

La mujer drogodependiente en la comunidad terapéutica de Granada, España

Female drug addicts in a therapeutic community of Granada, Spain

Josefina Mavrou

Universidad de Granada

Resumen

Este trabajo se centra en el estudio a mujeres adictas que abusan de diferentes drogas y se encuentran en terapia en la Comunidad de la Asociación de «Proyecto Hombre» en Granada, España. Pretende analizar algunos rasgos aproximados de las mujeres drogodependientes, las consecuencias del uso y abuso de drogas y su relación con la justicia. Propone algunas formas de intervención específica en el colectivo. Los resultados de la investigación indican que hay diferencias significativas en la realidad-contextual, los consumos, etcétera, con respecto de los hombres.

Palabras clave

Mujeres, justicia, drogodependencias, tratamiento, comunidad terapéutica.

Abstract

This work centers on the study of female addicts, abusers of different types of drugs, in the community phase of therapy within the «Human Project» in Granada, Spain. It sets out to analyze some characteristics of drug-dependent women, the consequences of the use and abuse of drugs, and its relation with justice; concluding with a proposal for some specific group intervention forms. Research results show that there are significant gender differences in terms of contextual reality and consumption patterns.

Key words

Female drug addicts, Spain, community therapy.

Introducción

El consumo de drogas es un problema no sólo familiar e individual, sino también social. Según el Defensor del Pueblo Andaluz [2002: 18] «las drogodependencias han dejado de ser una situación, condición o decisión personal, para convertirse, con todos los datos históricos, culturales y sociológicos de los últimos cien años, en un problema de salud pública».

La realidad nos enseña que el problema del consumo y dependencia de sustancias es sumamente complejo y de origen múltiple, debido a que intervienen diversos factores de génesis familiar, escolar, amistad, publicidad de los medios de comunicación, la disponibilidad de las sustancias, etcétera.

Es evidente que el problema de drogodependencias, aparte de ser un problema social, ya no es sólo un problema masculino sino también femenino. Factores como los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa o indirecta ejercida contra las mujeres contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas adictivas diferenciales entre hombres y mujeres y se erigen en verdaderas situaciones de riesgo para éstas [Urbano y Arostegi, 2004: 17].

Según el Instituto Deusto de Drogodependencias [2007: 24], se puede afirmar que las mujeres consumen las mismas drogas que los hombres, pero de distinta manera, en distintas cantidades y por diferentes motivos, lo que implica unas consecuencias del consumo y unas necesidades de tratamiento también distintas.

De acuerdo con la misma investigación del Instituto ya citado [2007: 24], es necesario adecuar los programas de tratamiento, prevención e inserción social a la dimensión del género femenino, es decir, crear programas más sensibles a las cuestiones de género lo que supondría — en opinión de expertos del Instituto Deusto (L. Pantojas Vargas, J.A. Abeijón Merchán, E. Aróstegi Santamaría, A. Fernández Iglesias, M.T. Laespada Martínez, M. Sanz Vázquez, A. Urbano Aljama)— , una reestructuración de los programas existentes para incluir contenidos y enfoques específicos sobre cuestiones que afectan en mayor medida a las usuarias que a los usuarios de estos servicios, como pueden ser la maternidad, la familia, el rol de la mujer en la sociedad actual, etcétera.

Con este trabajo pretendemos presentar — desde la perspectiva de las mujeres— los roles estereotipados en la sociedad y la manera que la mujer adicta se enfrenta en la sociedad en relación con las drogas, su perfil y las características de las mujeres en la Comunidad Terapéutica (C.T.), su dependencia y los problemas relacionados con la justicia.

Desarrollo

Las mujeres, la justicia y las drogas

Antes de analizar la relación de las mujeres con las drogas, es necesario hacer una referencia a la educación que reciben las mujeres hoy en día. Aparte de las diferencias biológicas entre las mujeres y los hombres, se justificaron también las desigualdades en las aptitudes y comportamientos sociales, lo que va mucho más allá de lo biológico y configuraba funciones muy diferenciadas y jerarquizadas para hombres y mujeres [Añaños, 2000: 30].

Según el sociólogo T. Parsons [en Añaños, 2000: 30], «es la sociedad la que por necesidades de funcionamiento, determina los papeles que deben desarrollar los hombres y las mujeres. Las instituciones socializadoras los fuerzan a interiorizar los roles que se les han destinado respectivamente, de tal manera que no sean asumidos como imposiciones externas, sino como características de la personalidad diferenciada de cada cual».

En los últimos 50 años se ha aumentado el uso de drogas por parte de las mujeres. Según el Instituto Deusto de Drogodependencias [2007: 20], la necesidad de atender de forma diferente a las mujeres alcohólicas y, posteriormente drogodependientes, comenzó en Estados Unidos y Canadá desde 1950 y, en las siguientes décadas, atrajo mucho la atención de los terapeutas y de los investigadores en Europa. Este fenómeno se atribuye a factores tales como una mayor exposición y acceso a las sustancias, la falta de información o información equivocada, las presiones de pares y parejas, la necesidad de escapar o enfrentar la realidad de la pobreza, la opresión, la violencia doméstica y el abuso sexual en la niñez [Organización CICAD, 1996].

Este fenómeno se manifiesta a la hora de tratar mujeres con problemas de drogadicción. La mayoría de ellas prefieren, por razones personales y sociales, no pedir ayuda para no estigmatizarse. Las circunstancias de vida desfavorables (menores niveles de estudios y de formación profesional como también recursos sociales), la estigmatización, la vergüenza y la culpa, el miedo a perder la custodia de los hijos, la falta de apoyo de la familia, en particular de la pareja, son algunos de los obstáculos que enfrentan las mujeres [Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007: 32-33].

