

**Investigaciones Feministas**

ISSN-e: 2171-6080

<https://dx.doi.org/10.5209/inf.77481>

## Tratamiento de drogodependencias en servicios masculinizados: análisis de factores que dificultan o facilitan la adherencia de mujeres en recursos residenciales mixtos

Ana Martínez<sup>1</sup> y Fran Calvo<sup>2</sup>

Recibido: Julio 2022 / Revisado: Noviembre 2022 / Aceptado: Noviembre 2022

**Resumen: Introducción/propósito/objetivos:** Las mujeres con trastornos por consumo de sustancias presentan menor demanda y mayor índice de fracasos en el tratamiento residencial especializado. El objetivo de este estudio fue analizar los factores que dificultaban o facilitaban el acceso y la permanencia de mujeres en tratamientos de drogodependencias en centros residenciales de tipología mixta. **Metodología:** Se recopiló la información inicial sociodemográfica a través de un cuestionario ad hoc y se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo mediante el desarrollo y análisis de grupos focales. Para ello se formaron ocho grupos focales con un criterio de conveniencia de cinco comunidades terapéuticas y tres pisos terapéuticos del que participaron 49 mujeres que realizaban tratamiento en ese momento. **Resultados:** Los principales hallazgos mostraron las dificultades con las que se encuentran las mujeres tanto a la hora de acceder a realizarlo, como para completar su proceso en centros de tratamiento residenciales mixtos y lidiar con el androcentrismo impregnado en dichos centros, ante sus homólogos varones. **Discusión/aportación/originalidad:** Se mostró el sobreesfuerzo que han de realizar las mujeres para completar su proceso terapéutico con éxito. El estudio confirma la importancia de seguir haciendo hincapié en desarrollar programas de intervención y formación de los profesionales de adicciones en perspectiva de género para dar respuesta integral a una problemática latente.

**Palabras clave:** tratamiento residencial mixto, adicción a drogas, androcentrismo, adherencia al tratamiento, perspectiva de género.

### [en] Drug addiction treatment in masculinized services: analysis of the factors that hinder or facilitate the adherence of women in mixed residential resources

**Abstract: Introduction/purpose/objectives:** Women with substance use disorders have a lower demand and a higher failure rate in specialized residential treatment. The objective of this study was to analyze the factors that made it difficult or easier for women to access and stay in drug addiction treatment in mixed-type residential centers. **Methods:** Initial sociodemographic information was collected through an ad hoc questionnaire and a descriptive qualitative study was carried out through the development and analysis of focused groups. For this, eight focused groups were formed with a convenience criterion of five therapeutic communities and three therapeutic floors, in which 49 women were undergoing treatment at that time participated. **Results:** The main findings showed the difficulties that women face both when it comes to accessing it, and to complete the process in mixed residential treatment centers as they require to deal with the androcentrism permeated in these centers, in front of their male counterparts. **Discussion/inputs/originality:** The overexertion that women have to make to complete their therapeutic process successfully was shown. The study confirms the importance of continuing to emphasize the development of intervention and training programs for addiction professionals from a gender perspective to provide a comprehensive response to a latent problem.

**Keywords:** mixed residential treatment, drug addiction, androcentrism, treatment adherence, gender perspective.

**Sumario:** 1. Introducción. 2. Método. 2.1. Diseño general de investigación. 2.2. Participantes. 2.3. Procedimiento. 2.4. Aspectos éticos. 2.5. Análisis. 3. Resultados. 3.1. Cuestionario inicial previo al grupo focal. 3.2. Primera parte: ¿Cuándo decidieron las participantes realizar tratamiento residencial? 3.3. Segunda parte: ¿Qué obstáculos encontraron las participantes para acceder al tratamiento residencial? 3.4. Tercera parte: ¿Cómo lidiar con el androcentrismo dentro de los centros residenciales? 3.5. Cuarta parte: ¿Qué percibían como facilitadores para permanecer en tratamiento residencial? 3.6. Quinta parte: ¿Qué propuestas o alternativas creen que pueden facilitar el acceso de mujeres a tratamientos residenciales? 4. Discusión. Agradecimientos. Conflicto de intereses. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Martínez, A. y Calvo, F. (2022). Tratamiento de drogodependencias en servicios masculinizados: análisis de factores que dificultan o facilitan la adherencia de mujeres en recursos residenciales mixtos, en *Revista de Investigaciones Feministas*, 13(2), pp. 719-733.

