poquito más de difusión. Mucha gente viene aquí y no nos conocían... No saben ni donde estamos. Sería necesaria la difusión de nuestros centros, de nuestros recursos" (8)

Se insiste en la necesidad de dar a conocer y difundir en mayor medida la Red andaluza de atención a la drogodependencia, especialmente a través de los servicios sanitarios, de tal manera que se facilite a las mujeres el acceso a los recursos.

"Yo creo que las mujeres van mucho a su médico de cabecera y si el médico conoce que estamos aquí y lo que hacemos aquí, pues es más fácil que las mujeres acudan..." (10)

"Hay que trabajar mucho con el tema de la mujer para que se pueda integrar y que conozcan bien los recursos que tienen los centros de ayuda" (25)

Se propone además la creación de un teléfono de información de adicciones gratuito para las mujeres, que les permita reducir angustia y buscar ayuda, algún dispositivo informativo que facilite a las mujeres resolver dificultades sin salir de casa.

"La utilización de un teléfono de información de adicciones gratuito específico para la mujer, también podría ser un elemento que ayudaría a mujeres que están en su casa y tiene una problemática y tienen mucha angustia. Que pudieran acceder a ese teléfono, que fuese gratuito y anónimo, y poder pedir información de los recursos y de los centros como por ejemplo existe el teléfono de atención al maltrato y se publicita en televisión, y eso probablemente haya hecho que haya muchas más mujeres con maltrato que acudan y que llamen a esos teléfonos.... Que existiera la posibilidad de un teléfono especial para la mujer, que ellas pudieran llamar e informarse, no sé, que hubiera un primer eslabón de atención a ellas, pues para hacerles ver que es una problemática de salud más y que tiene solución, y que tiene tratamiento y cuáles son los centros o los recursos a los que puede acudir" (10)

"Andamos muy cortos en sistemas de información. Hemos pensado en poner, por ejemplo, un número 900, pero un número 900 es para atenderlo todo el día y con la persona que tengo ahí Haría falta un sistema de información en el que tú pudieses solucionar una serie de cosas por teléfono. A las mujeres les vendría bien porque la estás acercando al servicio sin salir de su casa" (6)

4.9.7. Prevención

Mejorar la sensibilización social en materia de género y drogodependencia

Se ha referido que la brecha de género en el acceso a los servicios de atención a la drogodependencia se podrá acortar en la medida en que la sociedad tenga una mayor “conciencia de igualdad”.

“A medida que la sociedad vaya tomando conciencia de igualdad entonces poco a poco se irán igualando las diferencias que existen, tanto entre las dificultades como el que haya menos mujeres que vengan al Centro” (5)

Favorecer la prevención de la drogodependencia y la protección de la salud integral

Aparecen comentarios sobre la necesidad de poner en marcha mecanismos que ayuden a frenar el consumo incontrolado ante múltiples demandas y reclamos sociales. Se sugiere desarrollar medidas que limiten el acceso al consumo, y el tráfico de drogas

“Habría que concienciar un poco porque posiblemente hay un adormecimiento con tanta oferta, para que la gente no tenga criterios propios, o para que en un momento determinado no tenga capacidad de sentirse libre para ejercer su voluntad y su toma de decisión” (24)

“Para prevenir todo, la prevención del tráfico de drogas que existe en nuestra comunidad, y de la tolerancia social hacia las drogas, que se ha perdido parte del respeto que se tenía, y con esto del paro pues se oyen esas cosas de “de algo tendrá la gente que vivir, de algo hay que comer”. El tráfico de drogas lleva al consumo de drogas y lleva a destruir a las personas, esa es mi opinión” (21)

Se mencionan algunos programas actuales como recursos apropiados para la prevención.

“Se trabaja la prevención en Zonas de Transformación Social, se está intentando. Se está implantando la prevención laboral, que es lo que creemos que es fundamental y bueno, en colaboración con el ayuntamiento, en verano, con un programa que se llama Rebélate, que son alternativas de ocio para jóvenes” (15)

4.9.8. Investigación

Desarrollar estudios epidemiológicos con perspectiva de género

Se apunta la necesidad de llevar a cabo estudios epidemiológicos que ofrezcan datos actualizados de la distribución por sexo según el tipo de sustancia, así como se requieren investigaciones que aporten un mayor conocimiento de los factores asociados al consumo.

“Es muy necesaria la investigación para determinar las razones que le llevan a consumir a ellos y a ellas” (10)

4.10. CREENCIAS, ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS DE GÉNERO

En las entrevistas realizadas se han detectado una serie de creencias, prejuicios y estereotipos sesgados sobre las mujeres con problemas de drogodependencia y sobre mujeres profesionales que trabajan en los servicios de atención a la drogodependencia. A continuación se señalan algunos de los que merecen una especial atención.

4.10.1. Sobre las mujeres con problemas de drogodependencia

Son “malas madres”

Se maneja el estereotipo de “mala madre” entre las mujeres drogodependientes, argumentándose que no se preocupan nada más que de ellas desatendiendo responsabilidades propias de su género. Se señalan negligencias en los cuidados de sus hijos e hijas, por lo que se demanda algún tipo de estrategias punitivas o mayor control de sus comportamientos.

“Ella es muy educada, muy correcta, muy todo porque ha ido a buenos colegios, pero cuando le da la ventolera, porque le falte o algo, pues se pone más levantaílla. Tiene 3 ó 4 chiquillos. La madre le dice como te pase algo tus hijos se los llevan porque yo no me voy a hacer cargo de tus hijos”, porque como está viendo que no tiene cabeza, no tiene.... Y yo le digo, “no puedes hacer eso hija. Tus hijos tienen que ir al colegio porque lo que están viendo..... Es que se están malcriando. Los estás malenseñando..... No pueden faltar al colegio”..... Pero claro, si se acuesta a las seis de la mañana, pues se duerme y los chiquillos pues se duermen también..... Ella no piensa nada más que en ella. Porque no tiene otra explicación que pensar en ella”

“Para ellas, (reclamaría) que las asustaran un poquito más con el tema de los hijos... (Relatando el caso de una mujer concreta) sus hijos...bueno sucios no hay ninguno... y van al colegio.... pero por ejemplo el día que están de vacaciones, ella se los mete en el váter y ven cómo se pincha las piernas. Eso lo sabemos toda España”

Son “egoístas e irresponsables”

Se observan algunos comentarios de comprensión de la conducta adictiva de hombres, frente a mensajes de acusación y condena de las mujeres en la misma situación. Aparecen ellos como “víctimas” y ellas como “egoístas e irresponsables”.