Un número menor de mujeres que de hombres recurren a los servicios de tratamiento. Esto puede reflejar que, en general, más hombres que mujeres usan drogas, o que las mujeres afrontan más barreras que los hombres para acceder al tratamiento [Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito, 2004].

Según la misma organización, las personas que usan drogas son objeto de gran estigmatización social, personal y cultural. Las mujeres consumidoras sienten culpa y vergüenza. En comparación con los hombres, quienes procuran tratarse son más jóvenes, cuentan con menos recursos, tienen hijos dependientes y suelen vivir con una pareja que consume drogas.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Control de Estupefacientes [CONACE, 2004] de Chile y el Instituto Deusto de Drogodependencias [2007: 28-30], además del estigma asociado a ser «mujer adicta», desde su espacio privado, es mal juzgada en el ejercicio de su rol materno, y desde lo público, es vista como alguien que no es capaz de controlar su situación familiar, por tanto, alguien en quien no se puede confiar desde otros ámbitos, como el laboral.

Las mujeres con dependencia están más expuestas a ser sancionadas y criticadas socialmente, porque, de acuerdo con la socialización sexista, consumir drogas, alcohol y otras conductas trasgresoras y/o disruptivas, está más asociado con lo masculino. Las mujeres se aíslan, y para evitar ser estigmatizadas, tienden a ocultar su problema, a no pedir ayuda o a postergar en pedirla (Consejo Nacional de Control de Estupefacientes [CONACE, 2004, Instituto de Deusto Drogodependencias, 2007]).

Mujeres y justicia

Según Almeda [2003: 28-29], a partir de la década de los ochenta, el número de delitos contra la salud pública se incrementó en un 975% para el conjunto de la población encarcelada. Todos los delitos contra la salud pública están directamente relacionados con las drogas, básicamente con el tráfico o contrabando de estupefacientes.

Para Yague y Cabello [2003: 1] — directora y subdirectora de Tratamiento del centro penitenciario de mujeres de Alcalá de Guadaíra, Sevilla—, en 2003 el número de mujeres en prisión fue de 4.484, cifra que representó el 8% de la población reclusa nacional. Una cifra significativamente alta en comparación con las mujeres encarceladas en otros países de Europa.

En el informe *Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía* del Defensor del Pueblo Andaluz de 2006, se puede observar cómo el número de mujeres encarceladas es mucho mayor que el de los hombres.

Andalucía es la Comunidad Autónoma más poblada de España — cerca de 8 millones de habitantes— y por lo tanto, es lógico que en ella exista la mayor población penitenciaria y el mayor número de centros de rehabilitación de diverso tipo: actualmente existen 12 centros principales, de los cuales dependen algunos dedicados a albergar población penitenciaria en situación de semilibertad.

Como destaca Almeda [2003: 47-48], cabe señalar que en las cárceles de mujeres existe en general, una menor oferta de programas rehabilitadores. El conjunto de programas específicos de tratamiento, de formación y/o trabajo o de actividades culturales y recreativas que se ofrecen las cárceles femeninas es comparativamente menor, menos variado y de peor calidad que el que se realiza en las cárceles de hombres.

También, según la misma autora [2003: 53], la concepción de las mujeres que impera en la política penitenciaria no incluye, con toda certeza, la posibilidad de que puedan ser cabezas de familia y/o responsables de la economía familiar. Por tanto, no existe la necesidad de que puedan adquirir hábitos laborales que faciliten su inserción laboral en el mercado, a diferencia de los hombres presos. Todo ello a pesar de que la mayoría de mujeres encarceladas tienen hijos/as y forman familias monoparentales, con lo que muy a menudo son ellas las únicas responsables de mantener económicamente a su familia. Es evidente que todavía se identifica el comportamiento de la mujer criminal como un comportamiento masculino.

Las mujeres encarceladas sufren más la dependencia afectiva y la soledad que los hombres en la misma situación, debido a sus lazos más fuertes con la familia, especialmente con sus hijos/as. La mujer embarazada sufre doblemente las consecuencias del encarcelamiento, la mujer con hijos en la cárcel padece cuando éstos viven con ella en el interior de los centros y las madres presas que los tienen fuera de la cárcel se angustian por el hecho de estar separados [Almeda, 2003: 57, y Defensor del Pueblo Andaluz, 2006].

Por eso, las mujeres encarceladas experimentan un fuerte complejo de culpabilidad, porque consideran que no están cumpliendo sus obligaciones como madres. Las presas con hijos/as son uno de los colectivos de la población reclusa que, verdaderamente, necesita con más urgencia de la aplicación de las medidas alternativas a la cárcel.

Perfiles de mujeres presas

Según Almeda [2003: 66], la gran mayoría de mujeres encarceladas en España están condenadas por delitos directa o indirectamente relacionados con el consumo, tráfico y/o contrabando de drogas. Los delitos más numerosos son los cometidos contra la salud pública (53%), directamente relacionados con el tráfico de drogas y contrabando de estupefacientes, y los delitos contra la propiedad (39%) que, en su gran mayoría, están motivados por el consumo de drogas. El resto de delitos, tales como los cometidos contra la seguridad del tráfico, contra el

orden público, contra la libertad sexual, los delitos de homicidios o los de falsedades son solamente minoritarios e insignificantes (8%). En el caso de los hombres, la mayoría de delitos también están relacionados con las drogas, pero la tipología delictiva resultante es muy diferente. Por un lado, porque a diferencia de las mujeres, el delito mayoritario es contra la propiedad (53%) y únicamente en segundo término se constata el delito contra la salud pública (29%). Por otro, porque el resto de delitos representan un quinta parte del conjunto (18%) y entre estos delitos destacan los de homicidios (5%) y los delitos contra la libertad sexual (5%) que, en el caso de las mujeres, son delitos prácticamente inexistentes [Almeda, 2003].

