

Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora

Analysis of social problems in people

Maria Àngels Fernández Carné¹

Resumen

Esta investigación analiza una muestra de 105 usuarios (32 mujeres y 73 hombres) atendidos durante el año 2012 por la trabajadora social en el dispositivo de atención ambulatoria a personas con problemas con las drogas (CAS) de Hospitalet de Llobregat, Hermanas Hospitalarias Benito Menni. Se realiza un estudio comparativo desde diferentes variables (40) agrupadas por dimensiones (7) utilizando como variable control la variable *género*. Los resultados obtenidos en el trabajo de campo, el marco teórico de referencia y la experiencia de veinticinco años de ejercicio profesional han permitido concluir que hay una serie de variables estadísticamente significativas (14) que ponen de manifiesto las diferencias entre los géneros en las dimensiones contempladas y que hay que conocer para establecer una intervención más precisa y eficaz.

Palabras clave: Drogodependencias, género, trabajador/a social, mejora de la intervención social.

Para citar el artículo: FERNÁNDEZ CARNÉ, Maria Àngels. Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril 2015, n. 204, páginas 141-158. ISSN 0212-7210.

¹ Trabajadora social. CAS l'Hospitalet, Hermanas Hospitalarias Benito Menni. fernandez.carne@gmail.com.

Abstract

The present investigation analyzes 105 cases (32 women and 73 men) from an outpatient care center for substance dependence, treated in 2012 by a social worker. The study compares 40 variables gathered in 7 dimensions, all of them related to the categorical variable *gender*. The analysis of the results obtained in the case studies, the review of bibliographical references and the experience gained after 25 years of clinical practice, have lead to the conclusion that there are 14 statistically significant variables that show clear gender differences that have to be taken into account in order to intervene in a more efficient way.

Key words: Drug addiction, gender, social worker, improvement of social work intervention.

1. Introducción

El concepto de *drogodependencia* ha hecho un largo camino desde su primera conceptualización por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, hasta la actualidad. Desde una visión eminentemente medicalizada y que hacía énfasis en la sustancia, ha ido evolucionando a una concepción más amplia que implica una perspectiva bio-psico-social del problema.

El trabajo social ha sido en nuestro país una de las primeras disciplinas de las ciencias sociales que se incorporaron al tratamiento profesionalizado de las personas con problemas con las drogas, tanto en la vertiente de intervención individual como familiar y comunitaria; las primeras referencias bibliográficas del trabajo social específico en este campo en Cataluña se remontan al año 1973 (Vidal, Mediavilla y Mayol, 1973).

Sin embargo, en las últimas décadas diferentes organismos y entidades nacionales (Instituto de la Mujer, Institut Català de la

Dona, Dirección General de Drogodependencias) e internacionales (OMS) alertan de la necesidad de introducir la perspectiva de género en los diferentes ámbitos de las ciencias sociales. Aducen que no contemplar las diferencias específicas de los géneros puede conducir a una visión parcial de las problemáticas y por tanto dificultar su comprensión, detección y abordaje.

2. Determinación de objetivos

Objetivo general:

Conocer el perfil de los usuarios atendidos por la trabajadora social atendiendo a la variable género y en base a siete dimensiones predefinidas para ampliar el conocimiento de la población atendida y de sus características diferenciales, para mejorar las formas de intervención profesional.

Objetivo específico 1:

Analizar la información obtenida de las historias clínicas de los usuarios a partir de unas variables predeterminadas.

Objetivo específico 2:

En base a este análisis, discriminar qué aspectos de la intervención profesional son susceptibles de mejora, aportando elementos de reflexión que favorezcan una mayor comprensión de la perspectiva de género que permita una intervención más eficaz.

3. Diseño de la investigación

3.1 Metodología

La metodología utilizada en la investigación fue de tipo cuantitativo, con una perspectiva retrospectiva y comparativa. Se ha realizado un vaciado de las historias clínicas de cada una de las personas usuarias objeto de estudio y se han registrado los datos de las variables definidas en una matriz de datos para su posterior tratamiento y análisis estadístico mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.20 (IBM Corporation, Armonk, Nueva York). El grado de significación estadístico utilizado fue el 5% bilateral ($p < 0,05$), establecido con las pruebas recomendadas habitualmente para el análisis de variables continuas y categóricas que se detallan en cada una de las tablas realizadas. Las variables utilizadas han seleccionado, por una parte, a partir de la revisión bibliográfica de los estudios e investigaciones sobre el concepto de *género y tratamiento a las drogodependencias* incluidos en la bibliografía, y por otra a partir de mi experiencia profesional.