“Si es que ellos normalmente culpa no tienen. Esto le ha pasado pues porque le ha pasado, no porque ellos tengan la culpa. Ellos lo que le ha pasado es por los hermanos, por los padres, por los vecinos, por los profesores, por los amigos, por ellos no... Ellos buscan siempre (trabajo)..... y ellas ni piensan en el trabajo ni en los hijos, no les afecta en nada, sólo consumen porque ya lo necesitan..... Yo nunca las he oído decir “si encontrara un trabajillo”, eso no se les ocurre. A ver si su novio, su pareja. Si fulanico encontrara trabajo ya nos podríamos ir a vivir a otro sitio. Eso sí, pero ellas buscar trabajo no”

“Ellas como tienen la casa, es que ellas creo yo que no piensan en trabajar. No lo veo yo... A ellos sí, si encontrarán algo sería mejor... porque a ellas no se les ocurre, ni para limpiar, ni para recoger hierba ni para nada. Ellas, su casa cuando la tienen y poco más”

Se sugiere que ellas consumen “narcisistamente” para disfrutar y no buscan ayuda porque están a gusto en esa situación.

“Ellas... (consumen) por bien vivir Yo creo que ellas lo ven ... lo que pasa es que como están a gusto..., ellas están a gusto y no piensan en nada. Se acuestan a las seis de la mañana y se levantan a las dos de la tarde, que más les da a ellas, qué problema tienen. Y ellos para eso quizás... siempre.. buscan algo ... encontrar un trabajo”

Se entiende que el abandono de la pareja tiene un impacto más negativo en la vida de los hombres (quienes dejan de ser cuidados) que en la vida de las mujeres (quienes pasan a ser cuidadas por sus madres). En esta situación, a ellos se les considera víctimas desafortunadas cuando se quedan solos y a ellas se las sanciona moralmente calificándolas de “desastre”.

“Ellos son más prudentes, ellos no hablan nunca, están bien a no ser que la mujer los deje. Entonces ellos son muy desgraciados, se van a la calle, y ya los ves que pierden 10, 15 kilos de golpe ..., y a ellas se las ves bien porque viven con las madres normalmente... Ellas solas son un desastre, más que ellos cuando están solos. Ellos, a no ser que los hayan dejado las mujeres, sus mujeres de siempre, entonces cambia, pero si no, ellos están mejor”

Son “vergonzosas y poco valientes” para afrontar su problema

Aparecen comentarios en los que se sugiere que los chicos jóvenes acuden a los servicios como acompañantes protectores de las chicas. Y se señala que ellas tardan más en reconocer el problema de dependencia y en acudir a los servicios porque son “vergonzosas” y “les falta valentía” para afrontar la situación.

“Ellas que son más cortadas y tardan más en decirlo... Es que incluso para pedir la anticonceptiva... dicen “no, vaya que me conozcan”. O sea que las niñas son más vergonzosas,... y ellos vienen acompañándolas, tipo macho man, pero como ellos no lo

van a pedir, que son ellas las que van a dar la cara. Pero son más vergonzosas ellas para ir a estos sitios, mucho más que los hombres. Ellas se aguantan más y por eso a lo mejor van más tarde de lo que deben... Ellas a lo mejor no son tan valientes, tardan más en ir, en reconocer su fallo o su debilidad o su vicio"

4.10.2. Sobre las mujeres profesionales

Risas y sorpresa ante una mayor presencia de profesionales mujeres

Han sido frecuentes los comentarios de sorpresa y/o risas cuando diferentes profesionales reflexionan acerca de la existencia de un mayor número de profesionales mujeres que hombres. Se comenta incluso que "se echa en falta la energía masculina en determinadas tareas".

"Todo son mujeres"

"Bueno, yo es que vengo de trabajar de otro centro en el que eran todas mujeres menos yo (risas)"

"Aquí hay muuuchas mujeres"

"Casi todos somos mujeres. Es curioso!. La mayoría somos mujeres. Sí, sí claro! hay más mujeres que hombres"

"Las mujeres son mayoría curiosamente en nuestro servicio"

"(Risas)...sí, somos ahora mismo mayoría, somos mayoría, si, si, bueno ahora mismo y hace mucho tiempo (risas)"

"Es fundamentalmente mujer aquí el equipo. Sí, y en muchas ocasiones hemos echado en falta o creemos que es necesaria también la presencia de energía masculina"

Ellas trabajan en disciplinas sociales porque tienen más cualidades para cuidar y abordar problemas sociales

En algunos casos se reconoce con asombro una diferente distribución de categorías profesionales según sexo. Aparecen comentarios de mayor presencia de médicos hombres, y de mayor presencia de trabajadoras sociales. Se señala que el interés por el cuidado y la delicadeza en el trato al otro, es una característica común entre las y los profesionales de la atención a la drogodependencia. Y se sugiere que las mujeres pueden “encajar” mejor en estos perfiles profesionales por razón de género.

“En médicos es mayor el número de varones... Pero hay más mujeres que hombres... y los trabajadores sociales van a ser mujeres porque pueden tener... alguna afinidad más, para la captación..”

“En general, por lo que conozco, hay mayoría de mujeres. En lo social también son más mujeres, y los médicos son más hombres, ¿no? Es verdad! y los perfiles sociales mujeres!”

“El hecho de que elijamos más unas profesiones u otras, pues también tiene que ver,... probablemente la gente que elegimos y que nos hemos mantenido en esto pues también de algún modo, tiene que haber de algún modo una sensibilidad un poco especial”

“No sé, quizás ellas... en lo de la psicología, quizás... haya un don. En eso las mujeres, entre comillas quizás tengamos... vemos un poquillo más allá de algunas cosas”

“La mayoría son mujeres, no sé si porque llevan el rol de cuidadoras desde que nacen”

“Es que tienes que tener una serie de cualidades para trabajar donde yo trabajo ahora mismo, que a lo mejor un hombre lo puede hacer perfectamente. Las cualidades, es que el tema de las emociones yo creo que es muy importante. El saber manejar muchas situaciones. Yo pienso que para trabajar donde yo estoy trabajando ahora mismo no puede estar cualquier persona y tiene que tener una serie de cualidades. Si esas cualidades las tiene un hombre, perfecto. Pero pienso que esas cualidades hay más mujeres que hombres que las tienen” (31)

Características diferenciales de la atención que prestan las mujeres

En general se percibe que no hay diferencias en la atención según sexo, porque existen procedimientos que marcan la actuación profesional y porque, en todo caso, son las cualidades personales las que marcan las diferencias.