Sobre la tipología delictiva a que corresponden las condenas impuestas según el informe del Defensor del Pueblo Andaluz [2006], en las mujeres objeto de estudio está muy claro el dato: más del 50% lo han sido por delitos contra la salud pública, tráfico de drogas fundamentalmente, seguidos de los delitos contra el patrimonio — robos y hurtos, de manera destacada— que se sitúan en torno al 28%. Los demás delitos tienen poca importancia estadística y son muy escasos los delitos violentos.

Existen grandes diferencias entre hombres y mujeres: los hombres condenados lo son, en primer lugar por delitos contra el patrimonio — aunque ya se sabe que en muchos casos ligados a las toxicomanías— y, a gran distancia, por delitos contra la salud pública. En cambio, las mujeres encarceladas cometen menos delitos contra la propiedad que los hombres y delinquen en mayor proporción por tráfico de drogas, situándose en primer lugar este grupo de delitos entre ellas.

La mayoría de las mujeres son pobres, con un nivel educativo bajo e inexpertas a nivel laboral. Muchas vienen de ambientes urbanos empobrecidos y han vivido con sus madres. Algunas se enganchan a la prostitución como manera de adquirir dinero para luego comprar drogas [Covington y Bloom, 2006: 2-3].

Tienen un gran número de hijos como se observa en la tabla 1: el 85% de las entrevistadas tenían hijos, presentando una tasa media de natalidad de 2.75 hijos por mujer, mucho más elevada que la tasa media de las mujeres españolas.

Tabla 1. Número de hijos de las entrevistadas.

Nº de hijos	Nº de internas	Nº total de hijos
Con 0 hijos	9	0
Con 1 hijo	13	13
Con 2 hijos	9	18
Con 3 hijos	10	30
Con 4 hijos	9	36
Con 5 hijos	4	20
Con 6 hijos	2	12
Con 7 hijos	4	28
Con 11 hijos	1	11
TOTALES	61	168
Tasa de natalidad	2.75	

Tabla derivada del Defensor del Pueblo Andaluz, Informe Especial al Parlamento, «Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía», Octubre 2006.

Una gran parte de hijos son menores de edad, lo que indica que sus madres — protagonistas del estudio—, se encuentran, también en edades fértiles. La mayor proporción de mujeres encarceladas en Andalucía se encuentra en la franja de edad comprendida entre los 26 y los 40 años. El sector de mujeres muy jóvenes (de 18 a 25 años) o de edad avanzada (más de 60 años) es poco representativo del conjunto de las internas. El cuidado y custodia de los hijos es una de las grandes preocupaciones de las internas, precisamente por el carácter desestructurado del núcleo familiar y las dificultades de todo tipo que les afectan, agravadas por el encarcelamiento de ellas y la irregularidad de las relaciones de pareja, en las que con frecuencia está ausente el padre, muchas veces debido a que también está encarcelado [Defensor del Pueblo Andaluz, 2006].

El informe del Pueblo Andaluz [2006] recomienda asistencia especial y cursos para internas víctimas de violencia de género, asistencia a necesidades específi-

cas de internas extranjeras, programas de rehabilitación psico-social y dotación de habilidades sociales, dado que un gran número de mujeres encarceladas necesitan de ellos. Igual, desarrollar todo tipo de actividades socio-culturales.

Según el Informe Anual de EMCDDA [2006: 35], solamente cuatro países (Francia, Portugal, Eslovaquia y Suecia) tienen proyectos específicamente para mujeres drogadictas. Hay servicios médicos, tratamiento de la dependencia de la droga, formación profesional y actividades culturales.

Las mujeres en las comunidades terapéuticas

Según Picchi [1995: 33], la Comunidad Terapéutica es una estructura regida por normas precisas: son coordinadas dentro de las cuales el o la residente debe moverse durante su estancia, limitan su libertad y circunscriben su radio de actividad, en un claro intento terapéutico: concentrar la atención y las fuerzas vitales de cada uno hacia un crecimiento consciente y responsable, mediante la socialización, el trabajo y la confrontación.

Es muy importante que se ofrezcan programas amplios que sean sensibles a las diferencias de género y respondan a las necesidades diferentes de las mujeres. Debido a que tienen problemas de consumo de sustancias, lo que origina que sus necesidades sean complejas y múltiples, diferentes a las de los hombres. Debe abordarse, necesariamente una atención integral, con servicios exclusivamente destinados a mujeres, atención prenatal y guardería, promoción de aptitudes para criar a los hijos y para entablar relaciones interpersonales, atención a los problemas de salud mental y a las necesidades prácticas [Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007].

La ONU, a través del Instituto Deusto de Drogodependencias [2007: 54-55], considera que para que un programa pueda ser considerado sensible a las cuestiones de género debe contar con:

- Un entorno seguro, acogedor y propicio para la mujer, que inspire confianza y promueva el establecimiento de lazos y contactos personales.
- Modalidades o enfoques terapéuticos que aborden cuestiones como el maltrato físico, sexual y emocional, las relaciones familiares, el uso indebido de sustancias, los trastornos, la alimentación y otros trastornos concomitantes.
- Utilización de instrumentos de evaluación sensibles a las cuestiones de género y planes de tratamiento individualizado que adecuen el tratamiento a las necesidades o a los aspectos positivos constatados de cada paciente.