3.2 Técnicas

- Análisis documental sobre investigaciones relacionadas con el objeto de estudio
- Utilización de un protocolo de vaciado de las historias clínicas en función de las variables seleccionadas

4. Trabajo de campo

4.1 Determinación de la unidad de análisis

Se ha contemplado una muestra de 105 personas: 73 hombres y 32 mujeres, que suponen el universo de las personas atendidas por la trabajadora social durante el año 2012.

Para obtener los datos referentes a los objetivos establecidos se han revisado las historias clínicas de los 105 pacientes y la información obtenida a partir de un protocolo de vaciado, se ha introducido en una matriz de datos elaborada *ad hoc*. Las variables contempladas en la presente investigación son 40, agrupadas en siete dimensiones para su análisis e interpretación.

5. Descripción y análisis de los resultados

5.1 Dimensión: demografía y entorno

Las variables agrupadas en esta dimensión son: *estado civil*, *hijos*, *núcleo de convivencia*, *cuidador*, *pareja consumidora* y *antecedentes familiares de consumo*. Las variables que destacan estadísticamente son (ver tabla n. 1 del apéndice):

Estado civil: El 65,6% de las mujeres están separadas, divorciadas o viudas, frente a un 39,7% de hombres en la misma situación. Así, el 42,5% de hombres permanecen casados, frente al 15,6% de las mujeres. *Núcleo de convivencia*: destaca el 47,9% de hombres que conviven con los padres, superior al de mujeres, un 21,9%. *Cuidador*: el 31,3% de mujeres *versus* el 8,2% de los hombres. *Pareja consumidora*: el 40,6% de las mujeres, frente al 8,2% de los hombres. La prevalencia de *antecedentes familiares de consumo*: un 68%

de las mujeres *versus* el 42,5% de los hombres. Cabe señalar que, aunque estadísticamente no llega a ser significativo por muy poco, las mujeres tienen hijos en un 71,9%, y los hombres en menor medida, el 52,1%.

5.2. Dimensión: situación socioeconómica

Las variables agrupadas en esta dimensión son: *nivel socioeconómico, ingresos propios, tipo de ingresos propios, ingresos no propios*.

Las variables que muestran diferencias estadísticamente significativas son (ver tabla n. 2 del apéndice):

Nivel económico: el 40,6% de las mujeres lo tienen muy bajo comparado con el 20,5% de los hombres; el 3,1% lo tiene medio, dato que llega al 23,3% en el caso de los hombres.

Fuente de ingresos no propios: el 85,7% de las mujeres que no tienen ingresos propios dependen de los ingresos de la pareja, *versus* el 0,0% de los hombres. Estos dependen fundamentalmente de los ingresos familiares en un 75%, mientras que las mujeres en un 14,3%.

Es conveniente comentar que, aunque no es estadísticamente significativo, el 78,1% de las mujeres tiene *ingresos propios*, frente a un 89% de los hombres. Dentro de los *ingresos propios*, el 12% de las mujeres trabajan, mientras que en el caso de los hombres la proporción sube hasta el 21,5%. Las mujeres destacan como perceptores de prestaciones no contributivas, un 20% cobra un PIRMI y un 24% una PNC, frente a los hombres que se benefician de un PIRMI en un 7,7% y de una PNC en un 13,8%.

5.3. Dimensión: situación laboral - formación

Las variables contempladas en esta dimensión son: *trabajo, no trabajo, experiencia*

laboral previa, calificación profesional y nivel de estudios.

En este apartado no existen diferencias significativas entre las variables contempladas (ver tabla n. 3 del apéndice). Sin embargo, se pueden destacar a nivel descriptivo las siguientes variables: el 24,7% de hombres trabajan, y sólo el 9,4% de mujeres. Dentro de los/las que no trabajan, las mujeres en un porcentaje más alto están paradas: 65,5% por un 49,1% de los hombres. En cuanto a la experiencia laboral, ambos géneros están muy igualados, tienen un 91,8% de los hombres y en un 81,3% de las mujeres. En la variable *calificación profesional* se observa más diferencia, un 34,2% de los hombres tienen calificación profesional y el 18,8% de las mujeres no. En *nivel de estudios* no se observan diferencias destacables.

5.4. Dimensión: estado de salud

Las variables comprendidas en esta dimensión son: *enfermedad crónica infecciosa, HIV (Virus de inmunodeficiencia humana), VHC (Virus de la hepatitis C), VHB (virus de la hepatitis B), trastorno mental*.