<sup>1</sup> Piso Terapéutico Girona y Servicios Ambulatorios PSVA-SAVA, ATART, Girona (España).

<sup>2</sup> [fran.calvo@udg.edu](mailto:fran.calvo@udg.edu)

Departament de Pedagogia, Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida, Universitat de Girona. Departament de recerca i avaluació, Fundació Salut i Comunitat, Girona (España).

ORCID: <https://portalrecerca.csuc.cat/orcid/0000-0002-0300-8548>

## 1. Introducción

En los últimos años han cobrado relevancia los movimientos de lucha feminista en contra la discriminación, desigualdad y maltrato hacia la mujer, aspecto que ha abierto camino a una mayor sensibilidad de la población y a ocupar un espacio en el ámbito público, medios de comunicación y agendas políticas.

Los esfuerzos llevados a cabo en las últimas décadas en materia de género por equiparar los derechos y libertades de la mujer respecto al hombre a nivel institucional se han traducido en la creación de leyes específicas. De más trascendencia para visibilizar, concienciar y generar cambios de perspectiva social en relación con el derecho a la igualdad fue la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE, 2007), en cuanto a la violencia de género la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE, 2004). Pese a los avances logrados en los últimos años y la creación y modificación de estas leyes, las mujeres siguen expuestas a diferentes formas de estigmatización y discriminación laboral, salarial, dificultad de conciliación familiar, menos puestos de responsabilidad y menos presencia en el ámbito público (INE, 2019). Esta estigmatización se ve acentuada en la población drogodependiente por la imagen social negativa y una acumulación de atributos desfavorables que consecuentemente legitima la exclusión social (Arribas, 2001). Es más, esta valoración negativa acaece en estereotipos desfavorables de la población drogodependiente y se ve acentuada en el imaginario social cuando se trata de una mujer, posicionándola en una situación de especial vulnerabilidad, cosa que dificulta los procesos rehabilitadores (García y Mira 2014).

Alrededor de esta cuestión existe una preocupación histórica entre la calidad asistencial y la relación entre la adherencia y permanencia en servicios de atención a las drogodependencias (Boubeta, et al, 2010; Calvo, et al, 2018; Mirando, 2004; Montaraz, et al, 2004; Sirvent, et. al, 2015). A su vez, la masculinización de los servicios de drogodependencias es una cuestión histórica en nuestro país, pues predomina un concepto androcéntrico dentro de los centros residenciales mixtos con un grupo de varones mayoritariamente homogéneo (Arnau, 2006), con un bajo porcentaje de mujeres drogodependientes en tratamientos residenciales (una mujer por cada cinco varones, aproximadamente) (EMCDDA, 2020).

Bastón, et al (2009) indicaron una tasa de abandono del 51% de las mujeres frente a un 40% de mujeres que obtuvieron el alta terapéutica en un tratamiento residencial en una comunidad terapéutica mixta. No finalizó el proceso terapéutico el 28% por altas voluntarias y el 23% por expulsiones consecuencia de incumplimiento de objetivos. El 75% de las mujeres que fueron altas voluntarias eran madres. De manera similar, en el proceso de inserción de la población masculina y femenina de usuarios de drogas en rehabilitación, Kuri, et al, (2015), encontraron mayor complejidad en la reinserción femenina, no solo por los factores propios de la adicción semejante a sus análogos varones, sino por una mayor estigmatización, inquietud por retomar el rol materno, incorporación al mercado laboral compatible con cargas familiares, baja autoestima y más sintomatología depresiva y ansiosa.

Cada vez, existe más interés en dar una visión más amplia y establecer mejoras en la atención integral en drogodependencias. Estudios recientes revelan mayor efectividad en el proceso rehabilitador en mujeres en tratamiento cuando se atiende la especificidad de género (Jeifetz y Tajer, 2010; Montaraz, et al, 2004; Pozo, et al, 2016). En España se suele hacer alusión a la mujer que padece una drogodependencia, teniendo en cuenta su género como una variables sociodemográfica, al igual que su edad de inicio, frecuencia, droga principal y estatus social (Pérez y Correa, 2011), pero el desarrollo de estudios desde una perspectiva de género, requiere un análisis de los factores socioculturales, individuales, institucionales y psíquicos que intervienen en la construcción e identidad de género para comprender cómo estos afectan en los procesos de la drogodependencia (Redondo, 2009). Aunque existen algunos estudios en España que han evaluado los factores que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento de pacientes drogodependientes (Calvo et al, 2021), poco se ha abordado esta cuestión desde la visión de las propias interesadas. Por este motivo, el objetivo principal de este estudio fue analizar la percepción de mujeres en tratamiento de drogodependencias en recursos residenciales mixtos sobre los factores que dificultan el acceso y la continuidad en su tratamiento y, por lo tanto, los factores de riesgo de abandono, así como también, aportar propuestas y alternativas desde la experiencia de las mismas mujeres que realizaban el tratamiento en ese momento.