- Educación y orientación relativa a la salud (embarazo, alimentación, formas de hacer frente al estrés, VIH/SIDA, hepatitis y enfermedades de transmisión sexual), así como la salud mental (estrés postraumático, depresión...).
- Atención especial a la educación en materia de crianza de los hijos, desarrollo del niño y relaciones con los hijos (reunificación cuando corresponda, etcétera).
- Un entorno favorable a la infancia, con actividades concebidas para los niños adecuadas a su edad y servicios de guardería en el lugar, en el caso de las pacientes internas.
- Vínculos con organismos de base comunitaria que coadyuven en un entorno sin drogas, en cuestiones de vivienda, empleo, grupos de autoayuda, bienestar del niño, violencia doméstica, crianza de los hijos, servicios de guardería, grupos de apoyo a cargo de «iguales», salud en general, salud mental, VIH/SIDA, tratamiento diurno y postratamiento.

El caso del programa de Proyecto Hombre:

La Asociación de Proyecto Hombre es un programa educativo-terapéutico para el tratamiento y prevención de las dependencias que empezó en España en 1984 y trabaja tres aspectos fundamentales:

- La prevención del consumo de drogas
- La rehabilitación
- La reinserción del drogodependiente en todas las áreas de la sociedad.

Dicha asociación está integrada por 26 Centros, en un total de 15 comunidades autónomas de toda España, que atienden cada año a más de 13 mil drogodependientes. Cada centro se gestiona de manera autónoma y comparte – con los demás– , el método terapéutico y la misma filosofía.

Para garantizar la calidad de sus profesionales, Proyecto Hombre dispone a nivel nacional de una escuela donde sus trabajadores reciben formación básica y continua, teniendo acceso al título universitario de experto en drogas de la Universidad Complutense. Así mismo, dicha escuela ofrece cursos abiertos a todas las personas interesadas en el tema de las dependencias.

El incremento de consumos a edades cada vez más tempranas constituye el detonante para la puesta en marcha de programas de prevención donde la familia actúa como agente preventivo y participa junto a profesores y profesionales de Proyecto Hombre.

Para entender la labor de Proyecto Hombre, es necesario partir de su concepto de persona inspirado en la filosofía humanista: la drogadicción es el síntoma de un problema que reside en la persona. Esta perspectiva, la convierte en el centro de todo el proceso, y su situación debe ser abordada desde las distintas vertientes de cada ser humano.

Los principios básicos de Proyecto Hombre son:

- Respeto incondicional a toda persona, sea cual sea su condición.
- Solidaridad con los más desfavorecidos.
- Programa educativo-terapéutico.
- Aceptación voluntaria del proceso terapéutico.
- Programa abierto a todas las personas con problemas de adicción y sus familias.
- Rechazo de toda forma de violencia que altere las condiciones de tratamiento y convivencia.
- Aconfesional, apartidista y sin fines lucrativos.

La metodología que propone el Proyecto Hombre es un modelo de rehabilitación e integración social plena donde la clave del proceso está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. El objetivo consiste en que la persona recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad, y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad.

Su metodología integra elementos clave de la psicología humanista, sistémica, cognitivo conductual y logoterapia entre otros. Su línea terapéutica promueve la dinámica de autoayuda como medio para facilitar un cambio de vida.

Uno de los pilares básicos de Proyecto Hombre es el trabajo conjunto con las familias, o con personas cercanas a los usuarios que realizan la función de familia sustitutoria.

El objetivo principal de la C. T. es el conocimiento y crecimiento personal de los residentes, considerando el conocimiento como la toma de contacto con los propios recursos personales, recuperación de la imagen real y positiva de sí mismo y el reencuentro de la propia identidad. El hecho de conocer los propios recursos implica también el conocimiento de las limitaciones personales y la aceptación de su realidad.

Además de estos objetivos, pretende establecer y sentar las bases de la resocialización de los residentes, planteando el cumplimiento de determinados objetivos y contrastando su puesta en marcha. Se afianzará el alejamiento del residente de la cultura de la droga, favoreciendo que estructure y organice su tiempo libre y su ocio. Se complementará con un módulo de habilidades sociales en los que se capacitará al residente para enfrentarse a su entorno social, sirviendo la comunidad como instrumento verificador. Prestando especial atención al ocio y tiempo libre como elemento resocializador, mediante talleres y actividades continuas. Con el fin de resocializar, se fomentarán las salidas de comunidad con el fin de favorecer una gradual desconexión.

Estudio de las mujeres, las drogodependencias y la realidad con la justicia

Metodología

La investigación se desarrolla en la Comunidad de Proyecto Hombre en Huétor Santillán, Granada, durante los meses enero-mayo de 2006. Para realizar esta investigación utilizamos como instrumentos *métodos cualitativos y cuantitativos* (análisis de los programas educativos de la comunidad y los expedientes personales de cada sujeto-historia personal de cada sujeto, historia de consumo, etcétera) y también participamos en la vida de la comunidad (observación del participante).

Desde el enfoque *cuantitativo*, nuestra metodología se basa en el *análisis de contenido* que en este caso, es el análisis de los expedientes de los usuarios en la Comunidad Terapéutica con la meta de obtener resultados estadísticos descriptivos y objetivos. Nos centramos a la historia personal de cada sujeto, es decir, a la historia familiar, al nivel educativo, a la situación médica, al empleo/soportes, al uso de alcohol y drogas, a la situación legal y a las relaciones familiares/ sociales. Como método *cualitativo* utilizamos la observación participante, interviniendo en el programa de la Comunidad de Proyecto Hombre para captar la realidad de los usuarios durante su proceso de desintoxicación.

El *objetivo* de esta investigación es presentar el perfil de las mujeres en el programa de Comunidad de Proyecto Hombre, analizar sus características y la diferencia entre los géneros, su dependencia, los problemas relacionados con la justicia y las consecuencias de la drogadicción.

