



**CARACTERÍSTICAS  
SOCIOAMBIENTALES Y  
FAMILIARES DE LAS MUJERES  
DROGODEPENDIENTES  
INCLUIDAS EN EL PROGRAMA  
DE MANTENIMIENTO CON  
METADONA EN LA UAD DE  
OFRA.**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL**

**Universidad de La Laguna**

**2014-2015**

**ALUMNA: AHINOAM ARBELO BRITO  
TUTORA: BERTA PUYOL LERGA**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	6
2.1 LAS DROGAS.....	6
2.2 LOS OPIÁCEOS.....	6
2.3 DEPENDENCIA A LOS OPIÁCEOS.....	8
2.4 TRATAMIENTO DE LOS OPIÁCEOS.....	10
2.5 TRATAMIENTO DE LOS OPIÁCEOS DESDE EL TRABAJO SOCIAL .....	11
2.6 LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM).....	14
2.7 LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES Y GÉNERO.....	19
2.8 LA MUJER DROGODEPENDIENTE.....	16
2.9 TRATAMIENTO DE LA MUJER DROGODEPENDIENTE.....	21
2.10 MUJERES CONSUMIDORAS: FAMILIAS Y RELACIONES.....	24
3. OBJETIVOS.....	26
4. MÉTODOS.....	26
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	28
6. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN.....	50
7. CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS: INSTRUMENTO UTILIZADO EN LA INVESTIGACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIAMBIENTALES Y FAMILIARES DE LAS MUJERES INCLUIDAS EN PMM.....	64

## INTRODUCCIÓN

En este documento se presenta un estudio sobre la realidad socioambiental y familiar de las mujeres que están incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) en la Unidad de Atención a las Drogodependencias de Ofra (UAD), situada en Santa Cruz de Tenerife.

La Unidad de Atención a las drogodependencias de Ofra es un centro que forma parte de la Asociación San Miguel adicciones. Es una organización no gubernamental y sin ánimo de lucro, de carácter privado y subvencionada en su totalidad por el Gobierno de Canarias, a través de la Consejería de Sanidad y Consumo. Su principal objetivo en materia de drogodependencias es el desarrollar una actividad que no sea meramente asistencial, investigando alternativas que completen el proceso terapéutico de los usuarios/as y culminen en la incorporación social de cada persona.

Su ámbito de acción tiene lugar en la Provincia de Santa Cruz de Tenerife y su atención se dirige fundamentalmente al abordaje integral de las conductas adictivas. Aunque como indicaba anteriormente, es una organización de carácter privado, sus servicios no están sectorizados, sino que atiende a toda aquella persona que acuda al centro solicitando atención para afrontar el problema de las adicciones. La labor que realizan los diferentes recursos con los que cuenta la organización se centra en la prevención, asistencia, incorporación social de las drogodependencias, desarrollando su intervención dentro de las acciones propuestas por el Plan Nacional y Canario de Atención a las Drogodependencias.

Uno de los recursos con los que esta asociación cuenta es el del Programa de Sustitutivos Opiáceos (PSO); son recursos de atención ambulatoria consistentes en la dispensación de un fármaco (Metadona) como sustitución al consumo de opiáceos, siempre bajo control farmacéutico, bajo prescripción médica, y con el correspondiente seguimiento asistencial del usuario en las UAD. Esta alternativa terapéutica está orientada a favorecer la calidad de vida del usuario, a reducir la incidencia de enfermedades o daños derivados del consumo de sustancias opiáceas, a disminuir el consumo ilegal de opiáceos, así como a aumentar el nivel de adaptación e integración social, familiar y laboral.

La investigación se centra en una realidad social, siendo la misma actual y compleja. El análisis se realiza a partir de la información que aportan las usuarias del programa y los resultados podrán servir para tomar decisiones y proponer posibles mejoras en aquellas

acciones e intervenciones que se hagan en el centro con las mujeres incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona.

El documento presenta ocho apartados; en primer lugar, en la justificación se exponen los motivos o razones que hacen necesaria e importante la investigación. En el marco teórico se realiza un análisis general del fenómeno de las drogas, haciendo especial hincapié en los opiáceos, en su dependencia y en el tratamiento (PMM) desde el ámbito del Trabajo Social. Además, se hace relevancia a la mujer drogodependiente, sus características personales y familiares, así como a su tratamiento específico.

Por tanto, se sitúa el problema dentro de un conjunto de conocimientos, los cuales van a ofrecer una conceptualización adecuada de los términos que se utilizan a lo largo de toda la investigación.

También está presente el método, en donde se concreta el objetivo general, y los objetivos específicos; así como las hipótesis, las variables y las diferentes técnicas utilizadas en la investigación.

Para finalizar, se realiza el análisis de los datos para construir los resultados, reflexionar sobre los mismos y establecer conclusiones que conducen a posibles propuestas de intervención ajustadas a la realidad actual de las participantes, considerando a las mismas como los sujetos beneficiarios de la investigación.

## **1. JUSTIFICACIÓN**

El presente estudio nace ante la necesidad de seguir investigando sobre el fenómeno de las drogodependencias y sobre los problemas que viene generando desde hace décadas en el ámbito personal, social, familiar y laboral de las personas que la padecen. También, el interés viene determinado por la escasa información acerca de las características sociomambientales del conjunto de las mujeres en Programas de Mantenimiento con Metadona. Por ello, es necesario e interesante recopilar toda información existente, y ampliarla con la con la información obtenida en el estudio, para así, conocer todos aquellos aspectos que interfieren y existen en la vida diaria de las mujeres incluidas en este tipo de programas.

Para Llorens (1997: 76) el concepto de droga es definido como “toda aquella sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o varias de sus funciones”. La dependencia a las mismas, puede definirse como “el estado psíquico o también físico, producido por en el organismo por la introducción continuada de la droga, caracterizada por la pulsión de consumo de la misma de forma periódica” (Llorens, 1997: 76).

La proporción de mujeres drogodependientes ha sido hasta la actualidad significativamente menor que la de hombres. Tal vez desde este dato podamos entender, que no justificar, el por qué se ha dedicado tan poca atención al estudio sobre la especificidad de las adicciones en las mujeres. La falta de estudios desarrollados sobre las mujeres y el consumo de sustancias, ha conducido a que los que trabajan en este campo, den por hecho que la toxicomanía era básicamente un problema de hombres y a que se desatiendan las necesidades de las mujeres tanto en el campo del tratamiento como en el de la investigación (Palop Botella, 2000).

Según Meneses y Charro (2000), está demostrado que los PMM son eficaces para tratar las adicciones y para reducir los riesgos relacionados con el VIH y otras patologías. No obstante, se siguen teniendo prejuicios y estigmas acerca de este tratamiento, sin saber a ciencia cierta lo favorable (generalmente) que llega a ser para normalizar la vida del dependiente a la heroína.

“El fenómeno de la adicción a las drogas del tipo de los opiáceo, se debe asumir como una de las situaciones más preocupante en materia de salud pública que ha vivido la Comunidad Canaria en los últimos treinta años” (Guigou, 2003: 225). Ello no se debe asumir así únicamente por sus consecuencias directas sobre la salud, sino que también se debe analizar desde la perspectiva de su influencia en la expansión de determinadas enfermedades infecciosas y en el ámbito tan destacado como es la familia.

Según la investigación en drogodependencias de la Universidad de Deusto (2007), la mayoría de los tratamiento terapéuticos generados para resolver la dependencia de las drogas se idearon inicialmente con un carácter generalista, teniendo como objetivo cubrir las necesidades del colectivo que demandaba más atención entre la población toxicómana. Posteriormente, el fracaso recurrente de algunos colectivos concretos en estos sistemas de tratamiento, obligó a crear nuevas alternativas al tratamiento tradicional e incorporar especificidades concretas para colectivos concretos. En ésta línea, el consumo de drogas ha venido asociado a una mayor presencia de hombres respecto a mujeres. Siempre se ha

tenido la idea generalizada de que la adicción es una cuestión más bien masculina sin mayores profundidades y sin comprender que, quizás las mujeres drogodependientes convivían con su problema de forma mucho más oculta y alejada de los sistemas de vigilancia sanitaria. Ello ha fomentado que la mayoría de los tratamientos hayan sido ideados y proyectados para el conjunto de varones, lo que hace que la realidad femenina haya quedado oculta bajo el patrón mayoritario masculino.

Cabe destacar que han aflorado ciertas condiciones específicas de las mujeres, como la historia de abusos sexuales, violencia de género, cargas familiares, y en especial, el sentimiento de culpabilidad y la baja autoestima. “Los y las terapeutas se hicieron sensibles a estas cuestiones reivindicando alternativas específicas para mujeres, ya que el efecto de la dependencia era diferente al conjunto de varones” (Hedrich, 2000 s.r.f la Investigación en drogodependencias de la Universidad de Deusto, 2007 p. 24).

Por otro lado, y siendo clave en la descripción del estudio, “el tratamiento de mantenimiento con Metadona es quizá la terapia de sustitución que más se utiliza para los dependientes de opiáceos. Se obtienen mejores resultados y se registra una permanencia más prolongada en el tratamiento, en particular cuando se administran dosis suficientes y se ofrece orientación a los pacientes” (Arza, 2002: 107). El mismo autor expone que la metadona es más eficaz para lograr la permanencia de los pacientes en el tratamiento y reducir el consumo de heroína que los enfoques no farmacológicos

También, se debe recalcar para entender el interés del estudio, que es un hecho ampliamente aceptado el hecho de que el abuso de drogas y las conductas adictivas tienen consecuencias negativas en diferentes áreas de la vida familiar. Muchos miembros de la familia pueden mostrar perturbaciones psicológicas, psicosomáticas, afectivas, económicas, etc., y ello puede influir sobre las conductas adictivas y su tratamiento (Calvo, 2007).

Los resultados que arrojan la investigación son de gran utilidad, ya que se concretan de forma específica las características socio-familiares que presentan las mujeres que están en PMM en la UAD de Ofra. Entre otras cosas, será de gran utilidad para los/as profesionales del Trabajo Social en dicho centro, ya que se conocerá cuál es el escenario actual de las pacientes incluidas en PMM. Además, el estudio deja abierta la posibilidad de establecer nuevas líneas de actuación según los resultados obtenidos, e introducir nuevas estrategias para mejorar la situación de las mujeres en cuestión.

## **2. ANTECEDENTES TEÓRICOS.**

### **2.1 LAS DROGAS.**

Según Rubio (2004) las drogas son capaces de ocasionar cambios en el estado mental y emocional de una persona, o provocar incluso alteraciones en su conducta. Introducen a la persona a buscar repetidamente su consumo, en general, con una frecuencia e intensidad progresivamente mayor, haciendo referencia a la tolerancia.

Para Martín y Peraza (2007a) en las últimas décadas se ha producido un considerable avance en el conocimiento de los mecanismos por los cuales actúan las drogas en el organismo y tienen capacidad para inducir dependencia. Todas las drogas con capacidad adictiva actúan en una determinada zona del cerebro denominada centro de sistema cerebral de recompensa. Cada sustancia lo hace a través de diferentes mecanismos y por ello produce efectos distintos en otras zonas del cerebro. El uso continuado hace que el organismo ponga en marcha una serie de mecanismos adaptativos, de forma que surge el fenómeno de la tolerancia, los efectos de la sustancia se van atenuando tras repetidos consumos. Por todo ello, con el tiempo aparecen una serie de molestias físicas y psicológicas cuando ha transcurrido un lapso desde la última dosis, la abstinencia.

Desde un punto de vista funcional, el sujeto, con su conducta de consumo interacciona en determinados contextos (familia, laboral y social) con la propia sustancia, pero lo crucial no está sólo en el sujeto o la persona, ni en la droga, ni en los contextos donde la conducta se pone en marcha, sino que lo trascendental para poder diferenciar lo normal de lo anormal está en la interacción entre la conducta del sujeto y la droga. Cuando el resultado de esta interacción es que se produce una desadaptación en el nivel de funcionamiento de propio sujeto, es cuando se puede hablar de que el consumo de la droga ha pasado del uso o abuso a dependencia (López, 2006).

### **2.2 LOS OPIÁCEOS.**

Según Rubio (2004), los opiáceos constituyen un grupo de fármacos con una gran tradición en la farmacopea occidental. El opio es un jugo lechoso que se obtiene de los frutos de la adormidera. El opio ha sido el mejor representante de dicho grupo al que se han unido otros como la morfina, la heroína, la codeína y otros muchos de gran eficacia en el tratamiento del dolor. Los mismos pueden dividirse en dos grandes bloques; lo opiáceos

semi-sintéticos y los sintéticos. Los primeros derivan de la morfina, una vez realizados determinados cambios en su molécula. La heroína, una vez introducida en el organismo, sufre una serie de alteraciones en su estructura que hacen que tengan acciones depresoras y euforizantes sobre el cerebro. Fue sintetizada por el laboratorio Bayer en el Siglo XIX, y ha sido utilizada con finalidad médica para tratar dolores.

Por otro lado, Arza (2002), expresa que los opiáceos sintéticos son los obtenidos exclusivamente por síntesis química y tienen menos capacidad adictiva que la morfina. El mismo los clasifica en cuatro grupos: meperidina, metadona, morfina y benzomorfinano. Los patrones de uso incluyen: fumar, esnifar y la administración endovenosa o subcutánea.

También, Soriano (2001) clasifica los opiáceos en tradicionales (derivados naturales y derivados sintéticos) y en nuevos opiáceos (clorhidrato de pentazocina, naltrexona, naloxona, etc.).

Según Martín y Peraza (2007a), la heroína, una vez en el cerebro, se convierte en morfina, y produce la acción opioide esperada. El pico máximo de la heroína endovenosa se produce entre los 2 y los 15 minutos. La metadona por vía oral no es metabolizada por el hígado tan rápidamente y tiene una vida media de 24 y 36 horas, por lo que el nivel en el propio cuerpo aumenta cuando se da diariamente. Cuando cesa su administración, se inactiva y depone lentamente. Todos los opiáceos se excretan por la orina; la morfina, la heroína y la codeína pueden ser detectados en la orina solo durante 2 o 3 días, la metadona puede ser detectada por más tiempo.

“Los efectos varían mucho dependiendo de las circunstancias de quienes los consume. La primera administración produce disforia, náuseas, y una sensación subjetiva de obnubilación mental sin alteraciones del rendimiento psicomotor. El drogodependiente siente un estado placentero de euforia y somnolencia, permaneciendo intacto el sensorio y no alterándose” (Guigou, 2003 s.r.f Martín y Peraza, 2007b: 232).

Según Llorens (1997) los opiáceos producen, entre otras cosas, depresión del Sistema Nervioso Central, analgesia potente con disminución del umbral de la percepción dolorosa, tetrago, estupor, somnolencia, coma, náuseas y vómitos, depresión del centro respiratorio que puede llegar a provocar la muerte por parada respiratoria, disminución de la diuresis, incluso alteraciones hormonales: amenorrea en las mujeres, e impotencia en los hombres.

En cuanto a los efectos que produce el consumo a corto plazo, se puede recalcar la intoxicación o sobredosis, produciéndose tras la administración de una dosis que excede la tolerancia. “Es mucho más común en la administración endovenosa, pero puede ocurrir con todas las formas de administración. La tríada típica consiste en la disminución del nivel de conciencia, depresión respiratoria y miosis, acompañado además de palidez, hipotermia, hipotensión y bradicardia” (Guigou, 2003 s.r.f Martín y Peraza, 2007b: 232).

### **2.3 DEPENDENCIA A LOS OPIÁCEOS.**

Según el DMS V (2014:286) entendemos por dependencia a opiáceos “un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.”

Según Rubio (2004) al principio, el adicto, busca los efectos euforizantes de la heroína, pero pronto se hace tolerante a dichas acciones, es decir, que incrementa la dosis o no nota la euforia deseada. Cuando llevan varios meses tomando heroína a diario, el drogodependiente utiliza la droga para “no estar mal” “para no tener el mono” y ocasionalmente consigue la euforia del principio. La mayor parte de los adictos a los opiáceos que acuden a tratamiento lo hacen cuando se presenta algún problema: familiar, legal, económico o físico. En nuestro país, suelen estar consumiendo una media de tres años antes de solicitar tratamiento.

Durante los primeros años de tratamiento el curso más habitual es el de intercalar frecuentes episodios de consumo y abstinencia. Aproximadamente, el 75% suele tener alguna recaída en los tres primeros meses de tratamiento. Lo importante de las recaídas no es su aparición, sino que el individuo no sepa reaccionar y permanezca consumiendo durante un largo periodo de tiempo; habitualmente, tras varios tratamientos exitosos las recaídas suelen espaciarse en el tiempo y acortarse en su duración (Rubio, 2004).

También otros autores como González y Poyo (2006), afirman que el consumo de opiáceos repercute en múltiples funciones del organismo y que su consumo produce “flash”, que es la sensación de placer intenso, de escasos segundos.

Para Guigou (2007) el periodo de abstinencia es quizás la patología más destacable y llamativa del consumo crónico, y consiste en un conjunto de signos y síntomas que aparecen tras la supresión o tras la administración de un antagonista. Constituye una serie de manifestaciones rebote o contraria a los efectos de los opiáceos.

Cuadro nº 1: Manifestaciones en periodo de abstinencia (opiáceos).