La variable que destaca como significativa en este apartado (ver tabla n. 4a del apéndice) es la de *trastorno mental*: un 68,8% de las mujeres tienen este diagnóstico, frente a un 45,2% de los hombres. También podemos señalar diferencias de *trastornos mentales* (ver tabla n. 4b del apéndice) entre hombres y mujeres. Los trastornos que predominan entre las mujeres son el trastorno límite de personalidad (25,9%), el trastorno depresivo (22,2%) y, en un 14,8%, los trastornos de alimentación. En los hombres, el trastorno antisocial de personalidad es el más elevado (39,4%), y le siguen los trastornos depresivos (12,1%) y el trastorno de per-

sonalidad Cluster B. En las mujeres hay casos de más de un diagnóstico por paciente.

En relación a la frecuencia de las *enfermedades infecciosas* contempladas en la tabla 4a, vemos que un 30,1% de los hombres sufren, frente a un 12,5% de las mujeres. Dentro de las enfermedades infecciosas el virus de la Hepatitis C es el más frecuente.

5.5. Dimensión: malos tratos - abusos sexuales

Las variables contempladas en esta dimensión son: *Malos tratos en el pasado, malos tratos en el presente, abusos sexuales en el pasado y abusos sexuales en el presente*

En la tabla 5 del apéndice vemos que hay dos variables claramente significativas: un 56,3% de las mujeres manifiestan haber sufrido *maltrato en el pasado*, frente al 17,8% de los hombres. En relación a los *abusos sexuales*, un 31,3% de las mujeres los ha sufrido en el pasado, el 0,0% en el caso de los hombres. Cabe señalar que, en ambas variables, la proporción de no se sabe en los hombres es remarcable.

5.6. Dimensión: drogas motivo de consulta

Las variables comprendidas en esta dimensión son: *Heroína, cocaína, alcohol, cannabis, psicofármacos, éxtasis*.

Las variables que destacan como significativas son: un 68,8% de las mujeres consulta por un problema con el alcohol, lo que sucede en un 30,1% en los hombres. Un 34,2% de los hombres lo realiza por la cocaína, y las mujeres en un 9,4%. Finalmente, un 32% de los hombres lo hace por la heroína, frente un 21,9% de las mujeres (ver tabla n. 6 del apéndice).

5.7. Dimensión: derivación por tratamiento y circunstancias relacionadas con el inicio del consumo y apoyo en el tratamiento.

Las variables contempladas en esta dimensión son: *derivación o procedencia de los pacientes, circunstancias relacionadas con el inicio del consumo, apoyo en el tratamiento y tipo de apoyo*.

En relación a la *derivación o procedencia de los pacientes*, no se observan diferencias significativas entre los dos géneros. Podemos destacar como mayores derivantes en ambos géneros la red sanitaria, primaria/hospitalaria y la red psiquiátrica (sumando los dos indicadores): 43,8% en el caso de las mujeres y 38,4% en el caso de los hombres. Es importante señalar que las mujeres vienen por iniciativa propia en un 34,4% de los casos, y los hombres en un 26%. Los hombres llegan más derivados de servicios sociales de primaria (13,7%) que las mujeres (3,1%). Asimismo, un 6,8% de los hombres viene derivado de medidas penales alternativas; en el caso de las mujeres, el porcentaje es del 0,0%. Las variables que destacan como significativas son: el *inicio del consumo*, un 78% de los hombres han empezado a consumir con sus amigos, situación que en las mujeres es del 28,1%. Por el contrario, un 50,0% de las mujeres lo ha hecho en pareja; sólo un 4,1% de los hombres. En la variable *apoyo en el tratamiento* se observa que el 68,5% de hombres tiene, frente al 46,9% de las mujeres. En relación al *tipo de apoyo de los que tienen*, a los hombres les apoyan en un 31,5% los padres y en un 11,0% los hermanos; a las mujeres en un 12,5% los padres y un 0,0% los hermanos (ver tabla n. 7 del apéndice).

6. Discusión y conclusiones

Habiendo analizado e interpretado los resultados de las diferentes variables del trabajo de campo según la muestra señalada con la variable categórica *género*, y de acuerdo con el objetivo general y los específicos, el marco teórico de referencia y mi experiencia profesional, he llegado a las siguientes conclusiones:

En relación al objetivo específico número 1

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos géneros en **seis de las siete dimensiones contempladas**.

En primer lugar, cabe señalar que si contemplamos el total de las personas vistas por la trabajadora social durante el año 2012 y su distribución por géneros, vemos que hay una cierta discrepancia entre la proporción de hombres y mujeres visitadas (30% mujeres y 70% hombres) y los datos que proporciona el Sistema de Información sobre Drogodependencias (SID 2009) en relación a la población en tratamiento (20% mujeres y 80% hombres).