## 2. Método

### 2.1. Diseño general de investigación

Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo mediante el desarrollo y análisis de grupos focales. Consistió en favorecer un discurso conversacional entre las participantes y los investigadores en la que se creó un vínculo para generar un espacio seguro y de confianza dónde intercambiar experiencias, puntos de vista y opiniones, siguiendo una línea argumental. Permitiendo de esta manera la recogida de información a partir de sus percepciones, sentimientos y emociones (Alonso y Benito, 1998). Dado que el objetivo era conocer los factores que

intervienen en dificultar la permanencia de mujeres en tratamientos de drogodependencias en recursos mixtos, se creyó oportuno utilizar la técnica de grupos focales.

## 2.2. Participantes

Participaron 49 mujeres residentes de recursos residenciales mixtos donde realizaban tratamiento de deshabituación de sustancias tóxicas, con edades comprendidas entre los 20 y los 63 años, que se distribuyeron en ocho grupos focales. El 80,4 % de las participantes realizaban tratamiento en Comunidades Terapéuticas (CT) y el 26,1% restantes en Pisos Terapéuticos de Reinserción (PT), todas en diferentes fases del tratamiento. Ver tabla 1.

**Tabla 1.** Características de las participantes

	Tipología del recurso	Participantes n (%)	Edad M; DE (Rango)	Días en tratamiento M; DE (Rango)	Total tratamientos previos <sup>a</sup> M; DE (Rango)
Grupo 1	PT	5 (10,2)	45,6; 16,1 (20-63)	131,8; 96,1 (49-239)	3,2; 2,4 (0-6)
Grupo 2	PT	4 (8,2)	45,6; 13,1 (32-58)	106,3; 44,1(77-157)	1,3; 1,5 (0-3)
Grupo 3	CT	5 (10,2)	47,0; 7,0 (39-50)	113,0; 118,7 (92-128)	6,7; 4,9 (1-10)
Grupo 4	PT	3 (6,1)	38,0; 8,7 (32-48)	323,0; 36,0 (287-359)	5,3; 2,5 (3-8)
Grupo 5	CT	5 (10,2)	43,0; 7,2 (36-52)	83,6; 80,2 (16-198)	3,6; 2,3 (1-6)
Grupo 6	CT	8 (16,3)	37,9; 10,1 (23-51)	88,6; 64,5 (23-179)	1,0; 1,3 (0-3)
Grupo 7	CT	6 (12,2)	41,2; 13,5 (22-63)	81,0; 38,1 (9-107)	2,5; 1,5 (1-5)
Grupo 8	CT	13 (26,5)	42,9; 9,5 (21-59)	109,2; 66,3 (11-212)	2,8; 11,1 (1-5)
Total		49 (100)	42,1; 10,2 (20-63)	126,2; 92,3 (9-239)	2,9; 2,4 (0-10)

Comunidad terapéutica (CT), Pisto terapéutico (PT), <sup>a</sup>Incluyendo tratamientos ambulatorios y residenciales previos.

La CT ofrece un servicio de asistencia profesional de atención continuada e intensiva con el objetivo de realizar tratamiento de deshabituación y reinserción de personas con problemas de drogodependencias, a través de un programa de actividades terapéuticas y socioeducativas. Los PT, por otro lado, ofrecen un servicio de acompañamiento residencial en medio urbano, con el objetivo de consolidar la autonomía y promover la reinserción de las personas drogodependientes desde una perspectiva comunitaria. Los PT se dirigen habitualmente a personas que han realizado un proceso anterior en CT (GENCAT, 2017). En este caso, las 12 participantes que estaban realizando tratamiento en pisos terapéuticos provenían de CT.

El porcentaje de mujeres respecto a los hombres en los centros de tratamiento se comprendió entre el 16,7% y el 46,1%. Ver tabla 2.