Ansiedad	Sudoración	Embotamiento mental
Agresividad	Escalofríos	Agitación psicomotriz
Midriasis	Bostezos	Dolores articulares
Lagrimeo	Temblores	Dolores abdominales
Rinorrea	Pilo erección	Espasmos

Fuente: Elaboración propia, según Guigou (2007)

“Todos estos síntomas aparecen cuando se suprime bruscamente la administración prolongada de un opiáceo, variando de intensidad según el tipo de opiáceo, la dosis consumida, la duración de la dependencia, el estado físico, la personalidad del paciente, el

significado psicológico que para él tenga el síntoma, la ansiedad anticipatoria y el grado de tolerancia al estrés.” (Guigou, 2003 s.r.f Martín y Peraza, 2007b: 232).

Por otro lado, y según Cabrera y Torrecilla (1998), la sintomatología inicial de los opiáceos se caracteriza por un carácter desagradable, apareciendo náuseas y vómitos como rasgos principales. También un síndrome psíquico caracterizado por una cierta euforia o sensación de tranquilidad, supresión del hambre y las preocupaciones, apatía dificultad de la concentración, cierto hedonismo, incluso sensación de indiferencia.

## **2.4 TRATAMIENTO DE LOS OPIÁCEOS.**

Según Arza (2004) el proceso de deshabitación sigue a la desintoxicación, y durante este periodo, la persona deberá hacer los cambios necesarios para mejorar su calidad de vida y normalizar sus hábitos. De forma general, el proceso de desintoxicación es llevado a cabo por el profesional médico dentro de los centros ambulatorios, y el proceso de deshabitación por profesionales como psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

Los/as profesionales que trabajan en esta área, deberán hacer una adecuada evaluación, teniendo en cuenta las expectativas de la persona, las ayudas familiares con las que cuenta, los intentos y fracasos previos, así como las complicaciones médicas y psiquiátricas, entre otras cosas (Soriano, 2001).

En muchos pacientes la opción más aconsejable es el programa denominado ‘libre de drogas’, en el cual se aprende a vivir sin sustancia, y los/as usuarios/as reciben ayuda psicológica y médica para cambiar sus anteriores hábitos de vida por unos más saludables entre los que el consumo está excluido. En otros pacientes, el tipo de tratamiento más adecuado es el programa de mantenimiento con metadona. Con este tratamiento se le ofrece al sujeto la posibilidad de que se solucionen complicaciones (problemas legales, hepatitis, problemas familiares, etc.) ya que en su centro de le dará un sustitutivo de la sustancia de la que depende (Stanton y Tood, 1997).

Tal y como expresa Guigou (2007: 256) “si las condiciones sociales y de salud lo permiten, debe interesarse en principio en el tratamiento ambulatorio en su propio medio, en el que la familia juega un papel muy importante. Si las condiciones del paciente o su entorno no lo permiten, o cuando el fracaso terapéutico es un hecho, se puede proceder, bajo voluntariedad, al ingreso en una Unidad de desintoxicación hospitalaria”.

No obstante, existen otros recursos diferentes al tratamiento ambulatorio, como es el ingreso en Comunidades terapéuticas. Arza (2002) entiende a éstas últimas como centros de tipo residencial en los que los/as usuarios/as suelen estar entre 6 y 12 meses ingresados. O, por otro lado, los Centros de día, definidos por el mismo autor como centros que representan una tipología intermedia entre el centro ambulatorio y comunidad terapéutica, en donde los/as usuarios/as permanecen casi todo el día en él; es semi-residencial y cuentan con profesionales para actuar en la deshabitación.

Según Arza (2002), los objetivos del tratamiento plantearán en establecer una buena relación con el paciente al objeto de poder actuar sobre su conducta psicosocial, y favorecer el posterior seguimiento, en evitar el mayor número de molestias posible, y en restablecer las mejores condiciones de salud en interés del paciente y de la salud pública en general.

## **2.5 TRATAMIENTO DE LOS OPIÁCEOS DESDE EL TRABAJO SOCIAL.**

Soriano (2001) afirma que un programa de sustitutivos de opiáceos que se precie de explotar las potencialidades terapéuticas de cada paciente en cada momento, deberá incluir en su estructura técnica dispositivos de atención y apoyo psicosocial. Estos dispositivos comprenden, tanto la intervención profesional de Trabajadores/as Sociales, Educadores/as Sociales y Psicólogos/as, como aquellos recursos humanos y técnicos que se articulen a su alrededor. El sentido de las actuaciones del equipo, y el reparto de roles y funciones con que se enfoca el trabajo, depende muy directamente del umbral de objetivos propuestos a cada usuario y la fase del programa en la que se encuentre.

Por otra parte, la incorporación de la familia como sujeto y objeto de la atención puede abordarse durante todo el proceso adictivo, incluso antes de la propia demanda de tratamiento del usuario. De hecho, es frecuente que los recursos dispongan de servicios de información, orientación y asesoramiento a familiares (Soriano, 2001).

Según Carrón y Sánchez (1995) la recepción inicial del paciente es un momento clave en la posible intervención a desarrollar con el mismo, puesto que se trata de un primer contacto que permite abrir un posterior proceso de intervención bio-psico-social. Se debe crear un clima en donde los/as usuarios/as puedan expresar el problema, y así establecer una relación empática; también, se debe contar con un tiempo de entrevista suficiente y

mostrar una actitud abierta, de escucha y disponibilidad. Todo ello con el fin de percibir el nivel de motivación del paciente, la dimensión del problema y las actitudes del mismo y su familia.

Según Soriano (2001) las funciones de los/as Trabajadores/as Sociales en las Unidades de Atención a las drogodependencias se centrarán en las siguientes áreas:

- Área de consumo de drogas
- Área familiar
- Área educativa
- Área laboral
- Área relacional y de ocupación y tiempo libre
- Área jurídica legal.

Las actuaciones en el ámbito familiar constituyen uno de los espacios con mayor arraigo dentro de la práctica profesional del Trabajo Social y sus antecedentes. “La familia tiene idiosincrasia como sistema para la conducción, mantenimiento y resolución de las problemáticas de drogas” (Sánchez, 1995 s.r.f Soriano, 2001: 124). Esto le confiere un papel único, y en relación al cual los/as profesionales del Trabajo Social cuentan con un cuerpo teórico, metodológico e instrumental que les capacita para poner en marcha un método específico de la participación, analizando la realidad existente ejecutando acciones programadas.

Por otra parte, la atención a las necesidades formativas de los/as usuarios/as constituye una de las preocupaciones características de los tratamientos de objetivos altos o intermedios, debido especialmente a que muchos de los usuarios comienzan a interaccionar con las sustancias a edades muy tempranas. Con ellos, hacemos mención de conocer el nivel educativo y formativo (dificultades habidas, capacidades que presentan logros alcanzados, etc.). Motivar al individuo por la realidad educativa y cultural necesaria para comprender y participar de los acontecimientos de la comunidad donde habita (Soriano, 2001).

El mismo autor añade que el manejo del ocio es otro de los espacios básicos para trabajar, pues el empleo que haga de él un usuario, le ayuda a integrarse o a aislarse en el contexto social. Las personas en proceso de tratamiento suelen disponer de una cantidad importante de tiempo libre. Por ello, y por las relevantes consecuencias que se desprenden de cómo se utilice el mismo, muchos programas ponen especial énfasis en ofertar un abanico de

prestaciones psicosociales, elaborando una gama de propuestas lúdicas como parte del propio tratamiento.

Así pues, el principal objetivo de esta labor social, se centra en los/as usuarios/as que se encuentran al margen de los circuitos asistenciales, y se propone favorecer la accesibilidad y la incorporación progresiva de esta población a los servicios y prestaciones de las redes habituales de recursos socio-sanitarios. Se interviene reconduciendo los obstáculos que los/as propios usuarios/as interponen o presentan frente a la actividad de los recursos (Soriano, 2001).

Por otro lado, Gutiérrez (2007), expone que existen cuatro modelos teóricos de referencia para intervenir en drogodependencia, en función de la importancia concedida a la interacción de la sustancia, el consumidor y el contexto de consumo. Por un lado, se nombra el modelo ético-jurídico, el cual asigna un papel central a la sustancia objeto de consumo. La finalidad que persigue es conseguir que tales sustancias queden fuera del alcance de la gente. El modelo médico-sanitario: atribuye a las drogas el papel de agente principal que origina efectos nocivos para la salud, considerado ahora como un enfermo que necesita ser tratado.

El modelo psicosocial; maximiza la importancia de sujeto y su comportamiento en relación sustancia-individuo-contexto, tendiendo a establecer distinciones en cuanto a la cantidad, frecuencia y modalidades del uso de las drogas, las diversas funciones de éstas y los efectos de su consumo por individuos diferentes.

Por último, el mismo autor expone el modelo sociocultural. Centra la atención en las condiciones socioeconómicas y ambientales como factores que originan el consumo, estableciendo una adaptación de los contextos socioculturales al individuo y a sus necesidades, a través del cambio social. Por lo que se debe entender el fenómeno de las drogas como una relación entre tres factores fundamentales que son la sustancia, el individuo y el contexto.

Gutiérrez (2007), afirma que lo ideal consistiría en un enfoque multidisciplinar que integre elementos de los cuatro modelos mencionados. En el ámbito de las drogodependencias los/as profesionales del Trabajo Social junto con otros profesionales constituyen el núcleo básico capaz de desarrollar una estrategia preventiva en el ámbito comunitario. Se trata, en definitiva de que los/las profesionales del Trabajo Social conozcan primero los problemas

de las drogas y después, superados los estereotipos, diseñen desde el ámbito comunitario estrategias conjuntas capaces de informar, prevenir y actuar coordinadamente junto a otros profesionales y sectores.

## **2.6 LOS PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA (PMM).**

Estos programas están dirigidos en exclusiva a consumidores de opiáceos, heroína fundamentalmente. Consiste en administrar al sujeto un fármaco derivado del opio al igual que la heroína, pero de fabricación en laboratorio, la metadona (Meneses y Charro, 2000).

Antes de que Cruz Roja asumiera los Programas de tratamiento con Metadona, existieron dos experiencias de este tipo en Madrid: una en el hospital Clínico de Madrid en 1981 y otra, implantada en Plan Regional de Drogas en el 1986. Esta es implantada en agosto de ese mismo año con el objetivo de poner en marcha el primer programa de este tipo de carácter público y gratuito en la Comunidad de Madrid, con un equipo formado por dos psiquiatras, un psicólogo, un asistente social, una enfermera y personal administrativo. (Meneses y Charro, 2000).

“En 1990 se promulga el Real Decreto 75/1990 de 19 de enero (B.O.E de 11 de abril de 1990), con el que se pretendía regular de forma más precisa los tratamientos con opiáceos y eliminar cierta desorganización existente. Regulaba, por un lado, que los tratamientos debían realizarse exclusivamente en centros Públicos o privados sin ánimo de lucro” (Meneses y Charro, 2000: 22).

Las experiencias anteriormente expuestas, permanecieron poco tiempo (un año), por lo que atendieron a pocos pacientes. Pero la extensión de la epidemia de SIDA, que afectó mayoritariamente a la población drogodependiente a opiáceos por vía endovenosa, hizo que en España este tipo de tratamiento se empezara a considerar como una alternativa válida para la asistencia a este tipo de drogodependientes. (Meneses y Charro, 2000).

“Los PMM se inscriben en las estrategias y programas de reducción del daño, dirigidos a mitigar los efectos nocivos de la drogadicción en aquellos consumidores que no buscan la abstinencia. Se trata de abordar objetivos intermedios que supongan una mejora de su estado de salud y de sus condiciones de vida. Esto ha supuesto un cambio muy importante en la atención a los/as drogodependientes. Ya no se trata de priorizar la abstinencia a la

sustancia de la que el sujeto es dependiente, sino que se pone en primer lugar la mejora de sus condiciones bio-psico-sociales” (Meneses, y Charro, 2000:52).

La administración controlada de opiáceos, disminuye el consumo de opiáceos ilegales, y, por lo tanto, todos los daños asociados: transmisión de enfermedades al compartir instrumentos de consumo (jeringuillas, filtros, etc.), infecciones ocasionadas por la falta de higiene en el consumo, sobredosis u otras complicaciones vinculadas a la adulteración del producto, delincuencia motivada por la necesidad de dinero para comprar la sustancia, etc. (Plan Nacional Sobre Drogas: 2007).

Por otro lado, Rubio (2004) expone que son dos los objetivos fundamentales de los PMM; mejorar la calidad de vida en la población drogodependiente, y atraer hacia la red de recursos a los mismos que no acuden a los programas similares.

Según Martín y Peraza (2007a) este tipo de programas suelen ir dirigidos a drogodependientes con un perfil determinado:

- Larga historia de consumo de opiáceos
- Fracasos reiterados en otros tipos de programas de tratamiento
- Falta de compromiso para lograr la abstinencia
- Patología orgánica grave
- Drogodependientes como estilos de vida marginales
- Embarazadas

Respecto al último perfil señalado, cabe destacar que “las mujeres heroínómanas que estén embarazadas, sufren un deterioro importante de la salud, agravada por una mala nutrición, falta de asistencia médica, incidencia de enfermedades infecciosas, y existencia de problemas psico-social a lo cual se le debe añadir, que en muchos casos, se recurre a la prostitución para costearse la droga, lo que aumenta la incidencia de las enfermedades venéreas” (Guigou, 2003 s.r.f. Martín y Peraza, 2007a: 233).

En los programas de tratamiento con opiáceos, una vez que el sujeto ha solicitado su inclusión y se valora que cumple con el perfil prefijado, se realiza una evaluación médica del usuario. Tras la misma, el médico del centro fijará la dosis que necesitará ser dispensada. Durante las primeras semanas, la evolución del sujeto será objeto de un especial seguimiento, para ir adaptando la dosis pautada inicialmente y observar posibles

complicaciones orgánicas. De esta forma, se logra una dosis adecuada para cada individuo (Rubio, 2004).

“Los criterios para ser incluidos en programas de mantenimiento con metadona han variado desde su implantación, teniéndose que adaptar a las corrientes y situaciones psico-sociales que marcan el momento, aunque son las heroínómanas gestantes y los/as heroínómanos/as con enfermedades orgánicas graves los/as que tengan prioridad de inclusión. A estos les sigue los usuarios de vía endovenosa, las patologías psiquiátricas no severas y los/as usuarios/as de drogas de difícil adherencia a otras modalidades de tratamiento” (Guigou, 2003 s.r.f. Martín y Peraza, 2007: 228).

Por otro lado, autores como Becoña (2001), pone de manifiesto una serie de ventajas que tienen los programas de mantenimiento con metadona:

- Buena retención de los/as pacientes en tratamiento.
- Reduce el consumo de heroína.
- Reduce el riesgo de compartir jeringuillas.
- Mejora la calidad de vida.
- Facilita que también participen en otro tipo de programas, como los educativos, psicoterapéuticos, psicosociales, de reinserción, etc.

Y como desventajas, el mismo autor añade:

- Incremento del consumo de cocaína y sedantes.
- La larga duración de los mismos.
- Efectos secundarios de la sustancia.

## **2.7 LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES Y EL GÉNERO.**

Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Mientras que entre los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello las mujeres con adicción a las drogas soportan un mayor grado de reproche social, que se

traduce en un menor apoyo familiar o social (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Según El Plan Nacional Sobre Drogas (2007) el género agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad, aquellos que en cada cultura le son asignados de manera diferencial a hombres y mujeres y que son interiorizados por cada persona. Se utiliza la expresión género para describir las diferencias entre hombres y mujeres basadas en factores sociales o culturales y sexo para referirnos a las características que vienen determinadas biológicamente. En resumen, el consumo de sustancias tóxicas, supone una pérdida de las habilidades psico-sociales debido a la adicción a las drogas, habilidades que le impiden afrontar situaciones personales de crisis.

El drogodependiente provoca una separación con las personas que no consumen y se relaciona únicamente con personas adictivas que un mismo ritmo de vida y desempeñan el mismo rol dentro de la sociedad. Provocando así, un nuevo estilo de vida marcado por la adicción de la sustancia. La persona que desarrolla una conducta adictiva, tiende a adoptar una actitud pasiva frente a lo que no está vinculado directamente con la droga, muestran una falta de motivación y rechazan los valores sociales. El hábito y la constancia de trabajo y horarios, la pierden y con ello, pierden también el empleo, lo que supone un deterioro en su calidad de vida. La pérdida de empleo y de su núcleo familiar y/o de amistades, le llevan a dejarse caer por la delincuencia como único vehículo para conseguir consumo. (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Por otro lado y según Martín (2009), no existe una personalidad predispuesta a las adicciones, aunque sí parecen existir ciertas características personales o ambientales que pueden facilitar la probabilidad de consumir, llamados factores de riesgo. Éstos interactúan unos con otros; los relacionados con las características individuales, que engloba el aspecto biológico (edad, sexo o enfermedades) y de personalidad y conducta (inadecuada autoestima, inadecuada asertividad, búsqueda de sensaciones, inconformidad, intolerancia, falta de autonomía, estrés, mal empleo del ocio, falta de habilidades sociales, desconocimiento acerca del uso de sustancias, etc. ) Y por otro lado, los factores relacionados con el contexto social: ambiente familiar, ambiente escolar, grupo de iguales, actividad laboral, etc.

Según el Instituto de la Mujer (2007) es importante al hablar de las drogas o de la salud, incorporar la perspectiva o el análisis de género que define, analiza e informa las medidas

encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones que afectan a la misma. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones.