A pesar de las diferencias por género en cuanto a la media de la edad de las personas que están en tratamiento, no es significativa, las edades mínimas y máximas de ambas son bastante diferentes. En las mujeres la edad mínima es 33, y la máxima 68; en los hombres la mínima son 25 años, y la máxima 70, lo que puede estar determinado por la presencia más elevada del consumo de alcohol entre las mujeres y de cocaína entre los hombres. Según el Sistema de Información sobre Drogodependencias en Cataluña (SID 2009), el promedio de edad de inicio del tra-

tamiento de las personas con problemas con el alcohol es de 44 años. La de los consumidores de cocaína, en cambio, es de 33 años.

Es en el apartado de variables agrupadas como *demografía-convivencia* donde se puede ver un mayor número de variables con diferencias representativas entre los dos géneros. En el caso del *estado civil*, las mujeres están mayoritariamente separadas y divorciadas, mientras que los hombres siguen casados ??en una prevalencia más elevada. También es significativa la variable *núcleo de convivencia*: los hombres viven más con los padres que las mujeres, ellas lo suelen hacer más en pareja. Este aspecto se reanudará más adelante en relación a la variable de *apoyo al tratamiento*.

Cabe señalar que a pesar de la alta prevalencia de *mujeres con hijos* (resultado casi significativo, $p = 0,058$), solo un 18,8% convive con ellos ya sea sola o con pareja, lo atribuible a la prevalencia de hijos retirados, o bien que, por su edad, los hijos estén emancipados o con otros familiares de manera no regulada.

Tanto la elevada prevalencia de *mujeres con antecedentes familiares de consumo*, como con *pareja consumidora*, coinciden con los datos aportados en la bibliografía consultada (Castañós, Meneses, Palop, Rodríguez *et al.*, 2007; Arostegui y Urbano, 2004). Nos hablan de situaciones familiares y de pareja diferenciales entre los dos géneros, que sin duda han tenido y están teniendo consecuencias en su vida. Hay que tenerlos en cuenta en el transcurso del tratamiento porque pueden determinar patrones relacionales de pareja, como las relaciones de codependencia, potenciales situaciones de violencia intrafamiliar, o la interferencia en el proceso de tratamiento de un contexto familiar consu-

midor. A menudo, este es el apoyo con el que cuentan a todos niveles, pues, como veremos, la mayor parte de las mujeres que no tienen ingresos propios dependen de los de su pareja. Es necesario añadir que el hecho de tener una *pareja consumidora* también tiene que ver con el *inicio del consumo*. Se ha observado que en su mayoría las mujeres comienzan a consumir con pareja (Barreda, Díaz, De Ena, Lopez *et al.*, 2005) y a menudo también a delinquir con pareja, sobre todo en el caso de mujeres heroínómanas.

También es destacable la significación de las mujeres como cuidadoras, lo que puede interferir en su inclusión en recursos residenciales de corta y media estancia, tanto por la imposibilidad de dejar a las personas cuidadas, como por la presión familiar explícita o implícita para que no abandonen el rol de cuidadoras o que devuelvan lo antes posible. En este sentido, un estudio interno de la Fundación Salud y Comunidad apunta la alta prevalencia de las altas voluntarias entre las mujeres. La puesta en marcha de un grupo de mujeres con perspectiva de género dentro de las Comunidades Terapéuticas que gestionan se ha revelado como determinante en la reducción de un 80% de las altas voluntarias entre las mujeres.

A nivel de la dimensión *situación socio-económica* vemos que es significativa la variable *nivel socioeconómico* en el nivel más bajo de las mujeres coincidente con Barreda *et al.* (2005). También es significativa en esta dimensión *fuerza de ingresos* no propios, donde destaca, por un lado, una mayor dependencia económica de las mujeres hacia sus parejas y, por parte de los hombres, hacia sus padres.

En la dimensión *situación laboral-formación* no se han encontrado diferencias estadís-

ticamente significativas, pero hay que señalar que las mujeres trabajan en menor medida y están menos cualificadas. Si añadimos a esta falta de calificación con el rol de cuidadoras, vemos que, tal como se refleja en la bibliografía consultada (Castaños *et al.*, 2007), estos factores dificultan su reinserción o reincorporación laboral, lo que refuerza la dependencia económica de la su pareja. Las autoras anteriormente citadas hacen patente la importancia de favorecer el desarrollo de las mujeres en este ámbito, por el aspecto básico de supervivencia y como herramienta para fomentar la autoestima, la independencia y su empoderamiento. En este sentido, veo especialmente indicada la utilización de servicios de inserción especializados en mujeres en situaciones de dificultad y que tienen perspectiva de género.