“El sexo no influye, influye la persona”

“No hay diferencias”

“Teóricamente no debe haber diferencia, supongo que eso va también en cómo sea el profesional. Depende de su carácter, de las cualidades individuales que tenga... de lo aprendido, de los niveles de empatía que tenga o de las características que tenga de comunicación o de acercamiento, pero no tiene que haber una diferencia entre hombre y mujer”

“Estamos trabajando en la misma línea ..., hacemos más o menos las mismas cosas porque, entre otras cosas, las funciones son las mismas y la forma de llevarla a cabo pues entiendo que también

“Yo no haría distinción en relación de sexo, haría distinción más bien en las características de personalidad, de formación, las que hacen que la atención sea distinta entre una persona y otra, pero por el sexo no creo yo”

“Yo creo que son las personas, no que el profesional sea hombre o mujer”

“No he visto yo una diferencia por sexos, he visto que son cualidades de cada profesional, pero no he visto yo diferencias en ese sentido, en la forma de intervenir, por ser hombre o por ser mujer”

“Trabajamos igual todos, además marcamos una línea de trabajo que va consensuada, ... todos intervienen dentro del proceso, están enterados de cómo hay que llevar el proceso”

“Yo creo que no la hay, en cuanto perfil de género, sino en cuanto en perfil de persona y de percepción del problema y de involucrarte en tu trabajo, en amar tu profesión, más que ser hombre o mujer, porque yo me he encontrado con las dos cosas, de apatía sea hombre o mujer, o de volcarse a lo más y ponerse a tus pies, a lo que tu necesites”

Se insiste en que son las características de trato las que marcan diferencias en la atención entre profesionales. Eso se mantiene incluso cuando se reconoce un mayor estatus y reconocimiento en categorías profesionales asignadas al hombre de acuerdo a normas tradicionales de género.

“Yo para los pacientes soy el médico al principio porque soy hombre, pero les explico que soy enfermero, pero esto me pasa también fuera en otros servicios del hospital. Ahora, no creo que tenga ventaja por esto al trabajar con ellos. La ventaja que pueda tener es porque me lo gano a base de estar muchas horas metido aquí con ellos... pero no por ser hombre. Creo que depende del profesional, de la empatía que tenga, del trato, pero no por ser hombre y mujer... Algunas compañeras me dicen “claro, como tú eres hombre te respetan más”. Créeme que no.... me lo gano por el trato, por el trabajo”

“Hombre, sigue existiendo sobre todo para el paciente antiguo, el doctor. El doctor es el doctor, ya menos, pero antiguamente te decían, pero bueno ¿Cuándo viene el médico a ponerme el tratamiento? Ya no”

Aunque de forma minoritaria, también se ha reconocido la posibilidad de que las y los profesionales pueden actuar de forma diferente de acuerdo a normas sociales de género.

“Tratamos de que no haya, pero claro que las habrá porque no somos exactamente iguales hombre y mujer”

“Diferencias sociales supongo que sí habrá pero desde fuera yo no veo nada...”

Se han señalado algunas de las características diferenciales en la atención que prestan las profesionales mujeres. De acuerdo a las normas sociales de género, se destacan algunos estereotipos tradicionalmente vinculados a las mujeres como son la cercanía, la escucha, la empatía, la protección, la mayor capacidad de análisis y la menor autoridad y fuerza física. De igual modo, se reconocen otras características como la rigurosidad y firmeza de criterios, menos asociadas a las mujeres, tal como se percibe por las y los informantes.

Ellas escuchan mejor y son más analíticas

“Creo que los hombres tendemos a ser más directivos, cayendo un poco en los estereotipos en los que se nos ha formado. Tenemos tendencia a ser más directivos y escuchar tal vez menos, pensar que tenemos ya las hipótesis o las soluciones ya claras y rápidamente empezar a recomendar. No debería ser así pero pienso que hay todavía esas diferencias”

“Las terapeutas femeninas da la impresión de escuchar un poco mejor”

“La mujer denota más receptividad y colaboración por lo que observo en los tratamientos”

Ellas son más cercanas y sistemáticas

“Yo creo, pero no me quiero meter en un lío, me oyen mis compañeros y me matan. Yo creo que la mujer hace una atención más cercana, más específica, de más calidad (risas), esa es mi opinión. Los hombres, creo que van más a salto mata. ... No sé esa es mi impresión, no sé creo que la mujer damos más...una mayor estructuración en la intervención, además una mayor cercanía. Esa es la impresión que yo tengo”

Ellas son más empáticas con las mujeres

“Las mujeres nos entendemos más entre las mujeres. Además cuando tú estás en una reunión, lo típico, se reúnen las mujeres por un lado y los hombres por otro. Tú cuando hablas de emociones te identificas más con las mujeres que con los hombres” (31)

Ellas son más protectoras

“Mira aquí las mujeres muchas veces caemos en el error, o yo creo que es un error, que somos más madres con los pacientes, tenemos un trato como más de protección. Y también tenemos que revisarnos eso porque tampoco le hacemos muchas veces favor al paciente, dándoles protección. Claro, aquí lo que nos pasa, que cuando llevan aquí un tiempo, llevan aquí a lo mejor 3 o 4 meses, como estamos con ellos un día a día, les vas cogiendo cierto cariño, cierto roce. Que una es profesional pero no deja de ser tampoco persona. Y sí que a lo mejor muchas veces entramos ahí en el tema de protegerlos, de tenerlos demasiado en una urna, y ha pasado que luego salen a la calle y ya no tienen ni a la trabajadora social que le resuelva sus cosas ni a la psicóloga que le mantenga la urna y se encuentran que se dan un batacazo. Entonces las mujeres tenemos que mirarnos más ese tema, pienso yo”

Ellas son más rigurosas

“Da la casualidad de que aquí las mujeres a lo mejor somos más estrictas que los hombres... No sé por qué, cuando a lo mejor se tiene la percepción de que suelen ser los hombres, pero no, en este caso somos nosotras más estrictas”

Ellas tienen menos fuerza y autoridad

“Aquí tenemos muchas mujeres, pero es complicado porque muchos ocasionan situaciones donde la presencia física es importante, algunos de ellos son un poco violentos, vamos a decirlo así, y entonces la mejor prevención de la violencia es encontrarse con alguien que esté un poquito fuerte”

“Yo creo que debe de haber alguna diferencia en el modo en que las mujeres ponen en marcha los tratamientos, las intervenciones.. y en la forma en la que ellos perciben. Yo creo que colocarse delante de una profesional o un profesional, condiciona un poco la atención. Yo profesionalmente entiendo que tampoco debe de haber tanta diferencia, pero quizás entendiendo también que la población reclusa es una población especial por su forma de pensar o por su forma de ser, pienso que puede haber alguna diferencia en la forma que ven al profesional o la profesional. Creo que ellos la tienen que aceptar, no es ni positivo ni negativo, es una realidad que les puede gustar más o les puede gustar menos, creo que en realidad es aceptarla y ya está” (25)

6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Incorporar la perspectiva de género a la Red de Atención a las Drogodependencias en Andalucía supone admitir la desigualdad con la que parten las mujeres que demandan tratamiento en nuestra comunidad. La desigualdad se produce a diferentes niveles, por lo que tendríamos que añadir situaciones de maltrato y desigualdades estructurales que son más comunes entre las mujeres en comparación a los varones con problemas de drogodependencia.