**Tabla 2.** Comparativa entre hombres y mujeres realizando el tratamiento residencial

	Mujeres	Hombres	% de mujeres respecto hombres
<b>Grupo 1</b>	6	7	46,1
<b>Grupo 2</b>	4	10	28,2
<b>Grupo 3</b>	5	25	16,7
<b>Grupo 4</b>	2	6	25,0
<b>Grupo 5</b>	5	20	20,0
<b>Grupo 6</b>	8	11	42,1
<b>Grupo 7</b>	7	12	36,8
<b>Grupo 8</b>	13	58	18,3

El reclutamiento de las participantes tuvo lugar entre los meses de octubre de 2020 y abril de 2021. Para ello se utilizó un muestreo por selección intencionada, acumulativo y secuencial para conseguir la saturación del discurso, (Casal y Mateu, 2003). Los criterios de inclusión que se siguieron para formar los grupos focales fueron, i) que las participantes fueran mujeres; ii) que estuvieran realizando tratamiento residencial de desha-

bituación de drogodependencias en centros mixtos; iii) que aceptaran participar voluntariamente en los grupos focales.

La investigación se llevó a cabo por una investigadora, coordinadora del proyecto de investigación, con formación en educación social, perspectiva de género y especialista en adicciones, un supervisor científico del proyecto, experto en adicciones y doctor en psicología, que dio apoyo en el diseño y análisis de datos para garantizar la calidad del proceso, además de contar con el apoyo en la conducción de los grupos de las profesionales de referencia de cada recurso residencial con formación en educación social y perspectiva de género.

### 2.3. Procedimiento

Los grupos focales se formaron con un criterio de conveniencia. A su inicio, se contactó con las CT y los PT para explicar los objetivos del estudio a sus responsables.

Una vez se obtuvieron los permisos necesarios, se entregó a cada centro un breve cuestionario ad hoc, el objetivo del cual era informar sobre el estudio a las participantes y, por otro lado, recoger información inicial de tipo sociodemográfico, terapéutico y sobre la opinión que tenían alrededor de la propuesta de tratamiento que recibían. Este cuestionario incluyó 22 ítems de respuesta dicotómica como por ejemplo: *¿Has realizado tratamientos anteriores habiendo obtenido un alta terapéutica?* o *¿En el centro en el que recibes tratamiento actualmente, se lleva a cabo un grupo de género exclusivamente para mujeres?*

En el momento de iniciar los grupos se les informó de la duración aproximada, el objetivo de la investigación, y la utilidad potencial de su opinión para incorporarla al proceso de diseño y planificación de las intervenciones en los servicios de tratamiento mixtos, con el objetivo de optimizarla.

Para obtener el máximo de información en un corto espacio de tiempo se preparó un guion de grupo focal de forma abierta con los aspectos más relevantes en correspondencia con el objetivo planteado. El contenido se dividió por temáticas que fueron definidas por el equipo de investigación: i) accesibilidad a los recursos de tratamiento en drogodependencias ii) preferencia en la tipología de recursos a escoger para realizar tratamiento, iii) relaciones mixtas dentro de los recursos residenciales, iv) necesidades como mujer en tratamiento y v) relación con los profesionales. Este guion estuvo pensado para propiciar el diálogo y la expresión libre de las opiniones en momentos de silencio o para reconducir el foco del contenido en el caso de que se dispersara.

Los fragmentos transcritos incluidos en el apartado de resultados incluyeron aclaraciones encorchetadas en virtud de la jerga utilizada y para aclarar el discurso de las participantes cuando se consideró conveniente. Se cerraron los grupos focales agradeciendo su participación y colaboración, así como dando la posibilidad de hacer llegar por diversas vías, correo electrónico u otros servicios de mensajería de texto, experiencias o vivencias que por motivos de anonimato o tiempo no pudieron compartir y apreciaran hacerlo. Los grupos fueron registrados en audio y posteriormente se transcribieron para ser analizadas.

### 2.4. Aspectos éticos

Las participantes fueron informadas verbalmente y por escrito del carácter voluntario de su participación, firmaron un consentimiento informado en el que aceptaron la grabación en audio de los grupos focales, así como del uso de los datos de forma anónima y confidencial con fines de investigación.