En relación a los hombres y a su in/reincorporación laboral, según mi experiencia, los hombres que han pasado largas temporadas en prisión son un colectivo de especial dificultad tanto por la falta de experiencia laboral normalizada como por la prevalencia de los trastornos antisociales de personalidad. Un 12% de los hombres atendidos han estado más de 10 años internos en centros penitenciarios. En este sentido, los centros de reinserción laboral específica suelen ser útiles porque posibilitan hablar abiertamente de las “lagunas” curriculares y cómo manejarlas.

Los hombres también disfrutan en un mayor número de pensiones contributivas, lo que podemos interpretar que se produce por haber trabajado más de manera regularizada que las mujeres.

Como muestran los resultados a nivel de la dimensión *estado de salud*, existen diferen-

cias significativas entre los dos géneros. En primer lugar, destaca la mayor prevalencia de *enfermedades infecciosas* entre los hombres, especialmente los afectados por el virus de hepatitis C (VHC). Por otra parte, hay que señalar la prevalencia claramente significativa de las mujeres que padecen un *trastorno mental* diagnosticado, una prevalencia también coincidente con los estudios consultados (Barreda *et al.*, 2005; Castaños *et al.*, 2007). El análisis detallado de las diferentes patologías mentales por género muestra que en los hombres se da un mayor número de trastornos antisociales de personalidad, y en las mujeres predominan los trastornos límites de personalidad y los trastornos depresivos.

En el caso de la dimensión *malos tratos y abusos sexuales*, podemos afirmar que existe una diferencia de género muy significativa en los *antecedentes de maltrato y abusos sexuales* en las mujeres coincidente con la totalidad de la bibliografía consultada. Concretamente, la Subdirección General de Drogodependencias (www.drogues.gencat.cat) cifra entre un 40 y un 70% las mujeres con antecedentes de maltrato y/o abuso sexual. Arostegui *et al.* (2004); y Barreda *et al.* (2005) ponen de manifiesto la correlación entre antecedentes familiares de consumo, maltratos y abusos sexuales. Las autoras citadas van más allá en sus afirmaciones, y relacionan estos factores con la elección de parejas consumidoras debido a un patrón de repetición de las pautas de relación familiar (sustancias y violencia) y en cuestiones relacionadas con el género como una baja autoestima, codependencia emocional o la “misión de salvadoras”, que afectarían más a las mujeres.

La bibliografía consultada señala que el abordaje terapéutico de las situaciones de malos tratos y/o abusos sexuales tanto pa-

sadas como presentes es imprescindible para avanzar en el proceso terapéutico, y que este abordaje debe hacerse desde una perspectiva de género.

Señalar la notable cantidad de “no sabe” registrados en los hombres en la variable sobre antecedentes de maltrato y abuso sexual. Según mi experiencia, se puede explicar, por un lado, por una mayor sensibilización y formación de los profesionales para detectar una problemática que, por cuestiones de género, se percibe como más mayoritaria entre las mujeres. Por otra parte, las características diferenciales entre mujeres y hombres, como la capacidad de pedir ayuda, de expresar sentimientos y a la diferente tipología de los trastornos mentales concomitantes también tienen que ver.

En referencia a la *droga motivo de consulta*, vemos que también hay diferencias por géneros, el alcohol es la droga mayoritariamente consumida por las mujeres, lo cual es coincidente con la bibliografía consultada (Castaños *et al.*, 2007; EDADES 2009, SID 2009), que señala a las mujeres como mayores usuarias de drogas legales que los hombres.

No hay diferencias significativas entre la procedencia de los pacientes, y se observa que ambos géneros proceden mayoritariamente de la red sanitaria (primaria, hospitalaria y psiquiátrica).

Donde podemos afirmar que se producen diferencias por géneros claramente significativas es en la variable *inicio de consumo*, donde destaca la prevalencia de mujeres que inician el consumo con su pareja. Este aspecto también ha sido recogido por Arostegui *et al.* (2004).

También es significativa la variable *apoyo en el tratamiento*, donde destaca la prevalen-

cia de mujeres que no tienen. Dentro de la variable de personas que *sí tienen apoyo en el tratamiento*, destaca el menor apoyo que las mujeres reciben por parte de su familia de origen, tal como señala la totalidad de la bibliografía citada y los estudios consultados; (Castaños *et al.*, 2007; Arostegui *et al.*, 2004; Barreda *et al.*, 2005). Como causa de esta falta de apoyo de la familia de origen, las mismas autoras apuntan a una mayor censura y falta de aceptación por parte de la familia, lo que no se produce en el caso de los hombres, que vivían en una mayor proporción que las mujeres con los padres. Este aspecto también lo señalan Stanton *et al.* (1994). Sin embargo, en las familias donde ha habido maltrato y/o abuso sexual, la mujer puede haber roto los lazos familiares huyendo de la familia.