Resultados

El perfil de las mujeres

A continuación presentamos los datos obtenidos de las mujeres.

En la comunidad había ocho mujeres (26%) de las 31 personas en total. El 75% de ellas tiene de 25 a 32 años y el 25% entre 33 a 39 años. La edad media de las mujeres en la Comunidad Terapéutica Proyecto Hombre es de 31.12 años.

Según la memoria del 2006 de la Fundación Gizakia, las mujeres del Programa Hirusta¹ eran el 26% frente al 74% de hombres [Memoria 2006: 8]. El mismo año, al programa de Proyecto Hombre, asistían 364 personas de las cuales, 49 eran mujeres (13,5%) y el resto, 315 (86,5%) hombres [Memoria 2006: 14]. En la misma memoria del 2003, de los 213 usuarios, el 87% son varones frente al 13% de mujeres y en el 2004, el 75% son varones y el 25% mujeres [Memoria 2003: Perfil Psicosocial, Proyecto Hombre: 59].

En un estudio sobre drogadicción, exclusión social y la reeducación en la cárcel, realizado por Bedmar [2001: 102], el 82% de los sujetos en la cárcel son hombres y el 18% mujeres. Las edades de las participantes en este estudio son de 16 a 45 años y más.

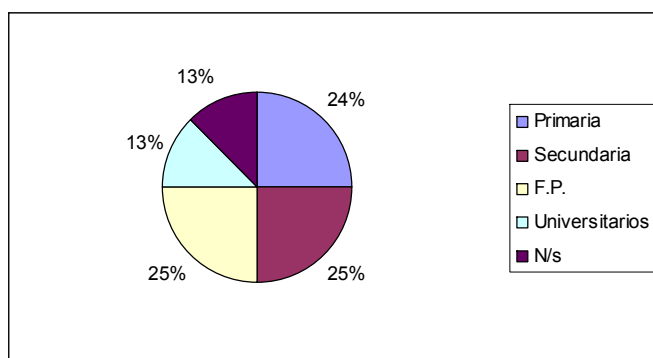
Estado civil: es muy llamativo el hecho que el 49% de las mujeres sean separadas/divorciadas con hijos, el 38% sean solteras y el 13% vivan en pareja.

En la memoria del 2004 de P.H., la muestra de los usuarios que acudieron a tratamiento por problemas de adicción a la heroína fue: 65,3% solteros, 16,6% casados, 8% divorciados, 7,5% separados y 2,5% viudos.

La mayoría de las usuarias separadas/divorciadas se han alejado de sus parejas debido al consumo diario de sustancias y a la falta de comunicación. Una de ellas perdió la custodia de sus hijos por el abuso de alcohol.

Educación de las usuarias: de las ocho mujeres, dos usuarias de 32 y de 38 años han realizado estudios primarios (24%), dos mujeres de 39 y de 27 años poseen estudios secundarios (25%) y dos, de 30 años, formación profesional (25%). Una usuaria de 27 años (13%) ha realizado estudios universitarios y una mujer de 26 años (13%) no sabemos su nivel de estudios.

Gráfica 1. Educación de las mujeres.



Fuente: Memoria de Proyecto hombre 2004.

Es evidente que la formación/ educación que han recibido las mujeres en la Comunidad es muy limitada. Sólo una mujer ha realizado estudios universitarios y el 50% ha realizado estudios primarios y secundarios, mientras que dos mujeres (25%) poseen Formación Profesional. En general, se vislumbran muchos abandonos de estudios por motivos laborales, porque no les interesan o por ingresos a centros (cárcel, desintoxicación, etcétera). Los abandonos por causas laborales — en algunas ocasiones— fueron para ayudar económicamente a la familia, en otras, porque los padres no los animaban a estudiar y les llevaban con ellos al trabajo. Entre otras explicaciones, el fracaso escolar o la falta de interés por parte de las usuarias dependen de la falta de un ambiente adecuado de estudio en casa, lo que repercute negativamente en la motivación. La falta de interés por parte de los padres y la falta de organización en el estudio conducen los jóvenes al abandono de los estudios [Programa ALFIL, 2004].

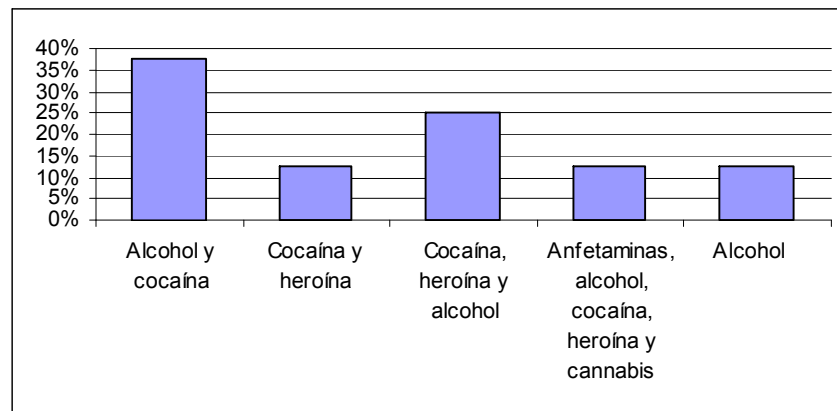
Según el estudio de Urbano y Arostegi [2004: 73-75], los niveles de estudios alcanzados por las mujeres de la muestra son: el 16,1% no tiene estudios, 46,4% estudios primarios, 26,8% estudios medios y 10,7% estudios superiores. En cuanto al motivo del cese en los estudios, un 41,1% argumentó el «fracaso escolar» y sólo un 10,7% por el consumo de sustancias.