Los cambios en la prevalencia de consumo de drogas legales en los que coinciden distintos indicadores epidemiológicos en los últimos años, hacen que los recursos andaluces reciban a mujeres con problemas por el consumo de alcohol o tabaco que requieren nuevas estrategias y abordajes. Los cambios en la prevalencia de consumo de determinadas sustancias, como los detectados en consumo de alcohol, tabaco e hipnosedantes están llegando a la red de tratamiento y fuerzan a un cambio en la modalidad de los programas, el lugar donde se llevan a cabo y la tipología de tratamiento. Las mujeres son minoría a la hora de solicitar recursos altamente heroínocéntricos, porque fueron minoritarias en el consumo de estas sustancias, y porque, como ha explicado el conjunto de profesionales entrevistado, encontraron múltiples barreras para acceder a ellos.

Nuestros datos muestran que el conjunto de profesionales entrevistado tiene ciertas ideas que podrían ser estereotipadas sobre las mujeres que acuden a sus centros. Por ejemplo, entienden que la psicología femenina es enfermiza y atribuyen baja autoestima y depresión a las mujeres drogodependientes. Se ha señalado que las mujeres con problemas de drogodependencia suelen vivir con una pareja que también tiene los mismos problemas. Estos estereotipos sobre las mujeres que acuden a tratamiento reproducen el modelo dominante de “mujer heroínómana” y apuntan a mujeres con dependencia emocional vinculada tanto a la vida en pareja como al consumo de sustancias.

El perfil predominante asociado al mundo de la heroína, conlleva manifestar prejuicios como la relación consumo de drogas-prostitución. Así, con frecuencia, en las entrevistas realizadas se ha asociado drogodependencia femenina con la prostitución. Si bien esta situación se ha producido en la historia el consumo de drogas en España, parece no permitir abordar otras drogodependencias de forma comprensiva en las mujeres.

Los “sesgos de género” predominantes sobre las mujeres con drogodependencia imposibilitan mirar a consumidoras sin problemas afectivos, violencia o maltratos. Mujeres poderosas en algunos ámbitos de sus vidas pero que eligen drogas legales y tienen problemas de adicción al alcohol o fármacos. Este grupo ha sido retratado en los discursos recogidos de manera confusa.

A pesar de estar desdibujado, aparece claramente detectado entre las y los profesionales entrevistados: hay un nuevo perfil de mujeres drogodependientes que está llegando a los centros andaluces y que necesita de nuevos modos de atención y cambios en los recursos existentes. Nuestros datos recogen la influencia de la crisis económica y social de la última década sobre los programas de drogodependencia. Entre los y las profesionales entrevistadas se observan los nuevos perfiles de consumo de drogas y diferentes motivaciones para consumirlas.

Creemos que lo más interesante es que detectan la aparición de un nuevo perfil de consumidora de drogas femenina que, a pesar del estereotipo predominante, destaca entre los perfiles que demandan tratamiento y lleva a detectar necesidades específicas para el tratamiento de las mujeres.

En nuestra investigación se muestran elementos de género que son transversales a todas las mujeres y que les afectan sin tener en cuenta el tipo de adicción por el que solicitan ayuda. Estos elementos permitirían a los y las profesionales facilitar un tratamiento con perspectiva de género.

Entre las personas entrevistadas es común que las mujeres consuman drogas para huir de la falta de afecto y también del maltrato, de acontecimientos vitales estresantes, de múltiples sufrimientos acumulados a lo largo de su vida. En este sentido, la exploración de los aspectos psicobiográficos de las mujeres se destaca como muy relevante para el abordaje de sus problemas de drogodependencia. Traumas, machismo, o situaciones de

injusticia social son más comunes en las mujeres y facilitarían para las personas participantes, el tratamiento específico de las mujeres con drogodependencias.

Cuando se compara a varones y a mujeres, nuestros datos muestran el especial aislamiento al que llegan las mujeres con problemas de drogodependencia, centrando exclusivamente su vida en las relaciones familiares. Se percibe una especial dificultad para salir del aislamiento incluso cuando afrontan un tratamiento, dadas sus condiciones de partida, de ausencia de red social más allá de la familia.

Los y las profesionales entrevistados han señalado cómo las relaciones familiares y con los hijos e hijas, son claves para mejorar el acercamiento de las mujeres a los centros de tratamiento y la adherencia a los mismos. A partir de esta idea se han hecho propuestas de interés para mejorar la red andaluza de tratamiento a las drogodependencias, como adaptar los horarios de tratamiento a los horarios escolares o generar recursos adaptados a los hijos e hijas de las personas drogodependientes.

Entre las mujeres que acuden a la red hay elementos que podrían generar exclusión social y que deberían ser trabajados de manera diferencial en el tratamiento a mujeres. Los profesionales han destacado el aspecto físico o la imagen que se proyecta, junto a otros factores, como obstáculos añadidos para las mujeres con problemas de drogodependencia, en ocasiones insalvables para su reinserción social.

En algunos de los discursos recogidos se ha destacado que, afrontar la conflictividad familiar y de pareja, y el miedo a perder la custodia de los hijos o hijas, son las principales preocupaciones de las mujeres que acuden a la red de tratamiento. Se argumenta esta mayor preocupación por razones de género, y naturalizando en las mujeres su capacidad de vínculo y cuidado infantil.

Se describen conflictos y dificultades relacionadas con el reparto de roles en el ámbito doméstico. Se comenta que a consecuencia de la reciente crisis socioeconómica, muchos hombres que han perdido su empleo, han iniciado o incrementado su participación y control en el ámbito doméstico, lo que ha supuesto una gran presión y fuente de insatisfacción vital de algunas mujeres.

Aunque algún profesional explicita que acuden menos mujeres que hombres con problemas de salud mental, en general, son recurrentes los comentarios que enfatizan un

perfil femenino con frecuentes “problemas de salud mental”. Específicamente se señalan: ansiedad, insomnio, síndrome de estrés postraumático, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación y problemas de imagen, depresión e intentos de suicidio.

Expuestas algunas conclusiones del estudio, se presentan una serie de propuestas elaboradas a partir de los discursos profesionales, y de recomendaciones aportadas por la evidencia científica que incorpora la perspectiva de género en la atención a la drogodependencia.