Objetivo específico número 2

Una vez analizadas las variables y teniendo en cuenta también la revisión bibliográfica, así como mi experiencia profesional, las propuestas de mejora son las siguientes:

- Hacer un registro más sistemático de la posibilidad de antecedentes de maltrato y/o abusos sexuales en los hombres.
- Explorar, detectar y registrar más cuidadosamente la existencia de parejas consumidoras en dos géneros, desde el comienzo del tratamiento.
- Explorar, detectar y registrar más cuidadosamente la posibilidad de violencia entre la pareja y/o familiar con los dos géneros. Tanto en la vertiente de víctimas como de victimarios.
- Incrementar el conocimiento sobre los recursos del tratamiento a las víctimas de maltrato y abuso sexual, sobre todo para aquellos casos en los que no sea posible o aconsejable abordarlo desde el servicio.
- Incrementar el conocimiento de los recursos de tratamiento a maltratadores/as para aquellos casos en los que no sea posible o aconsejable hacerlo desde el servicio.
- Incrementar la derivación y el trabajo conjunto con el centro de atención e información a la mujer municipal. En el caso de este estudio, el CAID de Hospitalet de Llobregat.
- Incrementar el conocimiento y contacto de los recursos de carácter formativo y laboral para colectivos de especial dificultad, como los hombres con largos antecedentes penitenciarios o personas con poca trayectoria laboral normalizada.
- Incrementar el conocimiento de recursos formativos y laborales para personas con disminuciones y/o patología dual.
- Favorecer la inclusión de las mujeres que lo requieran en recursos formativos y laborales que tengan en cuenta la perspectiva de género.
- Establecer estrategias para conseguir una mayor implicación familiar, sobre todo en el caso de las mujeres, de acuerdo con el usuario/a, y en aquellos casos en que sea terapéuticamente aconsejable.
- Favorecer la derivación de las mujeres a los recursos residenciales de media/larga estancia (comunidades terapéuticas, pisos terapéuticos...) que tengan incorporada la perspectiva de género en el tratamiento.

- Favorecer la utilización de recursos de acogida temporal no ligados a la protección a la infancia para los hijos de los pacientes que necesiten ingresos de corta y media estancia y no tengan posibilidades de dejarlos con ningún cuidador.
- Utilizar recursos de acogida para mujeres maltratadas drogodependientes.
- Continuar con el estudio, investigación e investigación de las cuestiones relacionadas con el género y las personas en tratamiento en el servicio; tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.
- Hacer llegar los resultados y las conclusiones al resto de profesionales del equipo psiquiatras, médicos, psicólogos, enfermeros, con la intención de aportar elementos de reflexión y comprensión de la perspectiva de género en el tratamiento de las personas drogodependientes.

Bibliografía

- AROSTEGUI, E. y URBANO, A. *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2004. ISBN 978-8474859522
- BARREDA, M. A.; DÍAZ, M.; DE ENA, S. y LÓPEZ JIMÉNEZ, M. C. *Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid, 2005.
- <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/doctecnicos/MujeryAdiccion.pdf>
- CASTAÑOS, M.; MENESES, C.; PALOP, M.; RODRIGUEZ, M. y TUBERT, S. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.
- <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/227.pdf>
- Departament de Salut. (2009). *Resultats per a Catalunya de l'enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues a Espanya (EDADES)*. Generalitat de Catalunya, 2011.
- http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/informe_edades_2011.pdf
- STANTON, M. D.; TODD, T. y col. *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1994. ISBN 978-8474322897
- Subdirecció General de Drogodependències. *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2009. ISSN 1697-1906
- Subdirecció General de Drogodependències (www.drogues.gencat.cat) *Programa Drogues i Violència*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2013.
- http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/col_lectius_amb_necessitats_especificues/drogues_i_violencia/
- VIDAL, J.; MEDIAVILLA, B. y MAYOL, C. "Trabajo Social en un dispensario antialcohólico", en *RTS*, 49-50 (1973). Pág. 81-86. ISSN 0212-7210