La progresiva superación del modelo tradicional de roles, que limitaba la presencia de la mujer al ámbito estrictamente familiar, tiene una influencia diversa en la salud, provocando tanto cambios negativos como positivos sobre ella: por un lado, produce la modificación del comportamiento de muchas mujeres que, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, asumen comportamientos que conllevan riesgos para la salud, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Incorporar la perspectiva de género a la hora de hacer frente a los retos y problemas que plantean las drogas permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias. Nos ayuda a entender por qué hombres y mujeres tienen algunas motivaciones comunes y otras diferentes para consumir drogas y las consecuencias que para hombres y mujeres se derivan de esta conducta. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado (ser una buena madre o una buena ama de casa). Las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar. La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia de petición de ayuda para superar el mismo o su demora hasta que las consecuencias sobre su

salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral resultan insostenibles (Instituto de La Mujer, 2007).

Por otro lado, el consumo de la pareja, además de implicar inseguridad económica, supone también riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, hepatitis, etc. La codependencia lleva en muchos casos a desarrollar una conducta permisiva y sobreprotectora con el hijo/a y la pareja, lo que no permite a éstos asumir la responsabilidad de sus acciones y obstaculiza el proceso de recuperación (Instituto de La Mujer, 2007).

## **2.8 LA MUJER DROGODEPENDIENTE.**

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas (2007) existen factores que contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres, éstos son: los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles libremente elegidos, así como las nuevas formas de ocio.

“En España, no ha sido hasta la pasada década cuando la sociedad y la comunidad médica empiezan a reconocer la gravedad del consumo problemático de sustancias tóxicas entre las mujeres y observar diferencias en relación al género” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

“El consumo de droga, como conducta, es el resultado de múltiples factores. No es posible responder de forma concisa y breve a la pregunta de por qué algunas personas consumen drogas y otras no, ni pretender que esta respuesta sea válida para explicar todos los casos” (Arostegui, 2013: 34). Sin embargo, y pese a que la variabilidad de fuerzas bio-psico-socio-culturales es la norma en el fenómeno de las drogodependencias en general, encontramos entre hombres y mujeres un peso distinto en lo biológico, en lo psicológico en lo social y en lo cultural, lo que nos hablaría de cuestiones específicas de género que afectan de forma diferente en el inicio, mantenimiento y cesa de la conducta de consumo.

Alborch (1990: 37) afirma que “cada persona nace un círculo completo de cualidades humanas, así como con una versión singular de las mismas. Por otro lado, la sociedad nos

impone roles con una adscripción totalitaria de género que determinan división del trabajo y la asignación de conducta”. Hombres y mujeres sufren la polarización entre lo ‘femenino’ y lo ‘masculino’. Como consecuencia de la denominación masculina, las cualidades admiradas se describen como ‘masculinas’ y son más abundantes, mientras que las ‘femeninas’ son más escasas y también menos apreciadas.

Arostegui (2013: 36) afirma que, “las mujeres en general han estado en mayor medida, social y culturalmente, sujetas a deberes de sumisión y compromiso. La cuestión del género conlleva y añade en muchos casos una sobrecarga de obligaciones vividas como consustanciales a sus roles (cuidadoras, encargadas, delegadas, representantes, etc.) ‘’.

La misma autora expresa que la prostitución es un tema añadido al problema de la adicción, agravando más los problemas derivados de la misma. En muchos casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, presentándose ésta como la única oportunidad para conseguir ingresos ante la extrema pobreza. El perfil de la mujer adicta que la ejerce, en términos generales se asemeja a aquellas que se encuentran en situación de alta precariedad (en términos de higiene y seguridad), viven en la calle, albergue o pensión, la droga preferente es la heroína, se inician en el consumo antes de los 18 años con dificultades para conseguir que los/as clientes utilicen el preservativo, más de un tercio, portadoras de VIH; otro tercio portadora de alguna enfermedad de transmisión sexual y dos tercios con resultados positivos al test de la hepatitis C.

Arostegui (2013) confirma que la mayoría de las personas que ejercen la prostitución en la calle son consumidoras habituales de sustancias estupefacientes, siendo esa actividad el modo de surtirse de la droga. Las mujeres jóvenes asocian el origen del consumo a la curiosidad, el deseo de probar algo nuevo, sentir sensaciones nuevas, el sentirse adulto y divertirse más. En las mujeres adultas, esta conducta se asocia a pasar por momentos de cambio personal dentro del ciclo vital, la marcha de los hijos/as de casa, la pérdida de seres queridos, las separaciones o divorcios, sentimientos de soledad, pérdida de vitalidad, de salud, de status, dejar de trabajar, y la necesidad de establecer nuevas relaciones (Naciones Unidas, 2005).

Se ha constatado una serie de rasgos de personalidad diferenciadores sobre todo relativo a la minusvaloración y depreciación de sus capacidades, un determinado estilo de relacionarse, mayor desvitalización, aparición de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos y autoconcepto infravalorado. Se consideran inferiores y menos capaces de valerse por sí mismas, tienen menor capacidad de autonomía (por dependencia

siempre de alguien) y menos independencia a la hora de tomar decisiones (Spiral, 2002 s.r.f, Arostegui, 2013: 36).

“Entre las mujeres que consumen heroína, el tipo de administración más común es el parental. El colectivo femenino presenta un mayor riesgo en las conductas de consumo (compartir jeringuilla con pareja como “muestra de amor” o consumir la última en un grupo debido a una mayor dificultad para localizar puntos de inyección, etc.), lo que implica mayores consecuencias orgánicas, tanto en número como en gravedad” (Llopins, 1997 s.r.f Arostegui, 2013:33). Además, “es frecuente que el abuso de sustancias entre las mujeres se relacione con trastornos de comportamiento y alimentarios” (Buckstein, 1989 s.r.f Arostegui, 2013: 33).

Por otro lado, Palop Botella (2000) afirma que la identidad de género se va forjando a través de la experiencia vital, de las circunstancias sociales y de la concepción cultural que se tiene sobre lo que es ser mujer u hombre en un momento histórico concreto. Indudablemente los avances sociales en el ámbito de la igualdad han sido muy significativos en los últimos años. Los cambios habidos en diferentes ámbitos (laboral, legislativo, formativo, etc.) han facilitado una evolución en la identidad de género colectivo. Asumir una nueva identidad de género tanto colectivamente como a nivel individual es un proceso lento, progresivo y lleno de vaivenes. Las nuevas formas de ser mujer, diferentes a los modelos maternos, pueden traer sensaciones de culpa y traición o la necesidad de compensar.

## **2.9 TRATAMIENTO DE LA MUJER DROGODEPENDIENTE.**

El reconocer una adicción es uno de los pasos más importantes para iniciar un tratamiento y recuperar la fuerza de voluntad. Entre las mujeres el abuso de drogas, puede presentar problemas diferentes y, por tanto, también requerir distintos métodos de tratamiento. Existen una serie de riesgos de salud, asociados al abuso de drogas en la mujer, entre ellos mala nutrición y peso por debajo de la media, depresión, maltrato físico, baja autoestima e infecciones. Muchas mujeres que consumen drogas no buscan un tratamiento por temor a no poder cuidar de sus /as, miedo a las represalias del cónyuge o a la respuesta de la sociedad en que viven. Aunque el abuso de drogas puede ocurrir en cualquier etapa de la vida de una mujer algo alarmante es que una gran cantidad de mujeres que abusan de las drogas están en edad de procrear. Por ello, incorporar la perspectiva de género en la

intervención con mujeres drogodependientes supone tener en cuenta a lo largo del proceso y en las distintas etapas de tratamiento, el hecho diferencial de ser mujer en esta cultura y momento histórico. (Instituto de La Mujer, 2007).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas (2007), los programas de tratamiento y las intervenciones terapéuticas deben estar orientados hacia la recuperación de las mujeres y hacia su integración social en un contexto sociocultural determinado por normas de género. El compromiso y la responsabilidad no sólo corresponden a un centro de tratamiento, a un equipo terapéutico determinado o una oferta de salud específica, sino a la comunidad en su conjunto, a través de oportunidades y posibilidades reales para el acceso, la adherencia y la permanencia de ellas en el proceso terapéutico así como a la incorporación a actividades, trabajo, estudio, etc., que posibiliten su verdadera integración como ciudadanas. En el tratamiento de las adicciones en la mujer existen maneras específicas de intervenir siendo prioritario el abordaje de lo psico-afectivo y de lo relacional. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el Plan Nacional Sobre Drogas (2007) estas son las tres etapas claves en el tratamiento de una mujer:

1ª etapa: acogida, contención emocional y vínculo terapéutico. La alianza terapéutica y el vínculo terapéutico deben ser herramientas centrales del trabajo con mujeres. Para las mujeres es más importante que el/la terapeuta sea acogedor/a, empático/a, que se establezca un clima de confianza, antes que el rigor profesional. La primera entrevista de acogida es primordial, debe ser abierta, realizada en tiempo variable y flexible (horarios, momentos de encuentro, confidencialidad etc.).

2ª etapa: en una segunda etapa del proceso, es necesario fomentar habilidades que posibiliten la toma de decisiones y resolución de conflictos, ayudando a la estructuración de la vida cotidiana y a afrontar problemáticas relacionales de tal manera de potenciar los recursos al servicio de sí mismas. Se debe motivar para el tratamiento a largo plazo; transmitir un modelo de intervención, con objetivos y plazos que tenga en cuenta las causas y las repercusiones del abuso o dependencia a nivel psicológico, biológico y social, así como los condicionantes específicos por el hecho de ser mujer. Se abordarán a lo largo del tratamiento: relaciones personales, autoestima, situaciones de violencia u otras, sobre todo, cuando la evaluación apunta hacia estas áreas de conflicto.

Por último, identificar situaciones de riesgo específicas de las mujeres. Entendemos por situaciones de riesgo aquellas que aumentan la probabilidad de recaída. Se hace evidente que las situaciones de riesgo son diferentes para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, sabemos que están más relacionadas con estados emocionales displacenteros (tristeza, ansiedad, etc.), y en el caso de los hombres, con estados emocionales positivos, como la euforia. Entre los factores que influyen en la posibilidad de recaída de las mujeres drogodependientes se pueden nombrar los sentimientos de soledad, sentimientos ansiosos-depresivos, de culpa, aumento de peso corporal tras abandonar el consumo, etc.

3ª etapa: la reinserción se describe como una etapa del proceso terapéutico en el que serán prioritarias entrenar, habilitar y facilitar la autonomía y auto-sustentación de la persona siendo el apoyo terapéutico cada vez menos frecuente dentro del proceso. En el caso de las mujeres los objetivos de la reinserción son: mantener la abstinencia, fomentar la readaptación de las relaciones sociales, familiares y laborales, adquirir estilos de vida saludables, mejorar las condiciones sociales y de mantenimiento, reducir o eliminar los comportamientos de riesgo, abordar los conflictos personales y relacionales totalmente centrado/a en la mujer, es decir, mostrarle que ella es lo más importante en ese momento.

Por otro lado, el Plan Nacional Sobre Drogas en la Guía sobre Drogas y género (2007:121) establece que “la mayor parte de las terapias existentes para el tratamiento de las drogodependencias han sido diseñadas pensando en los hombres, lo que dificulta, cuando no impide, el adecuado tratamiento de las mujeres”.

Las mujeres drogodependientes presentan una serie de características que condicionan tanto su decisión de abandonar el consumo, como la accesibilidad al tratamiento y su eficacia, entre las cuales destacan: la dependencia afectiva de la pareja; es más intensa en el caso de las mujeres, que se inician con frecuencia al consumo para compartir experiencias con su pareja (conseguir su aceptación), y cuya opinión suele ser determinante a la hora de abandonar el consumo e iniciar tratamiento. Son objeto de una especial estigmatización o rechazo social, que se intensifica entre aquellas que tienen hijos/as, y que se traduce en el silenciamiento u ocultación del problema (Plan Nacional Sobre Drogas en la Guía sobre Drogas y género, 2007).

## **2.10 MUJERES CONSUMIDORAS: FAMILIAS Y RELACIONES.**

Según Becerra (2008), la familia ha sido siempre reconocida como una de las variables relevantes en el origen y mantenimiento del consumo de drogas. La asociación entre el funcionamiento familiar y el consumo de estas sustancias por parte de alguno de sus miembros (esposo/a), hijos/as, etc.) ha sido objeto de numerosas investigaciones que resaltan la necesidad de implicar a la familia en la prevención y tratamiento de las toxicomanías y la necesidad de tener en cuenta el soporte familiar y los recursos sociales disponibles como factores involucrados en el fenómeno de las drogodependencias.

También, la Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual (2014) expone que el consumo en exceso de drogas está muy vinculado con dificultades en la vida cotidiana o situaciones conflictivas, tanto personales como interpersonales, con dificultades en la comunicación del sujeto y el medio social en el que convive y también con frustraciones y sentimientos negativos.

Se ha demostrado que frente a un problema de drogodependencias, es de vital importancia abordar las diferentes áreas que afectan a la vida del sujeto, como lo son su área personal, social y familiar. Los vínculos que se establecen con la familia de origen son muy fuertes e intensos y los vínculos familiares son muy estrechos. La familia es objeto de intervención como sistema afectado, pero también en la medida en que sus comportamientos, actitudes, ideas, etc, facilitan o dificultan el abordaje rehabilitador/integrador del paciente o miembro individual afectado por el trastorno. (Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual, 2014).

Según García del Castillo (2007) para muchos individuos las interacciones con la familia de origen, así como con la familia actual, provoca una dinámica para el uso de sustancia, de modo que las interacciones con miembros de la familia pueden agravar o perpetuar al problema o ayudar a resolverlo. Un concepto ampliamente conocido a este respecto lo constituye el de codependencia. La persona codependiente convierte al consumidor en su principal prioridad y vive en función de él/ella, aplicando una serie de reglas que no son eficaces para “curar” al adicto y que se repiten una y otra vez, entre los cuales se hayan a menudo la hiperprotección y justificación

El Plan Nacional Sobre Drogas en la Guía sobre Drogas y Género (2007) expresa que la construcción subjetiva de la persona está condicionada por factores biológicos, psicológicos y sociales. La familia en este desarrollo tiene un peso importante al establecer

la primera relación en la que se integran los afectos, las creencias, las expectativas y valores, cumpliendo en todo ello un papel fundamental los condicionantes de género. El mantenimiento de la relación familiar previene de una mayor vulnerabilidad y un mayor deterioro en las mujeres. La carencia o distanciamiento de la relación familiar incide desfavorablemente en el buen pronóstico del tratamiento.

Según El Instituto de La Mujer (2007) las mujeres acuden, en mayor medida, solas a los centros de atención a drogodependientes indicando que no quieren implicar a su familia. Suelen mantener un discurso que muestra una percepción de mayor capacidad o valentía para afrontar el problema solas. Si bien, esta percepción tendría que ver con la internalización de la culpa y de la vergüenza, que es complementaria con la existencia de una mayor dificultad para el acompañamiento por parte de la familia.

En relación con la comunicación a la familia del problema de la adicción, las mujeres cuentan en menor medida su situación a la familia, si bien, es identificado su problema por presentar un mayor deterioro físico y personal. Las mujeres perciben ayuda de sus familias en menor medida que los varones estando condicionada a la continuidad del tratamiento. (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Arostegui (2013) por otro lado, expone que una buena red de apoyo es uno de los elementos que influye a la hora de apostar por el éxito en el tratamiento de deshabituación. La familia, si está disponible, los amigos/as u otras personas que acompañan a las personas en la rehabilitación constituyen los pilares sobre los que se asienta el proceso terapéutico, junto con la motivación del propio afectado.

Por otro lado, Martín y Peraza (2007a) exponen que la familia, como lugar de aprendizaje, de pertenencia, de afecto y de seguridad, ofrece grandes oportunidades para desarrollar las capacidades socioafectivo-emocionales de los sujetos. La familia es el espacio fundamental en el que se aprende la expresión y manejo de sentimientos, desde los eventos vitales que favorecen la aparición de emociones. Además, desde la familia se debe establecer una relación empática que posibilite la capacidad de adaptación de sus miembros a diferentes experiencias emocionales dentro de la sociedad y que a su vez permita modificar aquellos aspectos que puedan ser disfuncionales. Las carencias afectivas dentro de la unidad familiar pueden ocasionar consecuencias negativas para el desarrollo.

### **3. OBJETIVOS**

Los principales objetivos que se pretenden con el trabajo de investigación son los siguientes:

- Objetivo general: Conocer las características socioambientales y familiares de las mujeres incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona de la Unidad de Atención a las Drogodependencias de Ofra.
  
- Objetivos específicos:
  - Identificar la historia del consumo de drogas en las mujeres atendidas en PMM.
  - Concretar el estado de salud en relación a patologías asociadas al consumo de opiáceos.
  - Saber si en las mujeres dependientes a opiáceos se producen situaciones de maltrato.
  - Averiguar que personas han apoyado a las usuarias del PMM en su rehabilitación.
  - Conocer las consecuencias producidas por la dependencia a opiáceos.
  - Averiguar si las parejas de las usuarias de este programa son consumidoras de alguna sustancia ilegal.
  - Conocer las características sociodemográficas de las usuarias objeto de estudio.