Esta circunstancia está relacionada con la imposibilidad de que la escuela cumpla su función socializadora cuando existen factores previos que impiden avanzar en esta dirección: la escuela puede afianzar, ayudar a dirigir, consolidar la construcción de una red de relaciones. El fracaso escolar se vive como fuente de pro-

blemas con los profesores y/o padres transformándose en sentimiento de culpa y en humillación. El fracaso en la escuela se vive con vergüenza y culpa, ya que el valor escolar se convierte en valor central interiorizado [Urbano y Arostegi, 2004: 75].

Dependencia-Tipo de drogas: el 87,5% de las mujeres han sido politoxicómanas. En relación con el tipo de droga, tres (37,5%) consumían alcohol y cocaína, una (12,5%) cocaína y heroína, dos (25%) cocaína, heroína y alcohol; y una (12,5%) anfetaminas, cocaína, heroína, alcohol y cannabis. Una mujer sólo consumía alcohol (12,5%).

Gráfica 2. Tipo de dependencia.



Fuente: Urbano y Arostegi (2004: 91)

El alcohol y la cocaína fue el problema mayoritario de las mujeres en la comunidad. La proporción mayor de consumidoras de alcohol se localiza en mujeres de entre 26 y 32 años. Casi todas empezaron a consumir con su pareja o grupo de amigos.

Según Urbano y Arostegi [2004: 91], los datos no sólo ponen en evidencia la influencia de las relaciones de pareja, sino que también afectan a la edad de inicio o experimentación con sustancias. Se ha comprobado que el uso experimental de drogas a edades tempranas se produce a menor edad en mujeres que en varones y que la explicación de este fenómeno podría encontrarse en el hecho de que quienes son más jóvenes, tienen amigos o parejas de mayor edad que les inician a este consumo experimental [Merino, 2000 en Urbano y Arostegi, 2004: 91].

Relaciones con la justicia

Admisiones por el sistema judicial: el 50% de las mujeres no tienen causas legales, al contrario del 37,5% que está en proceso judicial, sólo una mujer (12,5%) ha estado en la cárcel por tráfico de drogas, consumo y prostitución. Las mujeres que están en proceso judicial se refieren a:

- Maltrato de su marido y de su cuñada
- Juicio para ver a sus hijos debido a que la Administración les quitó la tutela por su alcoholismo, concediéndola al ex marido
- Posesión de drogas

Respecto de la relación de las mujeres con la justicia, cuatro mujeres (50%) no tienen causas legales, es decir, nunca han estado en proceso judicial ni en la cárcel por tráfico de drogas. Tres mujeres están en proceso judicial (37,5%) y sólo una ha estado en la cárcel por tráfico de drogas, consumo y prostitución. Estaba en libertad condicional para hacer el programa de Proyecto Hombre.

Según Picchi [1995: 20-21], muchos de los primeros residentes de la comunidad que se fundó en 1963, en Nueva York de Daytop Village, provienen directamente de la cárcel, dado que la Comunidad Terapéutica es elegida también como alternativa de la pena de prisión. La mujer por ejemplo que estaba en la cárcel por tráfico de drogas y prostitución estaba en libertad condicional.

De acuerdo con Urbano y Arostegi [2004: 166], el 55,4% del total de las entrevistadas declaró haber cometido delitos relacionados con el consumo de drogas. De estas 31 mujeres, el 41,9% incluyó en su historial delictivo «robos y tráfico de drogas», el 38,7% «robos y hurtos sin procesar». Según los datos de los diversos observatorios de drogodependencias (vasco, español, europeo) el porcentaje de mujeres toxicómanas que cometen delitos es notablemente inferior al de los varones. El consumo de heroína u otros opiáceos tiene un costo diario elevado, no sucede lo mismo en el caso de la adquisición del alcohol, por lo que es más probable que las heroinómanas cometan más actos delictivos como vía de obtención de dinero [Urbano y Arostegi, 2004: 167]. En el caso de nuestro estudio, la mujer que estuvo en la cárcel por posesión de drogas y por ejercer la prostitución, ha sido una heroinómana y también portadora de VIH.

Efectos/ consecuencias del abuso

Con el término «uso», nos referimos a aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno. Al contrario, entendemos por «abuso» aquella forma de relación con las drogas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

Como resultados del abuso de drogas, encontramos los siguientes

Problemas relacionados con la salud y el consumo de drogas: más de la mitad de las mujeres en la Comunidad presenta problemas de salud, algunas más graves que otras. Una mujer (12,5%) tiene VIH después de compartir jeringuilla usada, otra (12,5%) ha desarrollado hepatitis C, una usuaria (12,5%) presenta pérdidas de memoria debido al uso de alcohol y dos (25%) han desarrollado úlcera.

Los resultados son contundentes, un poco más de la mitad de las personas estudiadas han desarrollado enfermedades, la mayoría de ellas relacionadas con el consumo de drogas. Lo que refleja una falta de información y conocimiento de las drogas y del modo «saludable» de consumo, hábitos inadecuados y negligentes, etcétera. En comparación con los datos de las memorias de P.H. de los años 2003-2004 y con los datos de nuestra investigación, el 22% de las testimonios adictas a la heroína y cocaína han desarrollado enfermedades serias como el VIH, el hepatitis, etcétera. Su deteriorado estado sanitario por causas prevenibles, saca a la luz la importancia y necesidad de la educación. Según Vega [1983: 120], la educación sobre las drogas es una educación para la salud. Cualquier programa educativo debe promocionar la salud y mejorar la calidad de vida. El desarrollo de la persona y la forma en que asegure su salud física, psicológica y espiritual, es importante. El aprendizaje de la vida por el desarrollo de habilidades susceptibles de hacer a la persona capaz de escoger y mantener un modo de vida apropiado es uno de los objetivos de la educación para la salud.