APÉNDICES

Tabla 1. Demografía y entorno

estado civil		Mujeres		Hombres		0,011^b
	casadas	5	15,6%	31	42,5%	
	solteras	5	15,6%	13	17,8%	
	separadas/divorciadas	21	65,6%	29	39,7%	
	viudas	1	3,1%	0	0,0%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
hijos		Mujeres		Hombres		0,058 ^c
	no	9	28,1%	35	47,9%	
	si	23	71,9%	38	52,1%	
	N	32	100%	73	100%	
núcleo de convivencia		Mujeres		Hombres		0,004^b
	sola	7	21,9%	17	23,3%	
	pareja	9	28,1%	9	12,3%	
	pareja e hijos	2	6,3%	10	13,7%	
	padres	7	21,9%	35	47,9%	
	amigos	2	6,3%	1	1,4%	
	solo con hijos	4	12,5%	1	1,4%	
	otros	1	3,1%	0	0,0%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
cuidador		Mujeres		Hombres		0,003^d
	no	22	68,8%	67	91,8%	
	si	10	31,3%	6	8,2%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
Pareja consumidora		Mujeres		Hombres		<0,001^c
	no	19	59,4%	67	91,8%	
	si	13	40,6%	6	8,2%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	
antecedentes familiares		Mujeres		Hombres		0,013^c
consumo	no	10	31,3%	42	57,5%	
	si	22	68,8%	31	42,5%	
	N	32	100,0%	73	100,0%	

^bSignificación exacta según método de Monte Carlo, ^cXi-cuadrado de Pearson, ^dEstadístico exacto de Fisher

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 2. Situación socioeconómica

nivel socioeconómico	Mujeres		Hombres		0,013^c
Medio (1.100 -1.500 E/m)	1	3,1%	17	23,3%	
Bajo (600 - 1000 E/m)	18	56,3%	41	56,2%	
Muy bajo (0 - 500 E/m)	13	40,6%	15	20,5%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
ingresos propios	Mujeres		Hombres		0,295^c
no	7	21,9%	8	11,0%	
sí	25	78,1%	65	89,0%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
tipos ingresos propios	Mujeres		Hombres		0,156^b
Trabajo (trabajador/a en activo)	3	12,0%	14	21,5%	
PC (pensión contributiva)	3	12,0%	18	27,7%	
PNC (pensió no contributiva)	6	24,0%	9	13,8%	
Paro (prestación o subsidio)	8	32,0%	14	21,5%	
PIRMI (renta mínima de inserción)	5	20,0%	5	7,7%	
IT (incapacidad temporal)	0	0,0%	4	6,2%	
Rentas	0	0,0%	1	1,5%	
N	25	100,0%	65	100,0%	
ingresos no propios	Mujeres		Hombres		0,002^b
pareja	6	85,7%	0	0,0%	
familia	1	14,3%	6	75,0%	
ns	0	0,0%	2	25,0%	
N	7	100,0%	8	100,0%	

^bSignificación exacta según método de Monte Carlo, ^cXi-cuadrado de Pearson

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 3. Situación laboral - formación

trabajo		Mujeres		Hombres		0,095^c
no		29	90,6%	55	75,3%	
si		3	9,4%	18	24,7%	
N		32	100,0%	73	100,0%	
trabajo no		Mujeres		Hombres		0,242^c
parado		19	65,5%	27	49,1%	
pensionista		10	34,5%	28	50,9%	
N		29	100,0%	55	100,0%	
exp. laboral previa		Mujeres		Hombres		0,072^c
no		6	18,8%	6	8,2%	
si		26	81,3%	67	91,8%	
N		32	100,0%	73	100,0%	
calificación profesional		Mujeres		Hombres		0,111^c
no		26	81,3%	48	65,8%	
si		6	18,8%	25	34,2%	
N		32	100,0%	73	100,0%	
nivel de estudios		Mujeres		Hombres		0,579^b
analfabeto/estudios primarios incompletos		4	12,5%	8	11,0%	
est. prim. certificado		7	21,9%	18	24,7%	
bach. element. Graduado		11	34,4%	31	42,5%	
bach. superior-bup-cou		4	12,5%	2	2,7%	
formación profesional/universitario		6	18,8%	14	19,2%	
N		32	100,0%	73	100,0%	
^b Significación exacta según método de Monte Carlo, ^c Xi-cuadrado de Pearson						

Fuente: elaboración propia. En letra negrita sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 4a. Estado de salud

enfermedad crónica infecciosa		Mujeres		Hombres		0,054 ^c
no	28	87,5%	51	69,9%		
si	4	12,5%	22	30,1%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
HIV		Mujeres		Hombres		0,209 ^c
no	29	90,6%	59	80,8%		
si	3	9,4%	14	19,2%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
VHC		Mujeres		Hombres		0,054 ^c
no	29	90,6%	54	74,0%		
si	3	9,4%	19	26,0%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
VHB		Mujeres		Hombres		0,166 ^d
no	31	96,9%	63	86,3%		
si	1	3,1%	10	13,7%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
Trastorno mental		Mujeres		Hombres		0,026^c
no	10	31,3%	40	54,8%		
si	22	68,8%	33	45,2%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
^c Xi-cuadrado de Pearson, ^d Estadístico exacto de Fisher						

Fuente: elaboración propia. En letra negrita sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 4b. Detalle trastornos mentales per sexo