### **4. MÉTODOS.**

Como punto de partida para ajustar el diseño del estudio a la realidad con la que se trabaja, se habla de un tipo de metodología cuantitativa, concretamente utilizando el cuestionario como técnica principal de recogida de datos. “La investigación cuantitativa recoge y analiza datos sobre variables y estudia las propiedades y fenómenos cuantitativos y la asociación relación entre variables cuantificadas” (Herrera, 2011: 6). La investigación es de tipo descriptiva, ya que consiste en describir una situación real natural mediante la observación sistemática no participante o valiéndonos de preguntas a una muestra de personas capaces de proporcionar la información deseada, por ello se utiliza técnicas descriptivas como cuadros y representaciones gráficas que pretenden proporcionar de forma clara y entendible los resultados obtenidos en el estudio, para su posterior análisis y discusión. En análisis de los datos se realiza mediante el programa informático Microsoft Office Excel 2007, que permite calcular porcentajes y dibujar gráficas de forma sencilla.

El estudio ha sido planificado desde el mes de diciembre del año 2014 y enero del 2015, meses en los se elige y acota el tema, además de buscar y/o organizar la información. La

formulación del proyecto, la definición de objetivos y elaboración del marco teórico se lleva a cabo en los meses de febrero, marzo y abril. Finalmente, tras el trabajo de campo, el análisis de resultados y conclusiones son realizados en el mes de mayo del mismo año.

Esto se realiza en la Unidad de Atención a las Drogodependencias de Ofra en el mes de mayo del año 2015, concretamente en los días 15, 18, 19, 20 y 21. En el trabajo de campo de esta investigación se realiza un encuentro individual y personalizado, que implica una pauta de interacción verbal con cada una de las usuarias incluidas en PMM. Se ha de recalcar que se han escogido los cinco días de la semana ya que la mujeres incluidas en este programa acuden en días distintos por sus condiciones de tratamiento; se dividen en aquellas que acuden diariamente a tomar la dosis y las usuarias que asisten una o dos veces a la semana, dependiendo de las condiciones que establezca la trabajadora social respecto a su evolución y comportamiento en el proceso de tratamiento.

El instrumento para la recogida de datos será el cuestionario (ANEXO I). El mismo está compuesto por algunos de los ítems que figuran en la hoja de acogida reglamentaria de las Unidades de Atención a las Drogodependencias. Ésta, es el instrumento utilizado por las y los trabajadores/as sociales en las unidades de atención a las drogodependencias; la misma se formaliza en la primera fase y consta de una serie de ítems (36 actualmente), que revelan los datos sociodemográficos del usuario/a, además de diferentes preguntas que engloban todo lo relacionado con las relaciones familiares y composición de la familia.

El cuestionario que se utiliza para la investigación, recoge preguntas respecto a una o más variables, escogiendo en este caso los ítems más ajustado a los objetivos de la investigación. Se considera semiestructurado y de elaboración propia, que a su vez cuenta con preguntas cerradas y abiertas acerca de la situación y características familiares.

Por otro lado, se utiliza 'La hoja individual de admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas' (formalizada y establecida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). La misma es reglamentaria y muestra los diferentes códigos a utilizar en cada una de las respuestas (ítems) de la hoja de acogida o ficha de registro. En la investigación sirve como referencia para la recopilación de los de datos y clasificación de las respuestas de forma ordenada, mediante los códigos establecidos.

En la investigación se estudiarán las siguientes variables:

- Droga por la que demanda tratamiento, edad de inicio en la misma, y tiempo en tratamiento en PMM.

- Edad de las usuarias, n° de hijos, país de nacimiento, situación civil y situación laboral.
- Situación VIH, Hepatitis B Y C, y otros tipos enfermedades.
- Lugar donde ha vivido, convivencia y fuente de referencia principal.
- Máximo nivel de estudios completados y situación económica (ingresos).
- Otras drogas consumidas y conocer el empleo del ocio y tiempo libre de la usuaria.
- Saber si ha sido víctima de violencia de género alguna vez en la vida.
- Antecedentes familiares relacionados con el consumo de drogas.
- Conocimiento de la familia ante el problema de drogodependencia de la usuaria.
- Apoyo recibido en el tratamiento de las drogodependencias y situación sentimental.
- Saber si ha ejercido la prostitución y si ha estado en un centro penitenciario ingresada.

Respecto a las hipótesis, se formulan las siguientes para el estudio:

**H1.** Las usuarias incluidas en PMM superan los 40 años de edad y la droga principal por la que demandan tratamiento es la heroína.

**H2.** La mayoría de las usuarias tienen más de 3 hijos/as.

**H3.** La mayoría de las usuarias tienen estudios bajos y no trabajan actualmente.

**H4.** La mayoría de las usuarias no realizan ningún *hobbie*.

**H5.** La mitad de ellas sufre Hepatitis C.

**H6.** El 100% de ellas están incluidas en PMM desde hace más de 5 años.

**H7.** La mayoría de las parejas de las usuarias también son consumidor de alguna droga.

**H8.** Muchas de las usuarias ha sido víctima de violencia de género.

**H9** Las mujeres incluidas en este programa consumen otras drogas.

**H10.** Las usuarias que han ejercido la prostitución ha sido para costearse el consumo de drogas.

**H11.** Ninguna de ellas ha estado interna en un centro penitenciario.

**H12.** Existen antecedentes familiares de consumo de drogas de la mayoría de las usuarias.

**H13.** En el proceso de tratamiento y mantenimiento en el Programa, el apoyo familiar principal recae en los padres y madres.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS.

Los siguientes resultados muestran los datos obtenidos una vez finalizado el trabajo de campo en la Unidad de Atención a las Drogodependencias de Ofra. Las mujeres objetos de estudio están incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona.

La investigación se ha basado en las 42 mujeres que están incluidas en el mismo, teniendo como objetivo principal conocer las características socioambientales y familiares de las mismas a través del método elegido y nombrando anteriormente, para así, plasmar a través de tablas y gráficos los resultados que se han obtenido.

Los mismos se expondrán en diferentes sub-apartados, clasificándolos y agrupándolos según las características particulares que se analicen, facilitando así el entendimiento de cada uno de los datos.

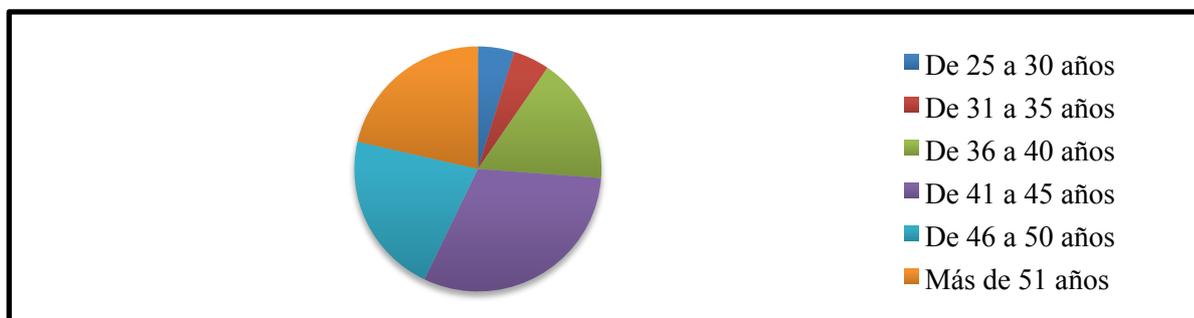
### 5.1 Características sociodemográficas de las usuarias del PMM de la UAD de Ofra:

Tabla 1. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según edad.

Intervalos de edad	Frecuencia	%
De 25 a 30 años	2	4,7%
De 31 a 35 años	2	4,7%
De 36 a 40 años	7	16,6%
De 41 a 45 años	13	30,9%
De 46 a 50 años	9	21,4%
Más de 51 años	9	21,4%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 1. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según edad.



Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores muestran que en el Programa de Mantenimiento con Metadona hay un 4,7% de usuarias que tienen entre 25 y 30 años, porcentaje idéntico al de las usuarias de 31 a 35 años. Aquellas que tienen una edad entre 36 y 40 años representan el 16,6% del total. El

porcentaje mayor (30,9%) pertenece a las mujeres entre 41 y 45 años; posteriormente el 21,4% representa a las de edades comprendidas entre 46 y 50 años, el mismo porcentaje representa a aquellas de más de 51.

Tabla 2. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según país de nacimiento

País de nacimiento	Frecuencia	%
España	42	100%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

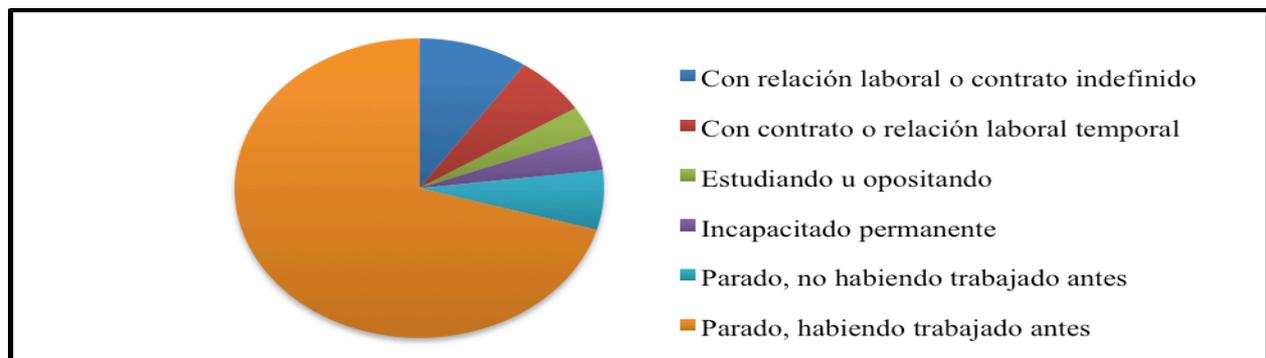
Los datos muestran como el 100% de las usuarias, es decir las 42 mujeres han nacido en España.

Tabla 3 Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según situación laboral.

Situación laboral	Frecuencia	%
Con relación laboral o contrato indefinido	3	7,15%
Con contrato o relación laboral temporal	2	4,75%
Estudiante u opositando	1	2,4%
Incapacitado permanente	6	14,3%
Parado, no habiendo trabajado antes	2	4,75%
Parado, habiendo trabajado antes	22	52,4%
Realizando exclusivamente labores del hogar	1	2,4%
Otros	5	11,9%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 2. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según situación laboral.



Fuente: elaboración propia.

Se observa en la tabla y en la gráfica como más de la mitad de las usuarias, el 52,4% se encuentra desempleada actualmente, pero éstas han trabajado con anterioridad. Se distingue del 4,75% que se encuentran desempleadas, pero con la diferencia de no haber trabajado nunca.

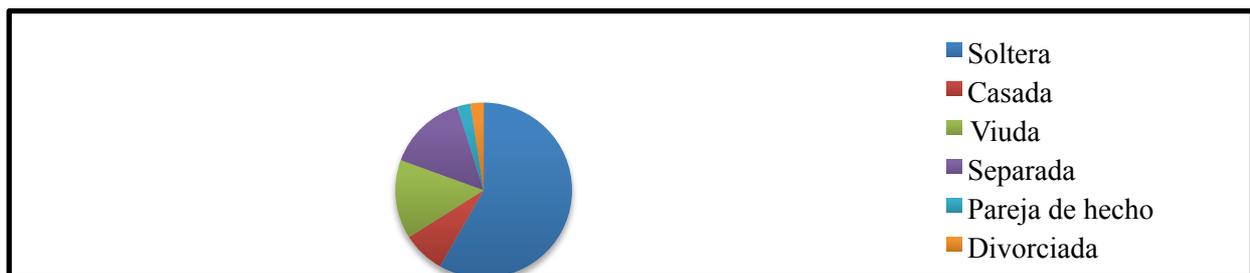
El 7,15% actualmente está trabajando (relación temporal indefinida), frente a un 4,75% que lo está, pero con una relación laboral o contrato temporal. El 14,3% se encuentra en situación de incapacitado permanente, el 2,4% estudiando, el mismo porcentaje aquellas que únicamente realizan labores del hogar, y finalmente otras situaciones que representan el 11,9% de la representación total.

Tabla 4. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	24	57,15%
Casada	4	9,5%
Viuda	6	14,3%
Separada	6	14,3%
Pareja de hecho	1	2,4%
Divorciada	1	2,4%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el estado civil.



Fuente: elaboración propia.

Haciendo referencia al estado civil de las usuarias, más de la mitad, el 57,15% se encuentra actualmente soltera, seguido de un 14,3% en situación de viudez, el mismo porcentaje en aquellas que se encuentran separadas. El 9,5% del total está casada, un 2,4% con pareja de hecho, y el mismo porcentaje representa a aquellas usuarias que actualmente están divorciadas.

Tabla 5. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el lugar donde ha vivido en los últimos 30 días.

Lugar donde ha vivido en los últimos 30 días.	Frecuencia	%
Casa, piso, apartamento.	39	92,85%
Alojamiento inestable o precario	3	7,15%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

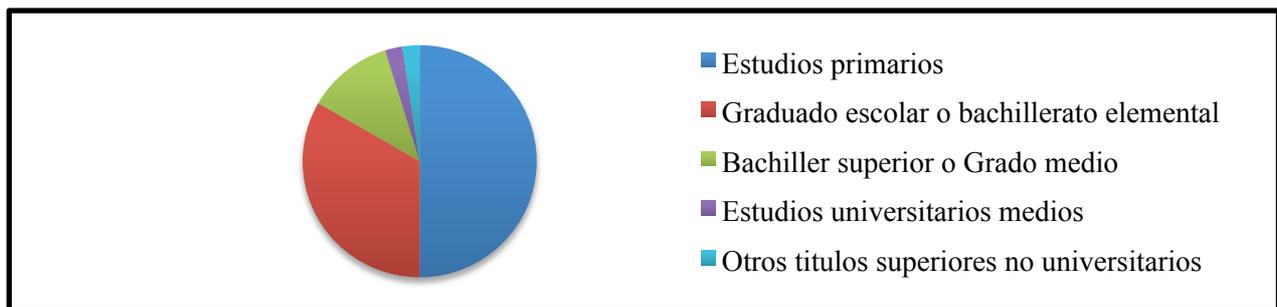
Tal y como se observa en los datos anteriores, el 92,85% de las usuarias actualmente vive en una casa , piso o apartamento. En alojamiento inestable o precario 3 de las usuarias, lo que representa el 7,15%.

Tabla 6. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el máximo nivel de estudios completados.

Estudios	Frecuencia	%
Estudios primarios	21	50%
Graduado escolar o bachillerato elemental	14	33,3%
Bachiller superior o Grado medio	5	11,9%
Estudios universitarios medios	1	2,4%
Otros títulos superiores no universitarios.	1	2,4%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 4: Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el máximo nivel de estudios completados.



Fuente: elaboración propia.

Los datos muestran como exactamente la mitad de las usuarias incluidas en Programa de Mantenimiento con Metadona tienen como máximo nivel de estudios aquellos que son primarios, el 33,3% de ellas tiene el graduado escolar o bachillerato elemental, el 11,9% bachiller superior o Grado medio actual. Por último el 2,4% ha obtenido estudios universitarios medios y el mismo porcentaje representa a aquellas que tienen títulos superiores no universitarios.

Tabla 7. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si tienen ingresos económicos mensuales.

Tienen ingresos económicos	Frecuencia	%
Si	25	59,5%
No	17	40,5%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

El 59,9% de las usuarias incluidas en este programa respondió que sí recibía ingresos económicos mensuales, es decir, más de la mitad de ellas, frente a un 40,5% que respondió no al no recibir actualmente ningún tipo de ingresos.

Tabla 8. . Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si practican algún *hobbie* actualmente.

Practican o no algún <i>hobbie</i>	Frecuencia	%
Si	27	64,3%
No	15	35,7%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

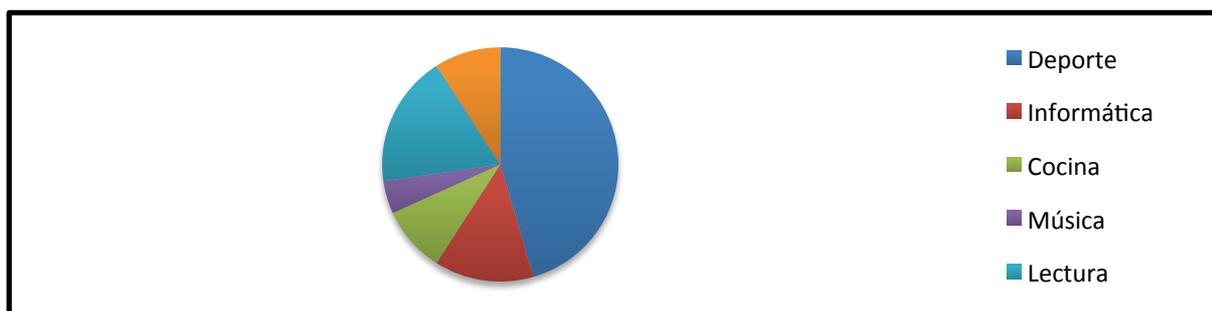
Más de la mitad de las usuarias, el 64,3% si tiene algún tipo de *hobbie*, mientras que el 35,7% de ellas respondió no tener ninguno.

Tabla 9. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el tipo de *hobbie* que realizan actualmente.