Consecuencias: el consumo de drogas tiene muchas consecuencias negativas en la vida de las personas. En el caso de las mujeres drogodependientes en la comunidad, el 12,5% estuvo en la cárcel por tráfico de drogas y prostitución para conseguir dinero; esta misma mujer se ha contagiado de VIH después de compartir jeringuilla usada. Otra mujer, después de años de consumo prolongado de alcohol presenta pérdidas de memoria y tiene problemas con la justicia porque la considera una madre inadecuada para sus hijos. Otra se ha contagiado con hepatitis. Después de hablar con ellas, algunas nos han dicho que han perdido sus trabajos

debido al consumo de drogas; no mostraban interés y no les importaba trabajar o no, sólo les interesaba conseguir la sustancia y seguir consumiendo.

Según Moreno [2006: 209], el consumo de drogas tiene como consecuencias la depresión, la pérdida de la dignidad y la pérdida de amigos. El 76,6% de las mujeres entrevistadas y dependientes de alcohol, señalaron entre las consecuencias de su dependencia, la pérdida de la dignidad personal, mientras que en los hombres dependientes, este porcentaje, sólo alcanzó hasta un 50%. El 46,4% de las mujeres dependientes de alcohol manifiesta haber perdido amigos como consecuencia de su dependencia, mientras que entre los hombres dependientes, este hecho sólo se recoge en el 16,6% de los casos. Finalmente, en el 23% de las mujeres alcohólicas, se rompe su relación de pareja como consecuencia de la dependencia, a diferencia de los hombres alcohólicos.

Los datos que se destacan más arriba son derivados del método cuantitativo, es decir, es información obtenida de sus expedientes. Se han analizado datos como la edad, el estado civil de las mujeres, su nivel educativo, la dependencia y el tipo de drogas, su relación con la justicia y los problemas relacionados con el consumo de sustancias y la salud.

Conclusiones

Es evidente que las mujeres son minoría en la Comunidad de Proyecto Hombre, fenómeno que transmiten también muchos estudios realizados sobre el acceso de las mujeres en los centros de desintoxicación [Memorias del 2003 y 2004 de P.H.; Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007; Ramírez, 2000].

La inestabilidad laboral, la gran temporalidad, los empleos precarios, las separaciones/divorcios y el cambio de ocupaciones son problemas que influyen en las personas y facilitan el prolongado consumo de sustancias. Para las mujeres, debido a que tienen hijos (27%) y la mitad (50%) son divorciadas/separadas, influyen mucho en la toma de decisiones y de tener una vida sana. El ámbito familiar, especialmente el abuso sexual, los maltratos, la violencia doméstica, la influencia de los padres (si han sido consumidores...) etcétera, influyen en la mujer y, junto con la falta de información y de conocimientos, hace que busque alternativas para olvidar y escapar de este ambiente.

Varios estudios evidencian la necesidad de adoptar un acercamiento género-específico en la intervención preventiva en términos de contenido, ajuste y práctica. Por ejemplo, Schinke (en Informe Anual de 2006 de EMCDDA) encontró que las intervenciones son más eficaces si su contenido toma en cuenta el género: en el caso de hombres jóvenes, las intervenciones eficaces incluyen mejorar habilidades

y, particularmente, actividades en el ambiente social, mientras que las técnicas provechosas en mujeres jóvenes se centran en facilitar la expresión, la reducción de la tensión y la enseñanza de técnicas eficaces del control.

De igual modo, Covington y Bloom [2006: 5] del «Centro de Género y Justicia» en Estados Unidos, hacen referencia a la importancia de la educación durante el tratamiento para mejorar las condiciones socio-económicas de las mujeres. Así, se pueden mantener ellas mismas y a sus hijos. También dan importancia no sólo a las diferencias de género, sino también a las diferencias dentro de las mismas mujeres. Por ejemplo, no son igual las vidas de las mujeres africanas o americanas, asiáticas o sudamericanas. También hay diferencias entre mujeres heterosexuales, bisexuales y lesbianas. Del mismo modo, se presentan diferencias entre mujeres jóvenes y mujeres mayores. Durante el tratamiento deben tomarse en cuenta todas estas diferencias.

Según el mismo informe [2006: 14-15] durante el tratamiento de las mujeres es necesario tener una terapia familiar, es decir, trabajar con la persona adicta y su familia para conocerla en su contexto familiar.

Para dar las mismas oportunidades a hombres y mujeres respecto a que las madres puedan asistir al tratamiento con sus hijos, es necesario contar con:

- Centros que ofrezcan servicios de atención infantil, para que las madres e hijos, puedan asistir al tratamiento.
- Asistencia semanal a centros donde las mujeres hablen de sus problemas familiares, de adicción, etcétera. Y que este programa pueda, incluso, efectuarse los fines de semana.
- Centros que ofrezcan, aparte del tratamiento, educación e información sobre las drogas y sus consecuencias.
- Programas de apoyo específicos para la mujer, que ofrezcan actividades para distraerse fuera de la casa y del trabajo.

Lo adecuado sería un tratamiento adaptado a las mujeres que acuden a los centros de desintoxicación (Centros de Acogida, Centros Ambulatorios, Comunidades Terapéuticas), sean mixtas o no. Es decir, programas individuales y diseñados específicamente para ellas donde se pueden hablar de temas personales, como por ejemplo, el cuidado de sus hijos, maltratos en la familia, separaciones, violaciones, etcétera. Según el Instituto Deusto de Drogodependencias [2007: 285-287], el 31% de las mujeres entrevistadas no se sienten libres al hablar de estos temas en la

presencia de varones. Así se puede reducir el porcentaje de mujeres que abandonan su tratamiento y aumentar el acceso de mujeres a esos centros.