- Mejorar la formación en género de los y las profesionales de la red de atención a las drogodependencias en Andalucía.
- Difundir información sobre la red de tratamiento a las drogodependencias de Andalucía a la población general, visibilizando las posibilidades de apoyo a las nuevas adicciones y al tratamiento de grupos específicos como el de las mujeres.
- Crear un teléfono de ayuda a las mujeres con problemas de drogodependencia.
- Incluir la violencia de género o los micromachismos como forma clave de entender la especificidad de las mujeres en sus cursos de vida. Mejorar el trabajo conjunto con la red de atención a mujeres maltratadas para generar servicios de atención integrales, con los servicios sanitarios y con los de atención a la salud mental.
- Ahondar en el trabajo *empoderador* de las mujeres en tratamiento, sobre sus relaciones familiares y afectivas, propiciando la intervención sensitiva a temas como el abuso o la violencia de género.
- Generar recursos innovadores para la atención integral que potencien la autoayuda, los que se han venido en llamar “grupos de mujeres”, facilitadores del empoderamiento y mejora de la autoestima.
- Los recursos de tratamiento deben contemplar las posibles necesidades específicas de las mujeres, como aquellas que tienen que ver con el cumplimiento de sus roles de cuidados y maternos, y adaptar sus horarios y servicios a estas necesidades.

- Trabajar sobre los procesos de aislamiento social de las mujeres, promoviendo y mejorando sus relaciones sociales y familiares.
- En las mujeres hay que trabajar de manera diferencial aspectos en los que encuentran mayor rechazo como es la identidad de género basada en la construcción del cuerpo femenino, bello y esbelto, que contrasta con la imagen deteriorada de las mujeres que padecen algunos de los problemas relacionados con la drogodependencias.
- Intervenir de manera activa para la mejora de la salud mental en las mujeres, potenciando sobre todo recursos en Atención Primaria, que son más usados por la población femenina, con más frecuencia cuidadoras de la familia, hiperfrecuentadoras.
- Desarrollar investigaciones que ahonden en el conocimiento del impacto del consumo de sustancias psicoactivas de comercio legal en la salud de las mujeres, y su relación con otros aspectos como la vivencia de situaciones de violencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas, F. y Real, A. I. (2014). Informe sobre el Indicador Admisiones a Tratamiento en Andalucía. Junta de Andalucía. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias.
- Arostegi, E. y Urbano, A. (2004). La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados. Universidad de Deusto.
- Beckman, L. J. y Amaro, H. (1984). "Pattern of women's use alcohol treatment agencies". En: Wilnasck, S.C. y Beckman, L. J., Ed. Alcohol problems in women.
- Calafat, A., Montse, J., Begoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2): 227-233.
- Castillo, A., Llopis, J. J., Rebollida, M., Fernández, C. y Orengo, T. (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana. *Salud y drogas*, 3(2): 37.
- Consejería de Salud y Bienestar Social (2011). La población andaluza ante las drogas XII: 2011. Junta de Andalucía.
- DAWN (2013). Drug Abuse Warning Network, 2011: National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits. HHS Publication No. (SMA) 13-4760, DAWN Series D-39. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Equipo de Investigación Sociológica. (2000). El consumo del alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Equipo de trabajo del PASDA (2010). Análisis de situación sobre las Drogas, los problemas asociados y su abordaje en Andalucía (2002-2008). Informe previo al III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

- García-Calvente, M. M., Delgado, A., Mateo, I., Maroto, G. y Bolívar, J. (2008). El género como determinante de desigualdades en salud y en utilización de servicios sanitarios. En: Escolar A (ed). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN_1). Sevilla: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública en Andalucía, p.127-143.
- Gómez, J. (2003). El alcoholismo femenino: una perspectiva sociológica. Valencia: Universitat de València. Dpt. de Treball Social i Serveis Socials.
- 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, Cuadernos de trabajo social*, 20: 9-22.
- Marshall, A. W., Kingstone, D. y Boss, M. (1983). Ethanol elimination in males and females: relationship to menstrual cycle and body composition. *Hepatology*, 3(5): 701-706.
- Martínez, P. (2009). Extrañándonos de lo «normal». Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Madrid: Ed. Horas y horas.
- McDonough, P., Walters, V. y Strohschein, L. (2002). Chronic stress and the social patterning of women's health in Canada. *Social Science and Medicine*, 54:767-782.
- Meneses, C. (2002). De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en las mujeres. *Miscelánea Comillas*, 60: 17-43.
- Meneses, C. (2001). *Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Granada: Universidad de Granada.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe de Salud y Género. Las edades centrales de la vida 2006, Observatorio de Salud de la Mujer.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). Are women more vulnerable to alcohol's effects? *Alcohol Alert*, 46.
- Navarro, J. y Sánchez-Pardo, L. (2004). Observatorio de Galicia sobre drogas, Informe general 2004. Xunta de Galicia.

- Organización de las Naciones Unidas (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. Viena.
- Organización de las Naciones Unidas (2004). Informe mundial sobre las Drogas. Oficina contra la Droga y el Delito.
- Reed, B. G. (1987). Developing women-sensitive drug dependence treatment services: why so difficult? *Journal Psychoactive Drugs* 19 (2): 151-164.
- Redondo, J., Vázquez, M. M., Márquez, F. L. y Galán, M. D. (2007). "Tabaco y salud". En: Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de sanidad y Consumo.
- Robinson, G. E. (2002). Women and Psychopharmacology. *Medscape General Medicine*, 4(1).
- Rodríguez, M. y Stoyanova, A. (2004). La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 102-111.
- Rodríguez-Sanz, M., Carrillo, P. y Borrell, C. (2005). Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC.AA. 1993-2003. Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bolaños, E. M., Colomer, C., Espiga, I., García, C., López, R. y Mosquera, C. (2006). Informe salud y género 2005. Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, (3), 269-272.
- Romo, N. (2005). Repensar la diferencia. Género en la prevención y uso de drogas.
- Romo, N. (2004). Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Monográfico "Uso de Drogas y drogodependencias". Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médica.

- Romo, N., Vega, A., Meneses, C., Gil, E., Márkez, I. y Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4): 372-380.
- Romo, N. y Gil, E. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos adictivos*, 8(4), 243-250.
- Rubio, G. y Blázquez, A. (2000). "Mujer y problemas por el alcohol". En: *Guía práctica de intervención en alcoholismo*, pp: 327-336. Colegio de Médicos de Madrid.
- Sánchez-Pardo, L. (2008). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco*. Xunta de Galicia. Servizo Galego de Saúde.
- Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. y Morales E. (2003). Abuso y dependencia a drogas en la mujer. *Conductas Adictivas*, 3(1).
- Scott, J. W. (1996). "El género: Una categoría útil para el análisis histórico". En: Lamas Marta Compiladora. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México, pp. 265-302.
- Stolcke, V. (2004). La mujer es puro cuento: la cultura del género. *Estudios Feministas*, Florianópolis 12(2): 77-105.
- Tomás, S., Valderrama, J. C., Vidal, A., Samper, T., Hernández, M. C. y Torrijo, M. J. (2007). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 19(2), 169-179.
- Wechsberg, W. M., Gail, S. y Hubbard, R. (1998). How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the drug abuse treatment outcome study, 97-115.