<i>Hobbie</i> que practican actualmente	Frecuencia	%
Deporte	10	37%
Informática	3	11,1%
Cocina	2	7,4%
Música	1	3,7%
Lectura	4	14,8%
Manualidades	2	7,4%
Otros	5	18,5%
Total	27	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico 5. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el tipo de *hobbie* que realizan actualmente..



Fuente: elaboración propia

Tal y como se observa, de las 27 usuarias que realizan algún tipo de *hobbie*, el 37% ha escogido el deporte, el 11,1% todo lo relacionado con la informática, el 7,4% de las mujeres respondió las actividades relacionadas con la cocina, un 3,7% la música, 14,8% la lectura, el 7,4% representan a aquellas que tienen como *hobbie* las manualidades, y un 18,5% otras actividades.

En relación a las características demográficas de las usuarias en PMM, se observa que son más las usuarias que tienen entre 41 y 45 años, representando casi el 31% del total. Las 42 mujeres objeto de estudio son españolas, solteras y la gran mayoría actualmente se encuentra sin trabajo, aunque lo han tenido con anterioridad; además se puede observar como la mitad de ellas tiene como máximo nivel de estudios los primarios. Aunque no se puede establecer un perfil concreto, casi el 60% de las usuarias actualmente si tiene ingresos económicos, y casi todas ellas (92%) viven en una casa o piso. Por último se recalca que muchas de las usuarias (27 de ellas) practican un *hobbie* actualmente, entre los que destacan el deporte y otro tipo de actividades.

## 5.2 Características relacionadas con la dependencia a drogas de las usuarias de PMM de la UAD de Ofra.

Tabla 10. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la droga por la que demanda tratamiento.

Droga principal por la que demanda tratamiento	Frecuencia	%
Heroína	38	90,5%
Metadona	4	9,5%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

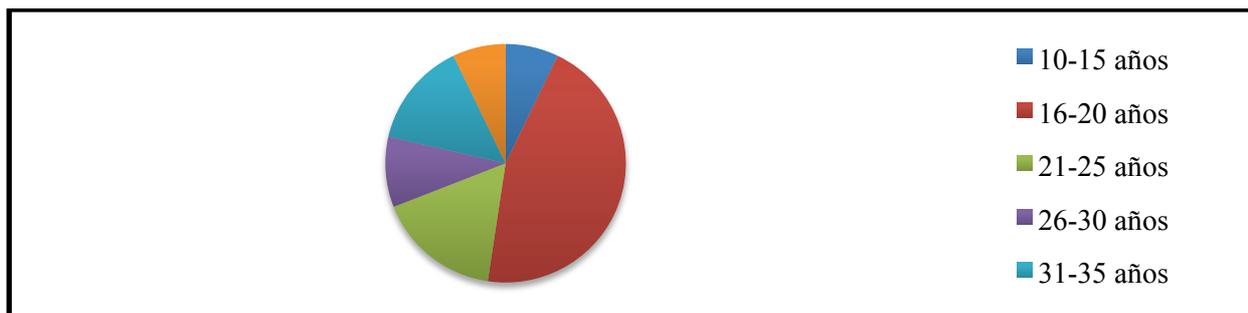
Tal y como observamos en los datos anteriores, el 90,5% de las usuarias incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona lo está por demandar como droga principal la heroína, frente a un 9,5% de ellas que lo está por ser la droga principal metadona.

Tabla 11. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio en la droga principal.

Edad de inicio de la droga principal	Frecuencia	%
10-15	3	7,15%
16-20	19	45,24%
21-25	7	16,6%
26-30	4	9,5%
31-35	6	14,3%
Más de 35	3	7,15%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 6. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio en la droga principal.



Fuente: elaboración propia.

Tal y como se observa en la tabla 11 y gráfico 6, el 45,24% de las usuarias empezaron a consumir la droga por la que demandan tratamiento en el intervalo de edad de 16 a 20 años. Las que comenzaron entre los 21 y los 25 años representan el 16,6%, mientras que las que lo hicieron entre los 26 y 30 representan un 9,5%. Finalmente el 14,3% lo constituyen las mujeres incluidas en PMM que comenzaron a consumir entre el intervalo de edad 31 y 35 años, además representan un 7,15% las que lo hicieron ya superado los 35.

Tabla 12. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la entidad o persona que haya actuado como referencia principal.

Referencia principal	Frecuencia	%
Familiares	5	11,9%
Servicios legales o policiales	1	2,4%
Iniciativa propia	36	85,7%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

En ambas representaciones se destaca como 36 de las usuarias, es decir el 85,7% del total ha acudido al centro por iniciativa propia, frente a un 11,9% de ellas que lo han hecho por iniciativa de la familia, y un 2,4% por razones legales o policiales

Tabla 13. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad primer tratamiento de sustitutivo de opiáceos.

Edad primer tratamiento de sustitutivo de opiáceos	Frecuencia	%
18-25	14	33,3%
26-30	11	26,2%
31-35	4	9,5%
Más de 35	13	30,95%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

En los datos que se han representado anteriormente, se observa como el 33,3% de las usuarias comenzó un tratamiento de sustitutivo de opiáceos entre la edad de 18 y 25, frente a un 30,95% que comenzó una vez superado los 35 años. El 26,2% comenzó en un tratamiento de mantenimiento con metadona en el intervalo de edad de 26 a 30 años. Finalmente, sólo el 9,5% de las mujeres comenzó en edades comprendidas entre 31 y 35.

Tabla 14. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según otras drogas consumidas.

Otras drogas consumidas	Frecuencia	%
Si	30	71,4%
No	12	28,6%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

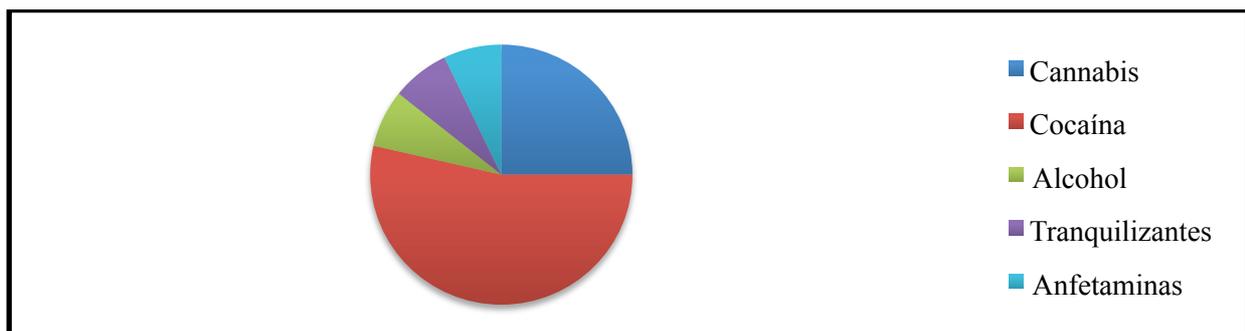
Los datos anteriores muestran como más de la mitad de las usuarias, el 71,4% consume otras drogas.

Tabla 15. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según otras drogas consumidas.

Otras drogas consumidas	Frecuencia	%
Cannabis	7	46,6%
Cocaína	15	50%
Alcohol	4	13,3%
Tranquilizantes	2	6,6%
Anfetaminas	2	6,6%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 7. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según otras drogas consumidas.



Fuente: elaboración propia.

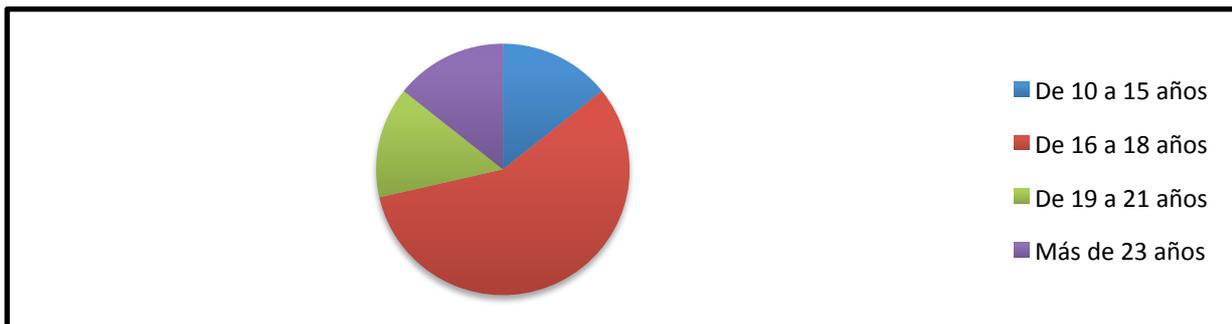
Se muestra en los datos anteriores que la cocaína es la droga más consumida por las mujeres que están incluidas en el programa de Mantenimiento con Metadona, representando un 50% del total; el 46,6% hace referencia al cannabis, el 13,3% al alcohol, y 6,6% a anfetaminas, siendo el porcentaje idéntico en los tranquilizantes (con preinscripción médica).

Tabla 16. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio: cannabis.

Edad de inicio: cannabis	Frecuencia	%
De 10 a 15 años	1	14,3%
De 16 a 18 años	4	57,2%
De 19 a 21 años	1	14,3%
Más de 22 años	1	14,3%
Total	7	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 8. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio: cannabis.



Fuente: elaboración propia.

Tal y como se observa, el 57,2% de las 7 mujeres, comenzó a consumir cannabis en el intervalo de edad de 16 a 18 años, un 14,3% representa por separado tanto las que comenzaron de 10 a 15 años, de 19 a 21, así como a las que lo hicieron mayores de 22.

Tabla 17. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el consumo actual: cannabis.

Consumo actual	Frecuencia	%
Si	6	85,7
No	1	14,3%
Total	7	100%

Fuente: elaboración propia.

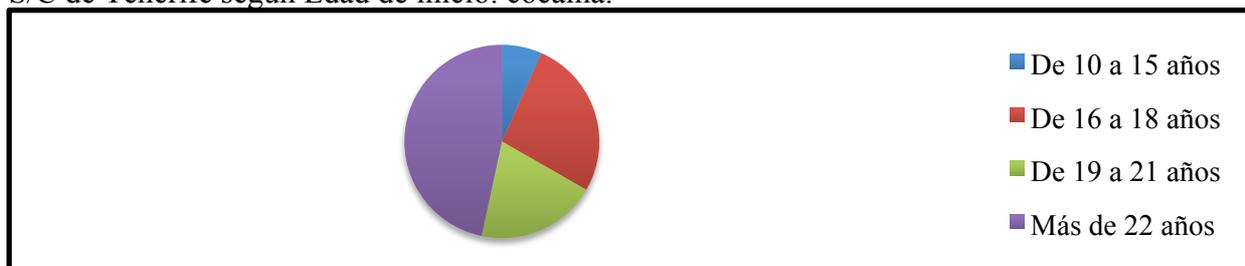
Los datos muestran que el 85,7% de las mujeres objeto de estudio consumen cannabis actualmente, el 14,4% no.

Tabla 18. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según Edad de inicio: cocaína

Edad de inicio: cocaína	Frecuencia	%
De 10 a 15 años	1	6,6%
De 16 a 18 años	4	26,6%
De 19 años a 21 años	3	20%
Más de 22 años	7	46,6%
Total	15	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 9. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según Edad de inicio: cocaína.



Fuente: elaboración propia.

En los datos se observa como las usuarias objeto de estudio comenzaron a consumir cocaína con más de 22 años (46,6%), el 6,6% lo hizo entre los 10 y los 15 años, representando el 26,6% aquellas que comenzaron a consumirla entre los 16 y los 18. Finalmente, el 20% de ellas comenzaron a consumir cocaína entre los 19 y 21 años.

Tabla 19. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según Consumo actual: cocaína.

Consumo actual: cocaína	Frecuencia	%
Si	10	66,6%
No	5	33,3%
Total	15	100%

Fuente: elaboración propia.

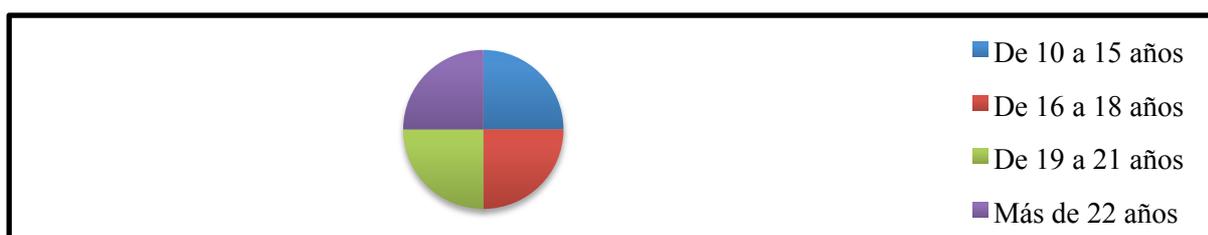
Se observa que más de la mitad de las usuarias que han consumido cocaína la siguen consumiendo actualmente de forma asidua, exactamente representa el 66,6%, frente a un 33,3% que no la consume a día de hoy.

Tabla 20. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio: alcohol.

Edad de inicio: alcohol	Frecuencia	%
De 10 a 15 años	1	25%
De 16 a 18 años	1	25%
De 19 años a 21 años	1	25%
Más de 23 años	1	25%
Total	4	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 10. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio: alcohol.



Fuente: elaboración propia.

Las representaciones anteriores muestran que de las 4 mujeres que consumen alcohol, el 25% comenzó a hacerlo entre los 10 y 15 años, 25% entre los 16 y los 18, 25% entre 19 y 21 años, y finalmente el mismo porcentaje se repite para aquellas que comenzaron a consumirlo mayores de 22 años.

Tabla 21. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el consumo actual: alcohol.

Consumo actual: alcohol	Frecuencia	%
Si	4	100%
No	0	
Total	4	100%

Fuente: elaboración propia.

Se muestra como el 100% de ellas actualmente consume alcohol.

Tabla 22. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio: tranquilizantes (con prescripción médica)

Edad de inicio: tranquilizantes	Frecuencia	%
De 18 a 20 años	1	50%
Más de 20 años	1	50%
Total	2	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 23. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el consumo actual: tranquilizantes (con prescripción médica).

Consumo actual: tranquilizantes	Frecuencia	%
Si	2	100%
No	0	
Total	2	100%

Fuente: elaboración propia.

Los datos demuestran como de las 2 usuarias, 1 comenzó a consumir tranquilizantes de los 18 a 20 años, y la segunda lo comenzó a hacer superado los 20 años. Además el 100% de las mujeres que indicó como otra droga de consumo tranquilizantes, actualmente la sigue consumiendo.

Tabla 24. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de inicio: anfetaminas.

Edad de inicio: anfetaminas	Frecuencia	%
18 años	2	100%
Total	2	100%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 25. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el consumo actual: anfetaminas

Consumo actual: anfetaminas	Frecuencia	%
Si	1	50%
No	1	50%
Total	2	100%

Fuente: elaboración propia.

Los datos muestran que el 100% de las mujeres comenzaron a consumir anfetaminas a los 18 años. Se muestra también que el 50% (1) actualmente sigue consumiendo esta droga.

Tabla 26. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si los miembros de la familia conocen o no su drogodependencia.

Los miembros de la familia conocen su drogodependencia.	Frecuencia	%
Si	35	83,3%
No	7	16,6%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

El 83,3% de las usuarias respondió que su familia sí conoce su drogodependencia, frente a un porcentaje menor el 16,6% que respondió que no.

Respeto a las características relacionadas con la dependencia a la drogas de las usuarias en PMM y haciendo hincapié en aquellos aspectos más relevantes, se observa que la gran mayoría (90,5%) demanda tratamiento en la UAD de Ofra por dependencia a la heroína. La gran mayoría de ellas comenzó a consumir entre los 16 y los 20 años; los intervalos de edad más destacados en relación a la edad del primer tratamiento de sustitutivos de opiáceos son las edades comprendidas entre 18-25 y más de 35. Por otro lado, más del 85% afirma haber acudido al centro por iniciativa propia.

El 71% de las usuarias afirman el consumo de otras drogas, entre las que destacan el cannabis y la cocaína. De las 7 que nombraron el cannabis, 6 de ellas actualmente la sigue consumiendo. En cuanto a la cocaína, de las 15 que hicieron referencia a esta droga, sólo 5 de ellas actualmente no la consume. También, 4 de las usuarias expresaron haber consumido alcohol y seguir consumiéndolo en la actualidad.

### 5.3 Consecuencias relacionadas con el consumo de drogas en las usuarias de PMM de la UAD de Ofra.

Tabla 27. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el estado serológico Hepatitis C.

Estado serológico hepatitis C	Frecuencia	%
Positivo	27	64,4%
Negativo	15	37,7%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

En los datos se muestra que el 37,7% del total de las usuarias incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona tienen un estado serológico negativo de la hepatitis C, frente a un 64,4% restante positivo.

Tabla 28. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el estado serológico Hepatitis B.

Estado serológico hepatitis B	Frecuencia	%
Positivo	3	7,15%
Negativo	39	92,85%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

En los datos se muestra que el 7,15% del total de las usuarias incluidas en PMM tienen un estado serológico positivo de la hepatitis B, frente a un 92,85% restante negativo.

Tabla 29. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la situación test VIH.

Estado serológico	Frecuencia	%
Positivo	9	21,4%
Negativo	33	78,6%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

En los datos anteriores observamos que el 21,4% de las usuarias, es decir 9 de ellas tiene positivo el VIH, frente a un 78,6% negativo.