### 2.5. Análisis

Para este artículo se siguió la pauta propuesta por la American Psychological Association para investigaciones cualitativas (Levitt et al, 2018). Además se siguió el modelo de informe de Calvo et al (2020) para un conjunto de personas con problemas asociados a consumos de drogas que permitió determinar, ordenar y examinar la información recogida en poblaciones drogodependientes. Empezando con la lectura y releitura de las transcripciones se clasificó la información a través de patrones que se repetían (Braun y Clarke, 2006). Con este método se pudo identificar una correlación de temáticas que permitieron establecer unidades de análisis, de esta manera ajustar una lista de categorías y subcategorías, que se establecieron de forma abierta y selectiva (Stauss y Corbin, 1990). Se establecieron cinco categorías y dieciocho subcategorías. Ver tabla 3.

**Tabla 3.** Categorías y subcategorías de análisis

Categorías	Subcategorías
Decisión de inicio de tratamiento	Limitaciones tratamiento ambulatorio Conciencia de adicción Llegar al límite Miedo a lo desconocido

Categorías	Subcategorías
Dificultades de acceso y permanencia	Falta de plazas para mujeres Mantenimiento abstinencia Doble penalización Crianza y la amenaza de retirada de menores Cuidados de familia
Androcentrismo	Espacios masculinizados Micromachismos Agresiones Sobreesfuerzo adaptativo
Facilidades	Grupo de género separado y mixto Adaptación del proceso, atender la diferencia con perspectiva de género
Propuestas	Perspectiva de género Seguimiento profesional Visibilidad de la drogodependencia en mujeres

### 3. Resultados

#### 3.1. Cuestionario inicial previo al grupo focal

Sobre los resultados obtenidos en el cuestionario previo al inicio de los grupos focales, cabe destacar que el 77,7% de las participantes se inclinaron hacia un centro residencial mixto frente un 16,6% que le atraería la idea de ingresar en uno exclusivamente de mujeres, que el 97,2% ha realizado grupos de género durante el tratamiento, un 77,7% por separado, un 11% mixtos y el 100% consideraron necesario este espacio. Asimismo, el 100% compartieron los espacios comunes con sus homólogos varones y el 38,8% afirmaron haber tenido malas experiencias dentro del centro, el 36,1 % sintieron que invadieron su espacio y el 22,2% alegaron sentirse cohibidas para hablar temas importantes delante de estos. Finalmente resaltar, que el 11,1% tuvieron malas experiencias con profesionales por el hecho de ser mujeres. Ver tabla 4.

**Tabla 4.** Respuesta a preguntas cerradas efectuadas previas al inicio de los grupos focales

Afirmaciones	Respuestas afirmativas n (%)
Mantener la abstinencia previa al ingreso fue un obstáculo antes de acceder a la comunidad terapéutica	15 (41,6)
Reciben alta terapéutica en anteriores tratamientos	11 (30,5)
Prefiere un centro mixto a uno exclusivamente para mujeres	28 (77,7)
Les atrae la idea de recibir tratamiento en un centro exclusivamente de mujeres	6 (16,6)
Realizan grupo de género durante el tratamiento	35 (97,2)
Realizan el grupo de género por separado hombres y mujeres	28 (77,7)
Realizan grupo de género mixto	4 (11,1)
Creen que el grupo de género es necesario	49 (100)
Comparten espacios comunes con los hombres	49 (100)
Han tenido malas experiencias con los compañeros hombres dentro del recurso	14 (38,8)
Han sentido que los hombres invaden su espacio	13 (36,1)
Se han sentido cohibidas al hablar temas importantes delante de los compañeros hombres durante el tratamiento	8 (22,2)
Se expresan libremente y de la misma manera con los compañeros hombres	22 (61,1)
Cuando les atiende un profesional prefieren que sea mujer	8 (22,2)
Creen que hay diferencia en el trato cuando el profesional es mujer	3 (8,3)
Se dirigen de la misma forma a un profesional hombre	29 (80,5)
Han tenido malas experiencias con profesionales hombres por el hecho de ser mujer	4 (11,1)
Creen que hay mucha normativa en los recursos	22 (61,1)
Hay normativa que se contradice	19 (52,7)

Afirmaciones	Respuestas afirmativas n (%)
Hay normativa que cuesta mucho cumplir	10 (27,7)
La normativa tiene en cuenta a hombre y mujer por igual	25 (69,4)
Creer que la normativa les dificulta la continuidad del tratamiento	0 (0)