ANEXO 1. GUION DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

PRESENTACIÓN

- Mi nombre es
- Antes de nada quiero agradecer su colaboración en el estudio sobre la atención a la drogodependencia en Andalucía, que se está realizando desde la EASP, en colaboración con la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales.
- Pretendemos obtener información profesional que permita poner en práctica procesos de mejora de la calidad de la atención prestada. Por ello, nos gustaría contar con su importante experiencia profesional, y recoger mediante esta entrevista su opinión acerca de las diferentes necesidades y circunstancias vitales de los hombres y las mujeres que atiende, sobre las prácticas profesionales que se llevan a cabo, y sobre todo, nos gustaría recoger propuestas y recomendaciones para avanzar hacia una atención sensible a las diferentes realidades de hombres y mujeres con problemas de drogodependencia.

PAUTAS GENERALES

- A continuación voy a ir planteando algunos temas generales sobre los que me gustaría que Vd diera su opinión. Puede comentar cuanto quiera. No importa cómo lo cuente. No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente nos interesa su percepción particular. Todo lo que nos diga resultará muy válido para este trabajo.
- ⇒ Este tipo de entrevistas siempre son grabadas a fin de que no se nos escape ningún detalle y poder analizar con detenimiento su opinión.
- ⇒ Puede sentirse libre en expresar cuanto quiera. Desde luego garantizamos la confidencialidad de la información que nos facilite. Esta se analiza de manera agregada, sin referir los nombres de las personas que participan en el estudio.
- ⇒ Esta entrevista no tiene una duración determinada, aunque podemos estimar entre media hora y una hora.

DESARROLLO DE ENTREVISTA

1) CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS Y USUARIAS

En primer lugar me gustaría conocer su percepción sobre las características y necesidades que tienen hombres y mujeres con problemas de drogodependencia. ¿Cómo es el perfil de las personas usuarias? ¿Y específicamente puede describir el perfil de las mujeres que atiende? ¿Ha cambiado en los últimos años? ¿Son todas las mujeres drogodependientes iguales? ¿Qué necesitan ellos y ellas? ¿Por qué?

Para apoyar el desarrollo espontáneo de la conversación si hiciera falta:

- *¿En cuanto a su vida familiar y relaciones de pareja? Ellos-ellas*
- *¿En cuanto a sus relaciones sociales? Ellos-ellas*
- *¿En cuanto a situación laboral? Ellos-ellas*
- *¿Emocionalmente cómo se sienten? Ellos-ellas*
- *¿Qué es lo que más les preocupa, lo que les genera más estrés o conflictos? Ellos-ellas*

2) MOTIVOS, FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO

Me gustaría conocer también su opinión sobre los factores de riesgo a los que se enfrentan ellos y ellas, y sobre el impacto que tiene la drogodependencia en sus vidas.

Para apoyar el desarrollo espontáneo de la conversación si hiciera falta:

- *¿Qué circunstancias les llevan a la drogodependencia? ¿Qué factores favorecen el inicio y la continuidad del consumo? Ellos-ellas*
- *¿Cuándo reconocen la drogodependencia como problema? Ellos-ellas*
- *¿Qué supone la drogodependencia en sus vidas?*
- *¿Qué consecuencias tiene en su vida familiar, social, laboral...? Ellos-ellas*

3) ACCESO A SERVICIOS Y RESPUESTA A TRATAMIENTO

Ahora cuénteme, ¿Qué dificultades o facilidades cree que tienen los hombres y mujeres para acceder a los recursos de atención? ¿Cómo responden al tratamiento unos y otras?

- *¿Qué hace que busquen ayuda o no busquen ayuda? ¿Qué necesitan? Ellos-ellas*
- *¿Qué hándicaps encuentran para acceder a los recursos disponibles? Ellos-ellas*
- *¿Qué ventajas de acceso tienen ellos y ellas?*
- *¿De qué factores depende la respuesta a las intervenciones que se les proponen? Ellos-ellas*

4) INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

Ahora quisiera que nos hablara sobre las prácticas profesionales:

- *¿Cómo cree que se está atendiendo desde los servicios a las necesidades de ellos y ellas? (Puntos fuertes y débiles)*
- *Entendiendo que ha habido cambios en los perfiles de las personas drogodependientes ¿Qué ha supuesto este cambio en la prestación de tratamientos?*
- *¿Cómo se atienden a los diferentes perfiles?*
- *¿Cómo impacta esta variabilidad en los servicios?*

En relación con los perfiles profesionales:

- *¿Hay mujeres entre el grupo de profesionales?*
- *¿En qué ámbitos del tratamiento es más frecuente que existan profesionales mujeres?*
- *¿Cree que existen diferencias en el modo en que ponen en marcha el tratamiento varones y mujeres? ¿Por qué?*

5) PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN

Ya en el último bloque nos gustaría que nos diera su opinión sobre algo también muy importante. Nos gustaría recoger sus recomendaciones para la mejora de la atención considerando las diferentes necesidades y circunstancias que rodean a hombres y mujeres.

- ¿Qué cree que habría que modificar o incorporar a las intervenciones para mejorar la atención diferencial de ellos y ellas?
- Si estuviera en su mano poder hacer cambios ¿cómo lo haría? ¿Qué propuestas se le ocurren?

OBSERVACIONES (sinceridad, interrupciones, otras personas presentes, etc)
<p>PERFIL</p> <p>Edad:</p> <p>Antigüedad laboral:</p> <p>Titularidad o no del puesto de trabajo:</p> <p>Formación en género:</p> <p>Otras:</p>

ANEXO 2. CUADROS RESUMEN DE RESULTADOS

A continuación se sintetizan las principales categorías y subcategorías de contenido para cada una de las dimensiones de estudio.