Tabla 30. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si ha sido víctima de violencia de género.

Ha sido víctima de violencia de género	Frecuencia	%
Si	27	64,3%
No	15	37,7%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

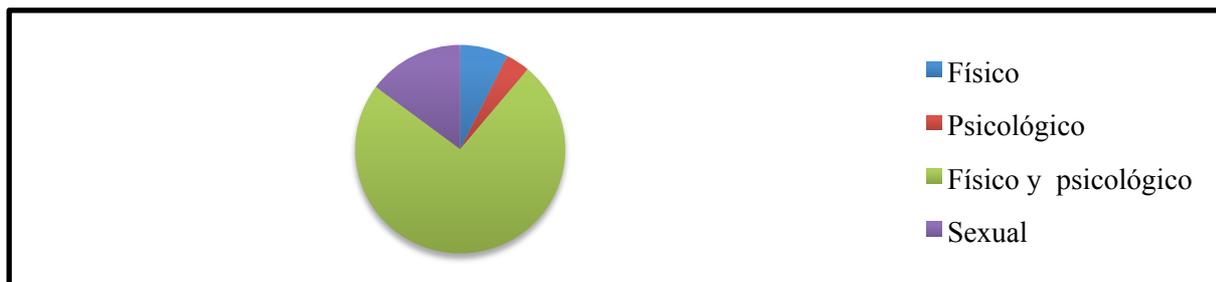
Tal y como se observa, de las 42 usuarias, 27 de ellas, es decir el 64,3% ha sido víctima de violencia de género, frente a un 37,7% que no.

Tabla 31. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el tipo de maltrato.

Según el tipo de maltrato	Frecuencia	%
Psicológico	1	3,7%
Físico	2	7,4%
Psicológico + Físico	20	74,1%
Sexual	4	14,8%
Total	27	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 11. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el tipo de maltrato.



Fuente: elaboración propia.

Se observa, respecto al tipo de maltrato, que el 70,1% del total de las usuarias ha sido víctima de violencia física y psicológica; el 7,4% representa a aquellas que han sido víctimas de violencia sólo física, frente a un 3,7% que sólo ha sido psicológico. Por último, un 14,8% del total indica a aquellas mujeres que han sufrido violencia sexual.

Tabla 32. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según por quién haya sido el maltrato.

Por parte de:	Frecuencia	%
Pareja	25	92,6%
Familiares	2	7,4%
Total	27	100%

Fuente: elaboración propia.

En los datos representados anteriormente, se muestra como el 92,6% de las usuarias ha sido víctima de violencia de género por parte de su pareja o ex-pareja, mientras que el 7,4% representa a aquellas que lo han sido por parte de familiares.

Tabla 33. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si el maltrato ha sido ocasional o habitual.

Según por parte de quién haya sido el maltrato	Frecuencia	%
Habitual	15	55,5%
Ocasional	12	44,4%
Total	27	100%

Fuente: elaboración propia.

Se observa en la representación que el 55,5% de la violencia ha sido habitual, mientras que 12 de las mujeres, es decir, el 44,4%, afirma que ocasional.

Tabla 34. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si padecen otros tipos de enfermedades.

Padecen otros tipos de enfermedades	Frecuencia	%
Si	11	26,2%
No	31	73,8%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

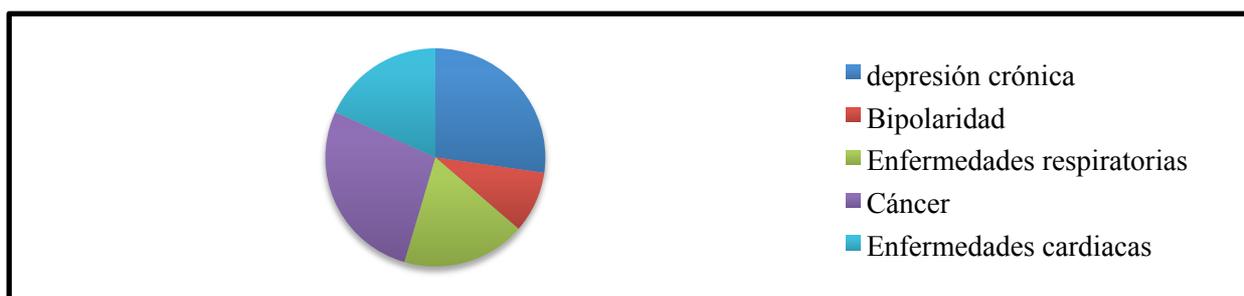
Los datos anteriores muestran que 26,2% de las mujeres entrevistadas sufre algún tipo de enfermedad (diagnosticada) aparte del VIH y hepatitis, frente a un 73,8% que afirmó que no padecía ninguna.

Tabla 35. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el tipo de enfermedad que padecen.

Tipo de enfermedad que padecen	Frecuencia	%
Depresión crónica	3	27,3%
Bipolaridad	1	9,1%
Enfermedades respiratorias	2	18,2%
Cáncer	3	27,3%
Enfermedades cardiacas	2	18,2%
Total	11	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 12. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el tipo de enfermedad que padecen.



Fuente: elaboración propia.

En la representación anterior se muestra como la depresión crónica y el cáncer son las dos enfermedades más comunes entre las mujeres incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona, representando por separado un 27,3% cada una. Las enfermedades respiratorias representan un 18,2% del total, patologías psiquiátricas como la bipolaridad el 9,1%, y las enfermedades cardiacas el 18,2%.

Tabla 36. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si ejerce actualmente la prostitución.

Ejerce actualmente la prostitución.	Frecuencia	%
Si	2	4,8%
No	40	95,2%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Del total de las usuarias, el 4,8%, es decir 2 de ellas ejercen actualmente la prostitución; mientras que el resto, 95,2% respondió el no ejercerla.

Tabla 37. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según los motivos por los que ejercen la prostitución.

Motivos por los que ejercen la prostitución.	Frecuencia	%
Obtener dinero para costear la droga	2	100%
Total	2	100%

Fuente: elaboración propia.

Se observa que las 2 mujeres que afirmaron ejercer la prostitución la realizan para obtener dinero para costearse el consumo de droga.

Tabla 38. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si ha estado alguna vez en prisión.

Ha estado alguna vez en prisión.	Frecuencia	%
Si	21	50%
No	21	50%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores muestran como la mitad de las usuarias han estado en prisión.

Tabla 39. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la causa de haber estado en prisión

Causa de haber estado en prisión	Frecuencia	%
Robo	3	14,2%
Tráfico de drogas	13	62%
Otras causas	5	23,8%
Total	21	100%

Fuente: elaboración propia.

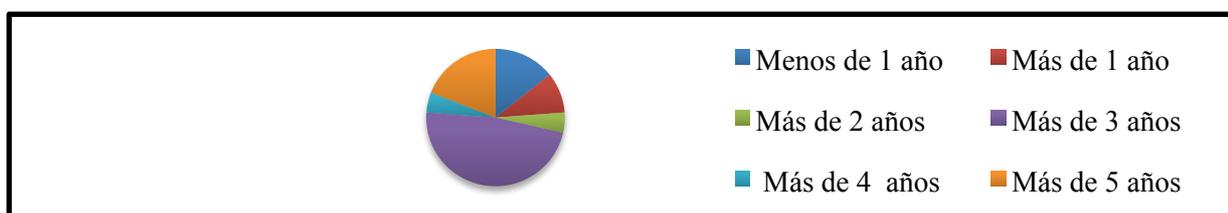
Tal y como se observa, de las mujeres que han estado en prisión, un 62% corresponde a aquellas que lo han estado por tráfico de drogas, un 14,2% por robo y un 23,8% por otra causa.

Tabla 40. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el periodo de tiempo que hayan estado en prisión.

Periodo de tiempo en prisión.	Frecuencia	%
Menos de 1 año	3	14,3%
Más de 1 año	2	9,5%
Más de 2 años	1	4,7%
Más de 3 años	10	47,6%
Más de 4 años	1	4,7%
Más de 5 años	4	19%
Total	21	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 13. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el periodo de tiempo que hayan estado en prisión.



Fuente: elaboración propia.

En la representación anterior se observa que el 47,6% de las usuarias que han estado en prisión ha sido durante más 3 años, más de 5 años representa el 19% de ellas. También el 14,3% ha estado en prisión menos de un año, más de 1 año el 9,5%, y finalmente más de 3 años y más de 4 comparte porcentajes idénticos: 4,7%.

Respecto a las consecuencias relacionadas con el consumo de drogas de las mujeres objeto de estudio, se destaca que cerca del 65% sufre Hepatitis C, y sólo un 7,1% sufre Hepatitis B. Respecto al VIH, 9 de las mujeres objeto de estudio la sufren. Por otro lado, se destaca que el 64% de las usuarias ha sufrido violencia de género, destacando la violencia psicológica y física conjuntamente (generalmente por parte de la pareja y de forma habitual).

Muchas de las usuarias afirman no tener otras enfermedades, aunque el 26% que afirma si sufrirlas destacan el cáncer y la depresión crónica.

La prostitución la ejercen 2 de las 42 usuarias objeto de estudio, y el motivo es obtener dinero para poder costearse la droga. Por otro lado, el 50% de las mujeres en PMM afirman haber estado en prisión alguna vez en la vida, destacando como causa principal el tráfico de drogas y como periodo de estancia en la misma más de 3 años.

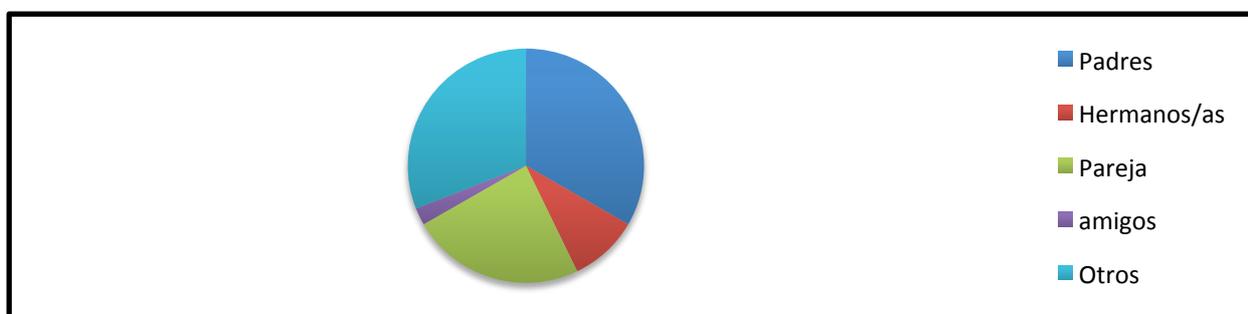
#### 5.4 Características familiares de las usuarias de PMM de la UAD de Ofra.

Tabla 41. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según qué persona o personas han sido apoyo en el tratamiento y en el mantenimiento de este programa (PMM).

Persona/as que han sido apoyo en el tratamiento y mantenimiento de este programa (PMM).	Frecuencia	%
Padre y madre	14	33%
Hermanos/as	4	10%
Pareja	10	24%
Amigos/as	1	2%
Otros	13	31%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 14. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según qué persona o personas hayan sido apoyo en el tratamiento y en el mantenimiento de este programa (PMM).



A la pregunta: ¿Qué personas han sido apoyo en el tratamiento y en el mantenimiento de este programa?, el 33,3% de las usuarias han respondido que los padres han sido y son el apoyo principal; un 31%, es decir 13 de las mujeres, han contestado que otras personas, frente a un 9,5% que ha nombrado como apoyo principal a hermanos/as. Finalmente un 2,4% hace referencia principal a amigos/as.

Tabla 42. Usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según tenga pareja actualmente.

Según tengan pareja afectiva	Frecuencia	%
Si	27	64,3%
No	15	35,7%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores muestran como más de la mitad, exactamente el 64,3% si tiene pareja actualmente, frente a un 35,7 % que afirma no tenerla.

Tabla 43. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según si las parejas son dependientes a alguna sustancia ilegal.

Las parejas son dependientes a alguna sustancia ilegal	Frecuencia	%
Si	11	40,7%
No	16	59,3%
Total	27	100%

Fuente: elaboración propia.

De las 27 usuarias objeto de estudio, el 40,75% de ellas respondió que su pareja si es dependiente a alguna sustancia ilegal; de lo contrario, el 59,3% respondió que no.

Tabla 44 Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el número de hijos/as.

Hijos/as	Frecuencia	%
0	8	19%
1	8	19%
2	11	26,2%
3	7	16,6%
4	6	14,3%
7	2	4,75%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Tal y como se observa, son más las usuarias que tienen 2 hijos/as, representando el 26,2% del total, seguido de las que tienen 1 y ninguno representando cada dato el 19%. También se observa que 7 de las usuarias, es decir el 16,6% tiene 3 hijos/as. El 14,3% del total representa a aquellas con 4 hijos/as, y el 4,75% a las que tienen 7.

Tabla 45. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la edad de los hijos/as

Edad de los hijos/as	Frecuencia	%
Mayores de edad (+18)	14	48,3%
Menores de edad (-18)	15	51,7%
Total	29	100%

Fuente: elaboración propia.

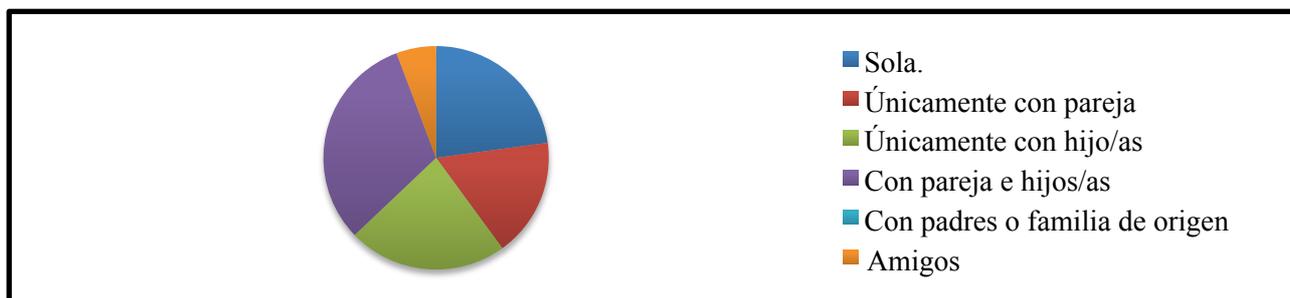
Además, según los datos anteriores, más de la mitad de los hijos/as de las usuarias incluidas en el Programa de Mantenimiento con metadona son menores de edad, representando un 51,7%, frente a un 48,3% que son mayores de edad.

Tabla 46. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la convivencia.

Convivencia	Frecuencia	%
Sola	8	10,05%
Únicamente con pareja	6	14,3%
Únicamente con hijos/as	8	10,05%
Con pareja e hijos/as	11	26,2%
Con padres o familia de origen	7	16,7%
Amigos	2	4,75%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Gráfico 15. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según la convivencia.



Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores muestran que el 10,05% del total de las usuarias actualmente viven solas, porcentaje idéntico el que representa a las que conviven únicamente con sus hijos/as. El porcentaje mayor, 26,2%, 11 de las mujeres, viven con sus parejas e hijos/as. Aquellas que conviven solamente con sus parejas representan un 14,3%, 16,7% las que viven con padres o familia de origen, y finalmente 2 de las usuarias, el 4,75% que conviven con amigos/as. Todos estos datos muestran como la mayoría de las mujeres incluidas en este programa viven con sus familiares.

Tabla 47. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según los antecedentes familiares en relación al consumo de drogas.

Antecedentes familiares en relación al consumo de drogas	Frecuencia	%
Si	23	54,7%
No	19	45,3%
Total	42	100%

Fuente: elaboración propia.

Los datos anteriores muestran que el 54,7% de las usuarias respondió que si a la pregunta: ¿Existe algún miembro de la familia que consuma o haya consumido droga?, frente a un 45,3% que respondió no.

Tabla 48. Usuaris del Programa de Mantenimiento con Metadona la de UAD de Ofra de S/C de Tenerife según el miembro que consume o que haya consumido droga.

Miembro de la familia que haya consumido o consume droga.	Frecuencia	%
Madre y padre	9	39,1%
Hermanos/as	13	56,5%
Otros	1	4,35%
Total	23	100%

Fuente: elaboración propia.

Tal y como muestran los datos anteriores, el porcentaje mayor, representando un 56,5% hace referencia a los hermanos/as, mientras que un 39,1% se refiere a padres y un 4,75 a otros miembros.

En este apartado en relación a las características familiares de las usuarias en PMM de la UAD de Ofra, se destaca a los padres y madres como principal apoyo en el tratamiento y mantenimiento de este programa, aunque se debe hacer hincapié en que muchas de las usuarias afirmaron ‘otros’ como apoyo principal, haciendo referencia mayoritariamente al equipo terapéutico del centro, destacando el papel de la trabajadora social y el médico.

27 de las usuarias afirmaron tener pareja afectiva actualmente, y cerca de 41% afirmó que dicha persona es dependiente a alguna sustancia ilegal.

En relación a los hijos/as de las usuarias, se destaca que son más las que tienen dos hijos , seguido de las que tienen 0 y 1. Además el 51,7% de las mujeres que están incluidas en este programa y tienen hijos/as, son en un gran porcentaje menores de edad.

Por otro lado, respecto a la convivencia, se destaca que muchas de ellas actualmente convive con su pareja e hijos/as, aunque también resalta el dato de aquellas que viven solas.