### 3.2. Primera parte: ¿Cuándo decidieron las participantes realizar tratamiento residencial?

Mayoritariamente las participantes realizaron tratamientos ambulatorios previos de los que aludieron a sus limitaciones en la oferta terapéutica. Estas limitaciones se traducen en una excesiva variabilidad de los profesionales que las atendieron y, en consecuencia, en dificultades para establecer vínculos terapéuticos y la sensación de tener que explicar demasiadas veces su historia personal en un breve lapso. Además, destacó la excesiva espera para recibir atención desde el primer contacto y que las visitas fueran muy espaciadas en el tiempo. De este modo valoraron su seguimiento como insuficiente y, cosa que a su vez reportó escasa motivación, tanto para la asunción de cambios, como para vincularse con los profesionales y el programa terapéutico. Por estos motivos varias pacientes afirmaron que tras intentar haber hecho el tratamiento de forma ambulatoria, finalmente buscaron un recurso más intensivo.

*“Yo pedí ayuda en el CAS [centro ambulatorio especializado] y empecé hacer terapias, pero sentí que no tenía la ayuda necesaria para salir yo sola, que no era suficiente, en las terapias que hacía, sentía que no acababa de vaciarme [desahogarse] del todo y sentía que salía de la terapia igual que había entrado, no notaba ningún cambio y era un poco como el pez que se mordía la cola y veía que necesitaba más ayuda. Les dije a mis padres que quería ingresar en un centro que necesitaba más ayuda”* (P28, 23 años, 179 días de tratamiento, ningún tratamiento previo).

*“Bueno a mí me sorprendió que en el CAS dónde yo iba, si consumes o tienes recaída te quitaban la terapia con la psicóloga, yo tenía psiquiatra, pero si dabas positivo [a la detección de drogas en orina] te quitaban la psicóloga. Te decían: “claro si recaéis, hay mucha gente en la cola que no quiere recaer”. Hay lista de espera, y si recaes te la quitan y vuelve a iniciarse al cabo de dos meses. Cuando más lo necesitas, vuelves a empezar”* (P23, 45 años, 125 días de tratamiento, ningún tratamiento previo).

Casi la mitad refirieron que después de tomar la decisión de ingresar en un centro residencial para agilizar la derivación acudieron a terapeutas privados, porque la primera hora de visita libre que le ofrecían en el servicio público se demoraba muchas semanas y ellas consideraban que su situación requería de una respuesta menos dilatada.

*“Bueno yo fui por privado por lo mismo, vas al CAS te dan hora para de aquí a 3 o 4 meses y después tramitan ingreso, yo era o entraba ya o no entraba y lo tramité por privado”* (P25, 43 años, 1 tratamiento previo).

Las participantes refirieron en todo momento que el trato profesional recibido en los servicios ambulatorios fue bueno y que las limitaciones con las que se encontraron fueron estructurales, especialmente los protocolos o normativas que los rigen y que limitan la posibilidad de dar un servicio adaptado a las necesidades específicas de las pacientes.

*“En general los profesionales hacen su trabajo lo mejor que pueden, el problema es cómo se plantea el servicio. Por ejemplo, yo no podía ir nunca a la hora que me daba porque la administrativa me decía que me tenía que dar la hora que le salía en el ordenador y a mí siempre me coincidía con alguna cosa de los niños [sus hijos]. Al final dejé de ir a bastantes visitas por ese motivo”* (P45, 44 años, 2 tratamientos previos).

Sin embargo, más de una decena de participantes alegaron haber tenido malas experiencias con algún profesional del centro ambulatorio por el hecho de ser mujer, resultando en el abandono del tratamiento y sin deseo de iniciarlo de nuevo.

*“Yo iba al CAS, pero la verdad no [fue] muy bien, me atendieron muy bien, pero el terapeuta que me tocó no [me trató] muy bien. No me gustaba, me intimidaba mucho, no me sentía cómoda y pedí cambio de terapeuta y no me hicieron ni caso. Me dijeron que tenía que llamarlo a él y decirle los motivos porque no quería hacer terapia con él y eso me hizo sentir más incómoda [...] Me sacaba temas sexuales, temas que no me gustaban. Me saltaba siempre con muchos temas de eso y me intimidaba muchísimo, era como si siempre quisiera saber mi vida sexual, si yo me tocaba, si yo... y cosas así. Además, con las agresiones que he tenido no creo que hiciera falta sacar el tema, y yo se lo decía y seguía con el tema, me dijeron, que tenía que llamarlo a él y explicarle los motivos, que así era como funcionaba. Y yo no quería ni escuchar su voz, no hablé con él directamente simplemente dejé de ir”* (P26, 23 años, 80 días de tratamiento, 3 tratamientos previos).