MUJERES				HOMBRES			
Trastorno límite personalidad	7	25,9%	25,9%	Trastorno antisocial personalidad	13	39,4%	39,4%
Trastorno depresivo	6	22,2%	48,1%	Trastorno depresivo	4	12,1%	51,5%
Trastorno conducta alimentaria	4	14,8%	63,0%	Trastorno personalidad Clúster B	4	12,1%	63,6%
Trastorno ansioso - depresivo	3	11,1%	74,1%	Trastorno paranoide	3	9,1%	72,7%
Trastorno ansiedad	2	7,4%	81,5%	Trastorno psicótico	3	9,1%	81,8%
Trastorno antisocial personalidad	1	3,7%	85,2%	Trastorno ansiedad	2	6,1%	87,9%
Trastorno adaptativo mixta	1	3,7%	88,9%	Trastorno obsesivo compulsivo	1	3,0%	90,9%
Trastorno conducta Clúster B	1	3,7%	92,6%	Trastorno bipolar	1	3,0%	93,9%
Trastorno bipolar	1	3,7%	96,3%	Trastorno control impulsos	1	3,0%	97,0%
Trastorno inespecífico personalidad	1	3,7%	100,0%	Esquizofrenia paranoide	1	3,0%	100,0%
TOTAL	27			TOTAL	33		

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5. Malos tratos – abusos sexuales

malos tratos pasado		Mujeres		Hombres		<0,001^c
no	8	25,0%	32	43,8%		
si	18	56,3%	13	17,8%		
ns	6	18,8%	28	38,4%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
malos tratos presente		Mujeres		Hombres		0,218^c
no	28	87,5%	60	82,2%		
si	1	3,1%	0	0,0%		
ns	3	9,4%	13	17,8%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
abusos pasado		Mujeres		Hombres		<0,001^c
no	15	46,9%	41	56,2%		
si	10	31,3%	0	0,0%		
ns	7	21,9%	32	43,8%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
abusos presente		Mujeres		Hombres		0,497^c
no	28	87,5%	60	82,2%		
si	0	0,0%	0	0,0%		
ns	4	12,5%	13	17,8%		
N	32	100,0%	73	100,0%		
°Xi-cuadrado de Pearson						

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 6. Drogas motivo de consulta

droga motivo consulta	Mujeres		Hombres		0,001^c
Heroína	7	21,9%	24	32,9%	
Cocaína	3	9,4%	25	34,2%	
Alcohol	22	68,8%	22	30,1%	
Canabis	0	0,0%	1	1,4%	
Psicofármacos	0	0,0%	0	0,0%	
Éxtasis	0	0,0%	1	1,4%	
N	32	100,0%	73	100,0%	

^cXi-cuadrado de Pearson, ^aEstadístico exacto de Fisher

Fuente: elaboración propia. En letra negrita sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.

Tabla 7. Derivación por tratamiento y circunstancias relacionadas con el inicio del consumo y apoyo

derivación	Mujeres		Hombres		0,391 ^b
iniciativa propia	11	34,4%	19	26,0%	
servicios penitenciarios	2	6,3%	4	5,5%	
medidas penales alternativas	0	0,0%	5	6,8%	
servicios atención infancia	1	3,1%	0	0,0%	
servicios sociales primaria	1	3,1%	10	13,7%	
servicios sanitarios primaria y hospitalaria	7	21,9%	14	19,2%	
red psiquiátrica	7	21,9%	14	19,2%	
familiares y amigos	3	9,4%	7	9,6%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
inicio consumo	Mujeres		Homes		<0,001 ^b
solo	3	9,4%	3	4,1%	
pareja	16	50,0%	3	4,1%	
amigos	9	28,1%	57	78,1%	
familiares	4	12,5%	5	6,8%	
otros	0	0,0%	0	0,0%	
NS	0	0,0%	5	6,8%	
N	32	100,0%	73	100,0%	
apoyo en el tratamiento	Mujeres		Homes		0,035 ^c
no	17	53,1%	23	31,5%	
si	15	46,9%	50	68,5%	
N	32	100,0%	73	0,0%	
tipo apoyo en el tratamiento	Mujeres		Homes		0,030 ^b
padres	4	12,5%	23	31,5%	
pareja	8	25,0%	17	23,3%	
hijos	2	6,3%	1	1,4%	
hermanos	0	0,0%	8	11,0%	
amigos	1	3,1%	0	0,0%	
otros fam.	0	0,0%	1	1,4%	
N	15	100,0%	50	100,0%	

^bSignificación exacta según método de Monte Carlo, ^cXi-cuadrado de Pearson

Fuente: elaboración propia. En letra negra sobre verde intenso se indican las variables estadísticamente significativas.