Más de la mitad de las mujeres objeto de estudio afirmó la existencia de antecedentes familiares en relación al consumo de droga, destacando sobre todo a los hermanos/as como principales consumidores

## 7. ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN.

Una vez expuestos los resultados y el consiguiente resumen de cada uno de los apartados concretos en relación a las características analizadas, se aclaran y se contrastan las hipótesis planteadas con anterioridad a la realización del trabajo de campo.

**H1.** Las usuarias incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona superan los 40 años de edad y la droga principal es la heroína.

Según los datos obtenidos, ciertamente un gran porcentaje de las mujeres que están incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona supera los 40 años, incluso los 45 y los 51. Se debe destacar como dato relevante que la mayoría de las mujeres tomaron la decisión de incluirse en este tipo de programas entre los 18 y 25 años, edad aproximada a la que comenzaron a consumir, dato sorprendente y que contrasta al observar que también muchas de ellas lo hicieron ya superado los 35 años de edad, teniendo una larga trayectoria de consumo durante más de 20 años.

Tal y como se expresa en el marco teórico, Las Naciones Unidas (2006) afirma que las mujeres jóvenes asocian el origen del consumo a la curiosidad, el deseo de probar algo nuevo, sentir sensaciones nuevas, el sentirse adulto y divertirse más, así lo demuestran los datos al haber un gran porcentaje de usuarias que comenzaron en el consumo entre los 18 y los 25, tal y como se expresa con anterioridad.

En relación con las usuarias que han empezado a consumir después de los 35 años, también, las Naciones Unidas (2006), confirma la hipótesis que en las mujeres adultas esta conducta se asocia a pasar por momentos de cambio personal dentro del ciclo vital, la marcha de los hijos/as de casa, la pérdida de seres queridos, las separaciones o divorcios, sentimientos de soledad, pérdida de vitalidad, de salud, de status, dejar de trabajar, incluso a la necesidad de establecer nuevas relaciones.

También se debe hacer hincapié en que no todas las usuarias comienzan este tipo de programa por consumo de heroína, aunque sea la mayoría. Algunas de ellas han comenzado el tratamiento por consumo de metadona en la calle.

**H2.** La mayoría de las usuarias tienen más de 3 hijos/as.

Una vez analizado los datos, se observa que no existe un patrón determinado, por lo que dicha hipótesis no se confirma, ya que predominan las mujeres que tienen 2 hijos/as,

además de aquellas que no tienen ninguno. No obstante no se puede realizar un perfil exacto del número de hijos/as de las mujeres que están incluidas en este programa, ya que los datos son diversos.

También, se debe destacar que tras el estudio de los datos se ha podido demostrar que predominan los hijos/as menores de edad y que actualmente están a su cargo.

**H3.** La gran mayoría de las usuarias tienen estudios primarios y no trabajan actualmente.

Respecto a ello, tras analizar los datos, se puede destacar a aquellas mujeres que actualmente se encuentran desempleadas, pero que han trabajado con anterioridad. Muchas de ellas, incluso más de la mitad, tienen algún tipo de ingreso económico mensual debido a los años cotizados. No obstante, se puede determinar según los datos, que el perfil que predomina es el de aquellas que tienen como máximo de estudios los primarios; por lo que se llega a la conclusión de que muchas de ellas no experimentan un reincorporación laboral debido a el nivel de estudios.

También, se ha podido observar, que aunque se establezca un perfil de mujeres desempleadas y con niveles de estudios bajos, existe también un porcentaje de usuarias que han realizado estudios universitarios o de grado medio, incluso otros títulos superiores en el Conservatorio de Música de Tenerife.

**H4.** La mayoría de las usuarias no realizan ningún tipo de *hobbie*.

Tras la investigación se puede demostrar que dicha hipótesis no se confirma, ya que cerca del 65% de las usuarias actualmente practica alguna actividad, es decir 27 de ellas. Predominan aquellas actividades relacionadas con el deporte (gimnasio, caminar, etc.). También, muchas usuarias afirman realizar actividades relacionadas con la lectura, además de aquellas (18,5%) que exponen dedicar el tiempo libre a realizar otras actividades como la meditación o el estudio por cuenta propia.

Tal y como expone Soriano (2001); el manejo del ocio es un espacio básico para trabajar en el proceso de tratamiento de la usuaria, el empleo que haga de él, ya que ello le ayuda a integrarse. Aunque más de la mitad afirmó realizar actividades, se debe focalizar la atención en aquellas que expusieron no realizar ninguna. Las mismas disponen de una cantidad importante de tiempo libre, por ello y por las relevantes consecuencias que se desprenden de cómo se utilice el mismo, se debe ofrecer a las mismas prestaciones psicosociales y elaborar una gama de propuestas lúdicas como parte del tratamiento.

##### **H5.** La mitad de ellas sufre Hepatitis C.

Los resultados han proporcionado datos alarmantes, ya que son más de la mitad de las mujeres las que sufren Hepatitis C. Ésta se entiende como una enfermedad del hígado causada por el virus del mismo nombre; ese virus puede causar una infección, pudiendo ser ésta aguda o crónica (Organización mundial de la Salud, 2014). También en relación con las enfermedades infecciosas, se debe recalcar que cerca del 22% de las usuarias padece VIH, lo que hace recapacitar acerca de la prevención ofertada en materia de salud por parte de instituciones y entidades. Se parte de la idea de que el virus de la hepatitis C se transmite a través de la sangre, y las causas de infección más comunes son las prácticas de inyección poco seguras, por lo que tras el análisis de datos, se demuestra que la escasa información y prevención en este tema es la causa de que un gran porcentaje de mujeres que están incluidas en este programa padezcan esta enfermedad.

##### **H6.** El 100% de ellas están incluidas en el Programa de mantenimiento con Metadona desde hace más de 5 años.

Ciertamente, un gran porcentaje de mujeres de este programa se encuentra en el mismo desde hace más de 5 años, incluso se puede llegar a afirmar y determinar un perfil que determina que más del 65% de ellas se encuentra en él desde hace más de 10 años.

Tal y como destacaba Meneses y Charro (2000), el Programa de Mantenimiento con Metadona ha demostrado con éxito poder retener a las personas en tratamiento, eliminando o disminuyendo mucho el consumo de heroína durante el mismo y reduciendo el riesgo de infección por el VIH; también mejora tanto el estado de salud mental como físico, al igual que la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, además de reducir la criminalidad. El éxito del mantenimiento a largo plazo con metadona es más probable, cuando el tratamiento se desarrolla en el contexto de una relación terapéutica bien establecida y cuando se abordan las necesidades médicas, sociales y psicológicas del paciente. Por lo que se ha de destacar la coordinación y la integralidad del equipo terapéutico de la Unidad para que el tratamiento de sustitutivo de opiáceos sea efectivo. El tratamiento bio-psico-social por parte de los/las profesionales es determinante para que la usuaria tenga motivación por seguir en abstinencia de heroína y mantenerse en el programa.

Del mismo modo, la hipótesis se confirma cuando se relaciona con lo expuesto con Arza (2002), ya que el mismo afirma que los PMM son las terapia de sustitución que más se utiliza para los dependientes de opiáceos. Además, se obtienen mejores resultados y se

registra una permanencia más prolongada en el tratamiento, sobre todo cuando las dosis son correctas y existe una orientación en cada momento a las usuarias.

**H7.** La mayoría de las parejas de las usuarias también son consumidor de alguna droga ilegal.

Partiendo de los datos obtenidos, más de la mitad de las usuarias, cerca de un 65% actualmente tiene pareja afectiva. Aquellas que tienen pareja actualmente, han expuesto (más de la mitad) que sus parejas son consumidoras habituales, incluso, muchas de ellas, también usuarias del Programa de Mantenimiento con Metadona. En la entrevista con las mujeres y en la recopilación de los datos, se ha llegado a la conclusión de que tener una pareja consumidora es factor de riesgo para llegar a generar una dependencia a través de la transición de la prueba de sustancias con el/ella en la vida diaria.

La dependencia afectiva de la pareja es más intensa en el caso de las mujeres, que se inician con frecuencia al consumo para compartir experiencias con su pareja (conseguir su aceptación y una mayor vinculación) y cuya opinión suele ser determinante a la hora de abandonar el consumo e iniciar tratamiento. Muchas de las mujeres afirman haber comenzado a consumir heroína por curiosidad o para conseguir la aprobación de la pareja, lo cual generó dependencia a largo plazo.

**H8.** Muchas de las usuarias ha sido víctima de violencia de género.

Muchas de las usuarias que se encuentran en este programa son o han sido víctimas de violencia de género por parte de sus parejas o ex parejas, de forma habitual generalmente, exactamente un 64% de ellas. Se contrasta la información con datos relevantes que exponen el 80 por ciento de los casos de violencia de género están relacionados con el consumo de alcohol, drogas o psicofármacos (Asociación Española de Centros de Día de Drogodependencias, 2013).

Se puede relacionar, tal y como se explicaba con anterioridad, que el mantener una relación con una persona drogodependiente o consumidora abusiva de alguna sustancia, aumenta las probabilidades de sufrir violencia de género. En este momento se trata de un problema que causa una gran preocupación tanto a nivel social como institucional, y ello por razones bien fundadas, ya que las cifras son realmente alarmantes.

Se recalca que cerca del 75% de las mujeres que afirmaron sufrir violencia de género, sufrían maltrato físico y psicológico conjuntamente, el resto afirmó sufrirlo por separado.

El dato es aún más alarmante al afirmar que solo un porcentaje mínimo efectuó una denuncia, el resto expresó no realizarla por miedo a represalias o incluso por miedo a ser asesinada.

**H9.** Las mujeres incluidas en este programa consumen otras drogas.

Los resultados obtenidos ratifican esta hipótesis. De las 42 usuarias, 30 consumen o han consumido otras drogas; la mayoría de ellas se caracterizan por el consumo habitual de cocaína, seguido del cannabis, alcohol, tranquilizantes y anfetaminas.

Como se exponía, la cocaína es la droga más consumida por las mujeres que se encuentran en este tipo de programas; la oferta y disponibilidad de la misma en la calle, aumenta la probabilidad de que la consuman habitualmente y de una manera normalizada.

Además, se hace referencia a lo expuesto por Becoña (2001) anteriormente en el marco teórico; existe, como desventaja al programa de mantenimiento con metadona, la posibilidad de que incremente el consumo de cocaína, incluso el de los sedantes, tal y como se ha demostrado en el estudio.

**H10.** Las usuarias que han ejercido la prostitución ha sido para costearse el consumo de drogas.

La investigación ha demostrado que actualmente sólo un 5% ejerce la prostitución, es decir 2 de las mujeres en las que se ha basado el estudio. Efectivamente, en su totalidad, la ejercen para costearse el consumo de drogas. No obstante, se ha de recalcar como dato significativo que muchas de ellas expresaron en el propio encuentro el no ejercerla actualmente, pero sí haberla ejercido con anterioridad por los mismos motivos, sumándole razones de inestabilidad económica para cubrir las necesidades fisiológicas básicas (alimentación, agua, luz, etc).

Ello está basado y se confirma con lo expresado en el marco teórico por parte de Arostegui (2013), ya que la autora expresa que la prostitución es un tema añadido al problema de la adicción, la cual agrava más los problemas derivados de la misma. Ésta opción la única oportunidad para conseguir ingresos ante la extrema pobreza.

**H11.** Ninguna de ellas ha estado interna en un centro penitenciario.

He aquí uno de los datos más significativos; la hipótesis realizada no ha sido confirmada, ya que exactamente la mitad de las usuarias ha estado interna en un centro penitenciario.

Los datos demuestran que el 50% alguna vez ha estado en prisión, destacando a aquellas que han estado por más de 3 años, representando el 62% del total. La causa principal es el tráfico de drogas, seguido de otras causas como la falsificación de documentos, encubrimiento o robo.

Las cifras demuestran que el consumo de droga puede derivar en actividades delictivas, teniendo por objetivo obtener recursos económicos para su compra y posterior consumo.

Relacionando variables, se observa como un gran porcentaje de las mujeres viven por debajo del umbral de pobreza (sin ingresos económicos), provenientes de familias desestructuradas, y en un gran porcentaje, mujeres con cargas y responsabilidades en el ámbito familiar, sobre todo haciendo referencia a hijo/as. Todos estos factores tienen incidencia directa en la comisión de delitos, sobre todo aquellos que están relacionados con la obtención de dinero. No obstante, esto no indica que la drogodependencia es desencadenante de la delincuencia, pero si un factor de riesgo.

**H12.** Existen antecedentes familiares de consumo de drogas de la mayoría de las usuarias.

Se confirma; más de la mitad de las usuarias han afirmado tener antecedentes familiares en el consumo de droga. Se destaca la mención en un gran porcentaje, de los hermanos/as como consumidores, aunque también se hace referencia significativamente a los padres. Ello hace llegar a la conclusión de la ausencia de representaciones parentales válidos es un factor directo en el consumo y transición de prueba de sustancias al abuso y dependencia. Es por ello que este factor es para las mujeres uno de los más determinantes en relación con el consumo de drogas, incluso con el tráfico de las mismas para llegar a costearlas.

**H13.** En el proceso de tratamiento y mantenimiento en el Programa, el apoyo familiar principal recae en los padres y madres.

Tal y como se expuso en la hipótesis, los padres, sobre todo el papel de la madre, es y ha sido fundamental en el proceso del tratamiento de estas mujeres. Gran mayoría de las usuarias hace mención de su madre, señalándola como imprescindible en todo el proceso.

Es el principal vínculo y el más persistente de todos. Tal y como se nombra en el marco teórico, la familia, según Martín y Peraza (2007a), es como el lugar aprendizaje, de pertenencia, de afecto y de seguridad, y ofrece grandes oportunidades para desarrollar las capacidades socio afectivo-emocionales de los sujetos. Ello es esencial a la hora de

relacionar el afecto y el apoyo en relación con las drogodependencias, ya que estos factores son primordiales para que el proceso de abandonar las drogas sea efectivo.

Es por todo ello que existe una concordancia entre lo expuesto por Peraza (2007a) y lo recabado en esta investigación; desde la familia se debe establecer una relación empática que posibilite la capacidad de adaptación de sus miembros a diferentes experiencias emocionales dentro de la sociedad, y que a su vez permita modificar aquellos aspectos que puedan ser disfuncionales, como es en este caso, la drogodependencia.

Por otro lado, un gran porcentaje de mujeres destacó como apoyo principal y fundamental el del equipo terapéutico del Centro. El papel del médico y de la trabajadora social es nombrado por un gran porcentaje de ellas, aludiendo al apoyo, siempre profesional, que les han brindado. En esta línea se puede afirmar que un buen y adecuado tratamiento por parte de los/as profesionales puede motivar al mantenimiento de la abstinencia. La escucha activa, la empatía, el refuerzo, el apoyo, entre otras habilidades sociales, son claves para que la mujer drogodependiente sienta ambición por cambiar o modificar su estilo de vida.

## **8.CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS.**

El estudio ha permitido alcanzar los objetivos que se pretendían, es decir, conocer cuales son las características socio-ambientales de las mujeres que están incluidas en PMM de la UAD de Ofra. El acercamiento a una aproximación de la realidad de las vidas de estas mujeres drogodependientes ha sido posible gracias a la colaboración de la Asociación San Miguel y a la coordinación y cooperación del quipo terapéutico, además de a la colaboración mostrada por parte de las usuarias.

Los resultados obtenidos tras la investigación coinciden, en muchos aspectos, con las hipótesis formuladas, así como con las aportaciones de los autores que conforman el marco teórico del estudio. De esta manera, y tal como expone el Plan Nacional Sobre Drogas (2007) el drogodependiente provoca una separación con las personas que no consumen y se relaciona únicamente con personas adictivas, y que desempeñan el mismo rol dentro de la sociedad, ya que así lo ha demostrado el estudio realizado, manifestando que muchas de las mujeres que tienen pareja las mismas son consumidoras. Además, la investigación coincide al 100% con lo expuesto por Martín (2009), cuando expone que parecen existir ciertas características personales o ambientales que pueden facilitar la probabilidad de consumir, no actuando por separado, sino que interactúan unos con otros, viéndolo así en los resultados obtenidos en el estudio.

Otro dato a destacar es aquel que relaciona lo expuesto por Rubio (2004) y lo que se ha demostrado tras la obtención de los resultados en esta investigación; el principal objetivo de este tipo de programas es mejorar la calidad de vida de las usuarias, reducir en medida de lo posible las consecuencias negativas que provoca el consumo de drogas.

Además, se recalca la ventaja que expone el mismo autor; atraer a la red de recursos a las individuos, que tal y como se mostró en los resultados, consumían metadona independientemente en la calle. Ello tiene como resultado la incorporación a una red de apoyo que ignoraban, la cual reduce todas las consecuencias negativas, referidas, tanto a la salud, como al ámbito socio-familiar.

Tal y como se ha observado, la coordinación y cooperación del equipo terapéutico son claves para que en este tipo de programas las mujeres exploten sus potencialidades. Soriano (2001) así lo expone; la intervención profesional de trabajadores sociales, educadores sociales y psicólogos, como aquellos recursos humanos y técnicos que se articulen a su alrededor, son primordiales para mantener la abstinencia y hacer efectivo el tratamiento. Por ello, gran porcentaje de las mujeres tratadas afirman que la atención y el apoyo psicosocial han sido determinantes para la continuidad en este tipo de programa.