Una de las limitaciones individuales más comentada para acceder a realizar un tratamiento residencial fue la falta de conciencia en cuanto a tener un problema de drogodependencia y otras argumentaron la falta de adhesión a tratamientos previos por ese mismo motivo.

*“... partiendo de la base que nosotras mismas nos cuesta admitir la adicción que tenemos, mi mayor problema fue aceptar mi problema de la dependencia al alcohol, eso fue mi primer obstáculo en todo esto”* (P2, 54 años, 234 días de tratamiento, 5 tratamientos previos).

Otro aspecto que señalaron que demoró la decisión de iniciar un tratamiento residencial fue el miedo a lo desconocido, no disponer de información previa, desconocer a lo que se tenían que enfrentar o tener un imaginario distorsionado por lo que habían oído, visto por otros usuarios o medios de comunicación.

*“Me lo imaginaba como una prisión, yo me lo imaginaba como en las películas, con las jeringuillas, yonquis...”* [personas drogodependientes] (P30, 51 años, 23 días de tratamiento, ningún tratamiento previo).

*“A mí el miedo me lo provocaba no saber dónde iba a estar, un piso, una casa... dónde vamos a dormir hombres y mujeres, no sé cuanta gente controla la casa por la noche, que puede pasar, no sé qué problemas pueden tener los usuarios de allí y que disposición de contención tienen los terapeutas”* (P27, 39 años, 179 días de tratamiento, ningún tratamiento previo).

Del mismo modo, verbalizaron la dificultad de sostener la presión y la carga que implicaba la decisión de iniciar un proceso terapéutico en un centro residencial mixto. Refirieron lidiar una lucha entre la presión social, psicológica, personal, familiar, salud y laboral antes de tomar la decisión de ingresar y no decidirse a solicitar el ingreso hasta que no llegaron al límite de sus circunstancias, perdiéndolo todo: pérdida del control en el consumo, apoyo familiar, trabajo, dinero, retirada de criaturas menores de edad e intentos de suicidio.

*“Yo ya estaba en el pozo. Cuando caí totalmente en picado mi hija dijo “ahora ya sí”, porque me intenté suicidar”* (P7, 47 años, 77 días tratamiento, 1 tratamiento previo).

### **3.3. Segunda parte: ¿Qué obstáculos encontraron las participantes para acceder al tratamiento residencial?**

Una vez las usuarias tomaron la decisión firme de acceder al tratamiento residencial se encontraron con diversos obstáculos.

Casi la mitad de las participantes aseguraron que lo más difícil que tuvieron que afrontar fue el requisito de la abstinencia previa para ingresar al recurso. Además, en muchos de los casos, tuvieron que alargar esa abstinencia por la espera a una plaza disponible con la respectiva complejidad que implicaba.

*“Ahora lo recuerdo terrorífico, no encontraba el modo sola de cómo saber o poder hacerlo. Necesité muchísima ayuda familiar, es durísimo para el que te acompaña en los días previos. Creo que, en 4 de los ingresos, entré con positivo en THC [cannabis] y benzos [benzodiazepinas]”* (P15, 34 años, 359 días de tratamiento, 8 tratamientos previos).

A su vez se encontraron con barreras estructurales y de funcionamiento acentuadas especialmente en cuanto al género.

Este hecho se dio desde el momento mismo de ingresar, cuando todas expresaron sentirse sorprendidas con la disparidad en la cantidad de plazas destinadas a mujeres y hombres en los centros mixtos. En este sentido expresaron sentimientos de inseguridad, incertidumbre, preocupación, que incluso interfirieron en el establecimiento de la relación terapéutica y la permanencia en el recurso.

*“He sentido indignación por saber que debía esperar a que se fuera una mujer de un proceso para poder ser yo la siguiente, porque solo había 6 plazas, cuando de hombres hay tantas como 26 a 30 plazas. En CT, había 5 habitaciones para hombres y 1 para mujeres”* (P15, 34 años, 359 días de tratamiento, 8 tratamientos previos)

Por otro lado, las participantes describieron su percepción sobre la presión social que envolvía el estereotipo de ser mujer adicta y la carga adicional que soportaban a la hora de tener que tomar la decisión de ingresar en un centro residencial para anteponer su salud.