De acuerdo con el programa de Proyecto Hombre, se requiere de más individualización y sobre todo impregnar una filosofía educativa, ofrecer alternativas educativas en diversos niveles de acuerdo a la formación de las testimonios, abordar temas como la autoestima, el respeto hacia sí mismo y hacia sus compañeros/as, familiares y/o pareja, la higiene, la importancia de la formación profesional, a nivel sentimental (apoyo psicológico a cada persona sobre temas como el maltrato físico y psicológico, vivencias de negación en la familia, etcétera). A nivel familiar (más reuniones personales entre personas y familia/ pareja/ hijos). También es importante tener en cuenta el sexo y la edad, además de la dependencia y la historia personal de cada cual. ●

Recepción: Junio 28 de 2008
Aceptación: Septiembre 1 de 2008

Josefina Mavrou

Correo electrónico: josefinama_2@hotmail.com

Chipriota. Terminó el doctorado en educación social, fundamentos y metodología en el Departamento de Pedagogía, en la Facultad de Ciencias de la Educación por la Universidad de Granada. Actualmente es tesista del doctorado en educación social. El tema de su investigación es «Análisis de los contenidos y de la praxis socioeducativa de la Comunidad Terapéutica de Proyecto Hombre. Hacia un programa educativo integral».

Nota

¹ Programa Hirusta es el programa de atención directa que, desde el área de prevención de la Fundación Gizakia, oferta apoyo psicoterapéutico y psicoeducativo a jóvenes y adolescentes con comportamientos de riesgo y a sus familias. También ofrece formación, asesoramiento y cooperación a profesionales que trabajan con la juventud, como educadores/as, profesorado, mediadores/as y técnicos/as de prevención, profesionales de los servicios sociales y otros agentes de ámbitos relacionados con la salud y la psicología URL: www.gizakia.org.(Memoria 2006).

Bibliografía

- Almeda, E. (2003). *Mujeres encarceladas*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Añaños Bedriñana, F. (2000). «Una propuesta para la educación en igualdad». En revista *GénEros* No. 22. págs. 29-34. México: ACU: Universidad de Colima.
- Asociación Proyecto Hombre (2003). *Memoria 2003: Perfil psicosocial y toxicológico de consumidores de heroína y cocaína*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Asociación Proyecto Hombre (2004). *Memoria 2004: 20 Aniversario de Proyecto Hombre, Perfil Psicosocial*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Bedmar, M. (2001). «Drogadicción y exclusión social. Reeducción en la cárcel». En: F.T. Añaños (coord.). *Prevención de las drogas en los jóvenes*. Granada: Grupo Editorial Universitario, pp. 99-123.
- Covington, S. y Bloom, B. (2006). «Gender-responsive treatment and services in correctional settings». En: *Women and Therapy*, 1-23.
- Defensor del Pueblo Andaluz. (2002). *La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía. Informe especial al Parlamento*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) (2006). «*Annual report 2006: Selected issue: A gender perspective on drug use and responding to drug problems*», pp. 21-37.
- Fundación Gizakia (2006). *Memoria 2006*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Instituto Deusto de Drogodependencias (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en drogodependencias*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Montero, J. F. (2006). «Aspectos psicosociales de la dependencia de alcohol en la mujer. Estudio comparativo entre hombres y mujeres». En: *Salud y Drogas/ Health and Addictions*, no. 2, vol. 6. pp. 197-214. España: Instituto de Investigación de Drogodependencias, Compobell, S.L. Murcia, España.

- Picchi, M. (1995). *Proyecto Hombre: Un programa terapéutico para drogodependientes*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Ramírez de Mingo, I. (2000). *Hacia la reinserción de los jóvenes drogodependientes*. Madrid: Lerko Print, S.A.
- Urbano Aljama, A., Arostegi Santamaría, E. (2004). *La mujer drogodependiente: Especificidad de género y factores asociados*. Bilbao, Universidad de Deusto/ Instituto Deusto de drogodependencias.
- Vega Fuente, A. (1983). *Los educadores ante las drogas*. Madrid: Santillana, S.A.
- Yague Olmos, C. y Cabella Vásquez, M.I. (2005). «Mujeres jóvenes en prisión». En: *Revistas de Estudios de juventud*, No. 69. págs. 30-48. Madrid: INJUVEP ediciones

Fuentes electrónicas consultadas

- Asociación de Proyecto Hombre URL: www.proyectohombre.es, recuperado el 10 de noviembre de 2007
- Center for Gender and Justice, URL: www.centerforgenderandjustice.org, recuperado el 5 de noviembre de 2007
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, «*El impacto del abuso de drogas en las mujeres y sus familias*». URL: www.cicad.oas.org, 26-11-2006.
- Consejo Nacional de Control de Estupefacientes, «*Mujeres y tratamiento de drogas*», URL: www.conace.cl, recuperado el 26 de noviembre de 2006
- Defensor del Pueblo Andaluz, «*Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía*», URL: www.defensor-and.es, recuperado el 3 de abril de 2008
- Fundación Gizakia, URL: www.gizakia.org, recuperado el 3 de abril de 2008
- Instituto e Investigación de Drogodependencias, Revista: «*Salud y Drogas/ Health and Addictions*», URL: www.inid.umh.es, recuperado el 3 de abril de 2008
- Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito, «*Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer*». URL: www.unodc.org, recuperado el 26 de noviembre de 2006.

GénEros Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género

Plan Nacional Sobre Drogas, Programa ALFIL (2004), URL: www.pnsd.msc.es.

European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA) (2006),
URL: www.emcdda.europa.eu.