Gracias al estudio realizado en la UAD de Ofra, se ha podido comprobar que la presencia de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de las drogodependencias es muy importante para atender la parte social del proceso de tratamiento biopsicosocial que se lleva a cabo con los pacientes drogodependientes. El papel del Trabajador/a Social es clave en los PMM, ya que la fase de acogida es realizada por estos profesionales. En ella, se establece una relación interpersonal que condicionará a la usuaria a continuar o no en el proceso de recuperación. Por ello, es importante establecer una serie de objetivos que concuerden y vayan en armonía con los de la usuaria, para de este modo, obtener éxito en el proceso del tratamiento, así como en su reintegración social.

Otro de los aspectos relevantes del estudio es el papel que tiene la familia de las mujeres drogodependientes en el mantenimiento de la abstinencia. La familia resulta esencial como red de apoyo, así lo demuestran los datos obtenidos en el estudio; pero de la misma forma, la familia puede convertirse en un factor de riesgo, sobre todo, tal y como se ha nombrado anteriormente, cuando existen antecedentes de consumo por parte de los miembros de la misma, ya sea por parte de padres, hermanos o parejas.

Por ello, el papel del trabajador/a social es de especial relevancia en este aspecto, ya que aparte de tratar las dificultades personales de la individuo, el profesional indaga en las dificultades y necesidades aparentes en el ámbito familiar, para así intervenir e intentar establecer un equilibrio que ofrezca armonía, potenciando los factores de protección y minimizando, en la medida de lo posible, los de riesgo.

Además, se debe fomentar la atención continua a los familiares y el trabajo individualizado con ellos, ya que suelen ser los grandes perjudicados en el problema de las drogodependencias. Trabajar la motivación hacia el tratamiento con los/as usuarios/as, también es un aspecto significativo para conseguir el éxito en la intervención, pues, como hemos visto, los pacientes pueden acudir a los recursos voluntariamente o forzados por su entorno.

Las drogodependencias son consideradas como objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del trabajo social, ya que en la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia en el cambio social. Los/as profesionales de este ámbito contribuyen a que esta disciplina se cada vez más valorada por la sociedad, por las instituciones, además de por otros/as profesionales.

Como objetivo aparte, este estudio puede proporcionar, tanto a profesionales de esta disciplina como a la de otras, la importancia de la figura del graduado en Trabajo social en el ámbito de las drogodependencias, más concretamente en la función que realizan en la intervención y tratamiento con mujeres drogodependientes que están incluidas en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Conocer las características sociomambientales y familiares de este colectivo, para actuar en función de sus necesidades y dificultades, ya que cada individuo presenta una historia personal y sociofamiliar diferente.

Se quiere lograr también la reducción del etiquetaje negativo de este colectivo, poner de manifiesto que la drogodependencia es un fenómeno multicausal en la que intervienen una variedad de factores que deben tomarse en cuenta a la hora de intervenir. Concienciar a la sociedad sobre este ámbito, ya que la cuestión del consumo de drogas es un problema que implica a toda la sociedad, y como tal no está exento de actitudes, valoraciones o corrientes de opinión. Demostrar que los PMM reúnen una serie de ventajas que proporcionan mejorar, en medida de lo posible, la calidad de vida de los individuos. En la misma línea, puede ser relevante para los estudiantes de este Grado que estén interesados en este ámbito o, incluso, que no lo conozcan, pues les permitirá tener una visión más cercana al tema.

El Trabajo de Fin de Grado ha cumplido totalmente con las expectativas marcadas con anterioridad. La realización de las prácticas externas del Grado en esta Asociación, y más concretamente en este centro, ha facilitado notablemente la realización del estudio, ya que el contacto y la familiaridad con los/as profesionales del centro ha dado la oportunidad de trabajar con mayor motivación y seguridad.

Del mismo modo, establecer un contacto profesional con las usuarias incluidas en este programa ha sido satisfactorio, tanto profesional como personalmente, habiendo facilitado la situación la colaboración y reciprocidad de las mismas en el proceso de estudio.

La elección de la temática viene dada por la curiosidad provocada al realizar las prácticas externas el año anterior. El colectivo de las mujeres drogodependientes, incluidas en este programa de mantenimiento con metadona, despertó interés en la realización de una investigación que abordara y estudiara las características sociambientales y familiares de las mismas.

Asimismo, la ayuda y colaboración de la profesora Berta Puyol en la elaboración de este trabajo ha sido fundamental. La supervisión y dedicación han sido claves para alcanzar los objetivos, tanto de la asignatura como de la investigación realizada. De la misma manera, esta investigación y los datos que se han obtenido al estudiar la realidad actual de las mujeres drogodependiente, han servido como motivación para continuar investigando el fenómeno de las drogodependencias, seguir formándome en este ámbito para así, en un futuro, como Trabajadora social, dedicar mi vida profesional a intervenir y trabajar con la población drogodependiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Alborch, C. (1990). Factores asociados a la toxicodependencia en la mujer. En Arostegui, E. (2013) *La mujer drogodependiente, especificidad de género y factores asociados*. Euskadi. Extraído el día 24 de marzo de: [https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions\\_ovd\\_otras\\_investi/eu\\_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf](https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf)
- Arostegui, E. (2013) *La mujer drogodependiente, especificidad de género y factores asociados*. Euskadi. Extraído el día 24 de Marzo de: [https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions\\_ovd\\_otras\\_investi/eu\\_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf](https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf)
- Arza, J. (2002) *Las drogas, princesas y dragones*. Madrid: Eneida.
- Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual (2014) *Formación para profesionales sociosanitarios*. Madrid. Extraído el día 20 de mayo de 2015 de: <http://www.aepccc.es/blog/item/el-importante-papel-de-la-familia-en-el-tratamiento-de-la-drogodependencia.html>.
- Becerra, (2008) *Variables familiares y drogodependencia*. Revista Psicología Científica, 17, 5. Extraído el día 2 de mayo de: <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada/>
- Becoña, E. (2001) *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Psicología clínica. Madrid: Síntesis.
- Buckstein (1989). *Consecuencias del consumo de drogas ilegales para las mujeres*. En Arostegui, E. (2013) *La mujer drogodependiente, especificidad de género y factores asociados*. Euskadi. Extraído el día 24 de marzo de: [https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions\\_ovd\\_otras\\_investi/eu\\_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf](https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf)
- Cabrera, R. y Torrecilla (1998) *Manual de drogas de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Cauce.
- Calvo Botella (2007). *Redes de apoyo para la integración social: la familia. salud y drogas*. Volumen 7, 1, pp.45-46. Instituto de Investigación de Drogodependencia: España. Extraído el día 24 de mayo de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83970104.pdf>
- Carrón, J. y Sánchez, L. *Los Servicios Generales y la atención a las drogodependencias*. (1995) Madrid: Certeza.

- DSM-V (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Extraído el día 2 de mayo de: <https://campusvirtual.ull.es/1415/course/view.php?id=5920>
- García del Castillo (2007) *Salud y drogas*. Instituto de Investigación de Drogodependencia, Volumen 7, p. 45. Extraído el día 2 de mayo de: <http://www.asecedi.org/PDF/V7N1.pdf#page=46>
- González, J.C y Poyo, F. (2006) *Adicciones y patologías asociadas*. Madrid: Softmed.
- Guigou (2003). Dependencia a opiáceos. En Martín y Peraza (2007b) *Programa de Intervención en el marco familiar del drogodependiente*. Volumen III. Tenerife: Litografía Romero.
- Guigou (2007). Dependencia a opiáceos. En Martín y Peraza (2007b) *Programa de Intervención en el marco familiar del drogodependiente*. Volumen III. Tenerife: Litografía Romero.
- Guigou, (2000). Dependencia a Opiáceos. En Martín y Peraza (2007a) *La familia ante el problema de las drogodependencias*. Volumen III. Tenerife: Litografía Romero.
- Gutiérrez, A. (2007) *Drogodependencias y Trabajo social*. Madrid: ediciones académicas.
- Hedrich, D. (2000). En Investigación en drogodependencias de la Universidad de Deusto (2007) *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Herrera, J. (2011) *La investigación cualitativa*. Extraído el día 24 de marzo de: <https://juanherrera.files.wordpress.com/2008/11/investigacion-cuantitativa.pdf>
- Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Extraído el día 24 de marzo de: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdrogodep.pdf>
- Investigación en drogodependencias de la Universidad de Deusto. (2007) *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes?* Bilbao: Universidad de Deusto.
- Llopins, R. (1997). Consecuencias del consumo de drogas ilegales para las mujeres. En Arostegui, E. (2013). *La mujer drogodependiente, especificidad de género y factores asociados*. Euskadi. Extraído el día 24 de Marzo de:

[https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions\\_ovd\\_otras\\_investi/eu\\_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf](https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf)

- Llorens, J.A. (1997) *La droga y su problemática actual. Aspectos históricos y socioculturales*. Barcelona: Acervo.
- López, F. (2006) *Drogas y adicciones en la sociedad actual*. Universidad de Almería.
- Martín, L., y Peraza, M<sup>o</sup> C. (2007a) *Programa de Intervención en el marco familiar del drogodependiente*. Volumen I. Tenerife: Litografía Romero.
- Martín, L., y Peraza, M<sup>o</sup> C. (2007b) *Programa de Intervención en el marco familiar del drogodependiente*. Volumen III. Tenerife: Litografía Romero.
- Martín, V.M. (2009) *Las drogas entre nosotros*. Málaga: Aljibe.
- Meneses, C. y Charro, B. (2000) *Los programas de mantenimiento con metadona en Madrid: Evolución y perfil de los usuarios*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional Sobre Drogas (2007) *Género y drogas*. Extraído el día 23 de marzo de: [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD\\_GuiaInformativa.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_GuiaInformativa.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional Sobre Drogas (2007) *Abordaje terapéutico de las drogas en la mujer*. Extraído el día 24 de Marzo de: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Mujer\\_Drogodependencia\\_s.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Mujer_Drogodependencia_s.pdf)
- Naciones Unidas (2005) *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer*. Manual de tratamiento del abuso de drogas. Extraído el día 24 de febrero de 2015 de: [www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Hepatitis C*. Extraído el día 20 de mayo de 2015 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>
- Palop Botella (2000). *Mujer y drogas. Papeles del psicólogo*. Extraído el día 23 de mayo de 2015 de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=821>
- Rubio, G. (2004) *Todo sobre las drogas. Información objetiva para decidir y prevenir*. Madrid: Mr.
- Secades, R. (2011) *Estrategias de intervención en el ámbito familiar*. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos. Barcelona: Dirección de Comunicación de la Diputación de Barcelona. Extraído el día 2 de mayo de de: <https://www1.diba.cat/uliep/pdf/53106.pdf>

- Soriano, R. (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el Trabajo Social*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Spiral (2002). Factores asociados a la toxicodependencia en la mujer. En Arostegui, E. (2013) *La mujer drogodependiente, especificidad de género y factores asociados*. Euskadi. Extraído el día 24 de marzo de: [https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions\\_ovd\\_otras\\_investi/eu\\_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf](https://apps.euskadi.eus/r85ckdrog11/eu/contenidos/informacion/publicacions_ovd_otras_investi/eu_9061/adjuntos/mujerdrogodependiente.pdf)
- Stanton, M. y Tood, T. (1997) *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- Trabajo Social con usuarios de drogas inyectable. Sánchez (1995), (p. p 124-125) En, Soriano (2001). *Reducción de daños en usuarios de drogas inyectables: un enfoque desde el Trabajo Social*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

## ANEXO I

Instrumento utilizado en la investigación de las características socioambientales y familiares de las mujeres incluidas en el programa de mantenimiento con metadona de Ofra.



### DATOS SOCIOAMBIENTALES Y FAMILIARES DE LAS MUJERES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN LA UAD DE OFRA.

#### P1. DROGA POR LA QUE DEMANDA TRATAMIENTO:

Heroína (1)	Metadona (2)	Otros (3)
-------------	--------------	-----------

#### P2. EDAD:

#### P3. PAÍS DE NACIMIENTO:

España (1)	Otros (2)
------------	-----------

#### P4. NÚMERO DE HIJOS/AS:

#### P5. SITUACIÓN LABORAL:

Cumpliendo Servicio Militar o Prestación Social (1)	Parado, no habiendo trabajado antes (5)	Realizando exclusivamente labores del hogar (9)
Con relación laboral o contrato indefinido (2)	Parado, no habiendo trabajado antes (6)	En otra situación (10)
Con contrato o relación laboral temporal (3)	Incapacitado permanente (7)	Desconocida (11)
Trabajando sin sueldo para la familia (4)	Estudiando u opositando (8)	

**P6. FUENTE DE REFERENCIA PRINCIPAL:**

Familiares (1)	Servicios Sociales (2)	Iniciativa propia (3)
Amigos (4)	Centro penitenciario (5)	Servicios legales (6)
Servicios sanitarios (7)	Otros (8)	Desconocido (9)

**P7. ESTADO CIVIL:**

Soltera (1)	Casada (2)	Viuda (3)
Separada (4)	Divorciada (5)	Pareja de hecho (6)
Otros (7)		

**P8. LUGAR DONDE HA VIVIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS:**

Casa, piso apartamento (1)	Centros penitenciarios (2)	Otra institución (3)	Alojamiento inestable o precario (4)
Pensión o similar (5)	Desconocido (6)	Otro lugar (7)	

**P9. CONVIVENCIA:**

Sola (1)	Con pareja e hijos/as (4)	Detenido centro penitenciario o de inserción social (7)	Otros (99)
Únicamente con pareja (2)	Con padres o familia de origen (5)	En instituciones no detenido (8)	
Únicamente con hijos/as (3)	Con amigos/as (6)	Desconocido (9)	

**P10. MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS COMPLETADOS:**

No sabe leer ni escribir (1)	Estudios primarios (3)	Bachiller superior o grado Medio (5)	Estudios universitarios medios (7)	Otros títulos superiores no universitarios que exigen Bachiller superior (9)
No ha finalizado los estudios primarios (2)	Graduado escolar o bachillerato elemental (4)	Otros títulos que exigen grado escolar, Secundaria o equivalente (6)	Estudios universitarios superiores (8)	Desconocido (99)

**P11. EDAD DE INICIO EN LA DROGA PRINCIPAL:****P12. EDAD PRIMER TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE OPIÁCEOS:****P13. OTRAS DROGAS CONSUMIDAS :**

DROGAS CONSUMIDAS	EDAD DE INICIO	CONSUMO ACTUAL

Cannabis (1)	Alcohol (3)	Tranquilizantes (5)
Cocaína (2)	Anfetaminas (4)	Otros (6)

**P14. ESTADO SEROLÓGICO HEPATITIS C:**

Positivo (1)
Negativo (2)

**P15. ESTADO SEROLÓGICO HEPATITIS B:**

Positivo (1)
Negativo (2)

**P16. SITUACIÓN TEST VIH:**

Positivo (1)
Negativo (2)

**P17. HA SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO:**

Si (1)
No (2)

a) Tipo de maltrato:

Psicológico (1)	Sexual (3)
Físico (2)	Económica (4)

b) ¿Por parte de quién?:

Pareja (1)	Familiares (2)	Otros (3)
------------	----------------	-----------

c) ¿Ha sido ocasionalmente o habitual?:

Habitual (1)	Ocasionalmente (2)
--------------	--------------------

**P18. ¿EXISTE ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE CONSUMA O HAYA CONSUMIDO DROGA?:**

Si (1)
No (2)

\*En caso afirmativo, indicar el miembro de la familia que es o haya sido consumidor:

.....

**P19. ¿LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA CONOCEN SU DROGODEPENDENCIA?:**

Si (1)
No (2)

**P20. ¿TIENES ACTUALMENTE INGRESOS MENSUALES PROPIOS?:**

Si (1)
No (2)

**P21. ¿PADECE OTRO TIPO DE ENFERMEDAD?:**

Si (1)
No (2)

\* En caso afirmativo, ¿Cuál?:

**P22. ¿QUÉ PERSONAS TE HAN APOYADO EL TRATAMIENTO Y EN EL MANTENIMIENTO DE ESTE PROGRAMA?**

Padres (1)	Pareja (3)	Otros (5)
Hermanos (2)	Amigos (4)	

**P23. ¿TIENES ACTUALMENTE PAREJA AFECTIVA?**

Si (1)
No (2)

\*En caso afirmativo, ¿es dependiente a alguna sustancia de abuso ilegal?:

**P24. ¿TIENES ACTUALMENTE ALGÚN HOBBIE?**

Si (1)
No (2)

\*En caso afirmativo, ¿Cuál?:

Deporte (1)	Manualidades (3)	Música (5)	Otros (7)
Lectura (2)	Informática (4)	Cocina (6)	

**P25. ¿EJERCES ACTUALMENTE LA PROSTITUCIÓN?**

Si (1)
No (2)

a) En caso afirmativo, señala los motivos:

**P26. ¿HAS ESTADO EN PRISIÓN?**

Si (1)
No (2)

a) En caso afirmativo, ¿Durante cuánto tiempo?:

Menos de 1 año (1)	Más de 2 años (3)	Más de 4 años (5)
Más de 1 año (2)	Más de 3 años (4)	Más de 5 años (6)

b) ¿Por qué causa?:

Robo (1)	Homicidio (3)
Tráfico de drogas (2)	Otros (4)

**OBSERVACIONES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....