NUEVOS PERFILES DE DROGODEPENDENCIA

- ▶▶ CRISIS DE HEROÍNA Y AUMENTO DE OTROS CONSUMOS DE DROGAS
 - ✧ *Ellos consumen todo tipo de sustancias // Ellas psicofármacos y alcohol*
- ▶▶ AUMENTO DE LA PRESENCIA DE MUJERES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA
- ▶▶ PERSONAS DE MEDIANA EDAD Y PERSONAS CADA VEZ MÁS JÓVENES
- ▶▶ DE LOS ENTORNOS DE MAYOR MARGINALIDAD A LOS AMBIENTES MÁS ACOMODADOS
 - ✧ *Sin estudios, sin trabajo, sin dinero (Ellos desempleados // Ellas amas de casa)*
 - ✧ *Personas procedentes de ambientes normalizados (con estudios, con empleo)*
 - ✧ *Personas procedentes de otros países*

FACTORES DE RIESGO PARA EL INICIO DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

- ▶▶ FACTORES QUE PREDISPONEN EL CONSUMO DEPENDIENTE
 - ✧ *Influencia del entorno social y familiar*
 - ✧ *Influencia de las normas culturales de ocio, desinformación y fácil acceso a drogas*
 - ✧ *Ausencia de habilidades personales para afrontar la presión grupal*
 - ✧ *Influencia de normas de género (Ellos asumen riesgos // Las jóvenes les imitan, las mayores no deben)*
 - ✧ *Influencia de condicionantes biológicos y psicológicos (Ellas dependientes emocionalmente)*
- ▶▶ FACTORES QUE DESENCADENAN EL CONSUMO DEPENDIENTE
 - ✧ *Experiencias de ruptura y pérdida (Ellos pierden trabajo // Ellas pierden relaciones)*

DISCURSOS PROFESIONALES SOBRE LAS MOTIVACIONES PARA CONSUMIR DROGAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

- ▶▶ CONSUMIR DROGAS PARA EXPERIMENTAR, DIVERTIRSE Y RELACIONARSE
 - ✧ *Ellos consumen en grupo para disfrutar*
 - ✧ *Chicos y chicas consumen igualmente en espacios de ocio*
- ▶▶ CONSUMIR DROGAS PARA SOBRELLEVAR SITUACIONES ADVERSAS
 - ✧ *Ellas consumen solas para evadirse emocionalmente*
 - ✧ *Ellas consumen solas para compensar sobreesfuerzos*

MIRANDO DESDE EL GÉNERO AL IMPACTO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA VIDA DE LAS PERSONAS QUE ACUDEN A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

- » PÉRDIDA DE RELACIONES FAMILIARES
- » PÉRDIDA DE EMPLEO Y PROBLEMAS ECONÓMICOS
- » PÉRDIDA DE AMISTADES, AISLAMIENTO Y RECHAZO SOCIAL
- » ACTIVIDADES ILÍCITAS, PROBLEMAS JUDICIALES Y VIOLENCIA ASOCIADAS A LOS ABUSOS DE DROGAS
 - ✧ *En algunos perfiles: Ellos tienen que delinquir // Ellas se tienen que prostituir*
 - ✧ *Ellos afrontan problemas judiciales // Ellas castigo mora, son víctimas de engaño y violencia*
- » PÉRDIDA DE CONTROL DE LA VIDA Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDADES DE CRECIMIENTO PERSONAL

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA DE ABUSO DE DROGAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA EN LA RED ANDALUZA DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

- » POR PRESIÓN FAMILIAR
 - ✧ *Cuando abandonan sus responsabilidades (Ellos el trabajo productivo // Ellas el trabajo reproductivo)*
- » POR CONSECUENCIAS INDESEADAS
 - ✧ *Ellos tienen menos problemas en reconocerlo // Ellas son más conscientes del problema*
 - ✧ *Ellos lo reconocen ante la pérdida de trabajo, dinero // Ellas ante la pérdida de relaciones, hijos/as*

PRINCIPALES PREOCUPACIONES Y NECESIDADES RELACIONADAS CON LA DROGODEPENDENCIA CUANDO SE LLEGA A LA RED ANDALUZA DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA

- » ATENCIÓN A NECESIDADES BÁSICAS
- » TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
- » ATENCIÓN PSICOLÓGICA
- » ASESORAMIENTO JURÍDICO-LEGAL
- » APOYO, PROTECCIÓN, RELACIONES AFECTIVAS
 - ✧ *Ellas expresan sus temores // Ellos no por razón de género*
 - ✧ *En algunos perfiles: Ellos necesitan relaciones sexuales // Ellas necesitan protección*
- » RESPUESTA A RESPONSABILIDADES ASIGNADAS POR RAZÓN DE GÉNERO DURANTE EL TRATAMIENTO
 - ✧ *Ellos necesitan empleo, dinero // Ellas afrontar reacciones familiares y la custodia de hijos/as*

ACCESO A SERVICIOS Y RESPUESTA A TRATAMIENTO

- ▶ FORTALEZAS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA
 - ✧ *Existencia de una red de servicios cercanos y fáciles de localizar*
 - ✧ *Existencia de servicios específicos para mujeres y menos lista de espera para ellas*
 - ✧ *Atención ágil y compatibilización de horarios (Ellos con los horarios laborales // Ellas con los escolares)*
 - ✧ *Los centros de salud menos estigmatizados (Ellas los prefieren a los de drogodependencia)*
 - ✧ *Avances sociales en igualdad de género: hay una mayor visibilidad social de las mujeres y sus necesidades*
- ▶ DEBILIDADES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA
 - ✧ *Inadecuación de los recursos a los nuevos perfiles de usuarios y usuarias*
 - ✧ *Desconocimiento de la existencia de servicios de drogodependencia (sobre todo ellas)*
 - ✧ *Excesivos trámites burocráticos*
 - ✧ *Listas de espera*
 - ✧ *Falta de reconocimiento social de los riesgos del consumo de sustancias*
 - ✧ *Dificultades económicas y de desplazamiento para acudir a tratamiento*
 - ✧ *Derivación tardía de las usuarias desde los servicios sanitarios*
 - ✧ *Dependencia económica de las mujeres*
 - ✧ *Cargas de cuidado y trabajo doméstico asignado a las mujeres*
 - ✧ *Estigma social (Ellas acuden más tarde, con más deterioro, culpa y vergüenza)*
 - ✧ *Falta de apoyo social a las mujeres (Ellos siempre acompañados // Ellas solas o con mujeres)*
- ▶ FACTORES QUE FAVORECEN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO
 - ✧ *Voluntad y motivación para el cambio (Ellas son más adherentes al tratamiento)*
 - ✧ *Apoyo social y familiar*
 - ✧ *Apoyo mutuo entre mujeres*
 - ✧ *Buen abordaje profesional: trato, diagnóstico, definición de objetivos, seguimiento y prevención de recaídas*
 - ✧ *Mayor nivel educativo de las usuarias y usuarios, y oportunidades de empleo*
 - ✧ *Menor impacto inicial de la adicción*
 - ✧ *Ausencia de problemas de salud mental*
 - ✧ *Ausencia de condicionantes biológicos y de personalidad (Ellas tardan más en recuperarse)*
 - ✧ *Sensibilidad de género en la atención (Ellos control de la agresividad // Ellas escucha)*

VALORACIÓN DE LOS SERVICIOS, Y DE LAS INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

▶▶ RECURSOS Y FINANCIACIÓN

- ✓ *Disponibilidad de nuevos fármacos*
- ✓ *Disponibilidad de un servicio de asesoramiento jurídico-legal*
- ✓ *Se cuenta con algunos recursos específicos para mujeres*
- ✗ *Déficits de financiación, de centros, de UDH y de recursos para la reinserción social*
- ✗ *Déficits de servicios de reinserción social para mujeres con hijos/as*
- ✗ *Déficits de personal, presión asistencial y desgaste profesional*
- ✗ *Déficits de espacios y difícil ubicación de centros*

▶▶ ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

- ✓ *Menos estigmatización en la atención prestada dentro de los centros de salud*
- ✗ *Retrasos en la derivación a servicios*
- ✗ *Falta de coordinación y de comunicación entre profesionales de diferentes servicios*
- ✗ *Lenta adaptación de los recursos a las necesidades cambiantes*
- ✗ *Dificultad para trabajar en equipo y disponer de espacios propios en los centros de salud*
- ✗ *No se hace buena captación de mujeres transeúntes para que puedan acudir a los servicios*

▶▶ INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO

- ✓ *Buen trato, respuesta rápida y de calidad*
- ✓ *Alta implicación, compromiso, preparación y motivación profesional*
- ✓ *Cercanía, personalización, trabajo en equipo, flexibilidad y adaptación continua*
- ✓ *Fomento de la inclusión social*
- ✓ *Abordaje biopsicosocial y atención integral*
- ✓ *Procesos igualitarios, atención a las necesidades específicas de las mujeres y actividades sensibles al género*
- ✗ *Dificultad para mantener criterios profesionales ante circunstancias de las personas usuarias*
- ✗ *No se hace una atención diferenciada por sexo de forma sistemática*

▶▶ DESARROLLO PROFESIONAL

- ✗ *Déficits de ofertas formativas*

▶▶ DIFUSIÓN

- ✗ *Desconocimiento del servicio de asesoramiento jurídico-legal*

PROPUESTAS PROFESIONALES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA

- ▶▶ **RECURSOS Y FINANCIACIÓN**
 - ✧ *Incrementar los recursos en general, y los específicos para mujeres y mujeres con hijos/as*
 - ✧ *Incrementar el número de UDH, revisar criterios de acceso y acercarlas al resto de servicios*
 - ✧ *Incrementar y mejorar los recursos de reinserción social, en especial para mujeres*
 - ✧ *Incrementar recursos para mujeres con problemas de salud mental, prostitución, violencia*
 - ✧ *Potenciar recursos específicos para menores*
 - ✧ *Potenciar servicios de apoyo para las y los menores que acompañan a sus padres a tratamiento*
 - ✧ *Garantizar el servicio de asesoramiento jurídico-legal*
 - ✧ *Disponer de psiquiatras en los Centros de Encuentro y Acogida*
 - ✧ *Mejorar la financiación en general*
 - ✧ *Mejorar las infraestructuras (espacios y recursos tecnológicos)*
- ▶▶ **ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS**
 - ✧ *Mejorar la coordinación, criterios de acceso y de compatibilidad de servicios*
 - ✧ *Mejorar la coordinación de cada equipo asistencial*
 - ✧ *Agilizar trámites burocráticos y acortar las listas de espera*
 - ✧ *Optimizar los recursos existentes*
 - ✧ *Distribuir equitativamente los recursos entre centros y provincias*
 - ✧ *Garantizar la equidad social en el acceso a recursos*
 - ✧ *Facilitar el desplazamiento, en especial a mujeres con cargas de cuidado y de edad avanzada*
 - ✧ *Hacer seguimiento y dar continuidad al tratamiento llevado a cabo en diferentes servicios*
 - ✧ *Facilitar reingresos después de recaídas*
 - ✧ *Facilitar la libre prescripción de fármacos al personal médico de los servicios de tratamiento*
- ▶▶ **INTERVENCIONES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES**
 - ✧ *Humanizar la atención (trato, abordar carencias emocionales y velar por necesidades de relación)*
 - ✧ *Flexibilizar la atención (personal, tiempo de escucha, horarios y elección del sexo del personal)*
 - ✧ *Contemplar una atención específica para las personas que pasan por una crisis emocional aguda*
 - ✧ *En los abordajes grupales, tratar determinados aspectos de forma diferenciada por sexo*
 - ✧ *Potenciar las intervenciones familiares*
 - ✧ *Desarrollar protocolos de actuación con perspectiva de género*
 - ✧ *Fomentar el asociacionismo de mujeres para lograr su empoderamiento*
- ▶▶ **PROTECCIÓN A USUARIAS Y A PROFESIONALES**
 - ✧ *Mayor protección a usuarias que están especialmente expuestas a agresiones en la calle*
 - ✧ *Mayor protección física y legal a las y los profesionales*
- ▶▶ **DESARROLLO PROFESIONAL**
 - ✧ *Mejorar la oferta formativa a profesionales*
 - ✧ *Mejorar la oferta formativa específica sobre género*
- ▶▶ **DIFUSIÓN**
 - ✧ *Actualizar datos de servicios disponibles, mejorar difusión y acercar la información a las mujeres*
- ▶▶ **PREVENCIÓN**
 - ✧ *Mejorar la sensibilización social en materia de género y drogodependencia*
 - ✧ *Favorecer la prevención de la drogodependencia y la protección de la salud integral*
- ▶▶ **INVESTIGACIÓN**
 - ✧ *Desarrollar estudios epidemiológicos con perspectiva de género*

CREENCIAS, ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS DE GÉNERO

► SOBRE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE DROGODEPENDENCIA

- ◇ *Son “malas madres”*
- ◇ *Son egoístas e irresponsables*
- ◇ *Son vergonzosas y poco valientes para afrontar su problema*

► SOBRE LAS MUJERES PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA

- ◇ *Risas y sorpresa ante una mayor presencia de profesionales mujeres*
- ◇ *Elas trabajan en disciplinas sociales porque tienen más cualidades para cuidar y abordar problemas sociales*
- ◇ *Características diferenciales de la atención que prestan las mujeres*
 - *Elas escuchan mejor y son más analíticas*
 - *Elas son más cercanas y sistemáticas*
 - *Elas son más empáticas con las mujeres*
 - *Elas son más protectoras*
 - *Elas son más rigurosas*
 - *Elas tienen menos fuerza y autoridad*