*“Ya no solamente por el tema tabú que lleva a que la mujer tengamos adicciones, porque siempre las tapamos o se intentan tapar. Hay una parte de estigma muy importante y luego en vez de sentirte apoyada, sientes que te van poniendo trabas, la mayoría... siendo mujeres parece como que si... que nos estamos dejando en un mal sitio, como que la mujer no tendría que llegar a esos extremos”* (P5, 63 años, 239 días de tratamiento, ningún tratamiento previo).

Sobre los aspectos que retrajeron la decisión para iniciar el tratamiento residencial, estas alegaron en gran mayoría que fue la de la crianza y cuidados de criaturas menores a su cargo. Una de las razones por la cual, muchas ocasiones negaron los problemas de consumo a familiares o amigos, así como, cuando acudían a consulta lo minimizaban ante la posibilidad de alertar a los servicios correspondientes frente a la probabilidad de retirada de la custodia. Además, permanecieron reticentes a iniciar un tratamiento residencial por el mismo motivo, el sentimiento y la carga emocional de abandonar a sus criaturas y sus correspondientes sentimientos de fracaso y culpabilidad. Se añadió la dificultad de permanecer tanto tiempo en régimen cerrado, especialmente en las primeras fases de tratamiento residencial, sin poder ver a sus criaturas, parejas o familiares.

*“Las mujeres que somos madres, que tenemos que hacer una renuncia a nuestros hijos para poder centrarnos en nosotras, abandonarlos por decirlo de alguna forma, es muy difícil de sostener. Tienes que hacer un gran trabajo que tú tienes que estar bien para poder estar bien para con tus hijos, pero una vez llegar a esa conclusión y en el grado de desesperación en el que lleves... en el mío fue el máximo posible, como única salida si no cojo este tren ya no voy a poder...”* (P2, 54 años, 234 días de tratamiento, 5 tratamientos previos)

*“Yo tengo hijos y el hecho de estar encerrada, ya sé que es por mi bien, pero el no poderlos visitar durante un tiempo para mí es un problema. Es una dificultad sobre todo para las mujeres que somos madres que el tratamiento se acorte o lo abandones. La imagen de una madre no es la imagen de un padre, la madre es la que tira del carro, la que en teoría tenemos que ser las responsables y buenas”* (P19, 49 años, 35 días de tratamiento, 3 tratamientos previos).

### 3.4. Tercera parte: ¿Cómo lidiar con el androcentrismo dentro de los centros residenciales?

Las mujeres expresaron que subyacía un malestar físico y emocional relacionado con las dinámicas que se establecieron dentro de los centros residenciales mixtos. La mayoría de las participantes aseguró haber lidiado con aspectos androcéntricos a nivel estructural y en las relaciones que se establecieron durante el tratamiento y cómo influyeron a la hora de realizar un proceso terapéutico en espacios compartidos con iguales y a la adherencia terapéutica.

Tal y como las participantes advirtieron, tuvieron la sensación de entrar en un espacio de hombres. Desde el mismo momento en el que ingresaron se sintieron incómodas con las miradas, los gestos y las palabras que recibieron inicialmente de sus compañeros y posteriormente se acrecentó esa percepción, en el trato, las dinámicas y las relaciones.

*“Esos comentarios hacia la mujer como objetos... “a esta la empotro”... [practicar sexo] he escuchado cada barbaridad... Y hace relativamente poco tú estuviste en una situación que me explicaste... que tela... [situación violenta]. Entonces, bueno, claro que haces ante eso, cuando estás conviviendo todo el día... ¿qué haces? Si te enfrentas, sabes que puede pasar, ¿te enfrentas?, no sé, es difícil posicionarse y más cuando la mayoría son hombres”* (P8, 30 años, 323 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

*“Si yo he tenido que marcar faltas de respeto, sin ir más lejos hace dos días cambiaron las responsabilidades de la casa y a mí me pusieron de responsable de mantenimiento y unos cuantos se rieron de mí, porque me estaban subestimando y les dije que para hacer el mantenimiento de aquí no se tenía que ser ingeniera y que no habría ningún problema y que si tenía que hacer algo que no sabía, pediría ayuda. Me sentí incómoda, porque ya pensar que por ser mujer no podía hacer el mantenimiento y lo puedo hacer perfectamente”* (P18, 52 años, 138 días de tratamiento, 2 tratamientos previos).

*“Cuando se saca algún tema de género juntos, ya empiezan las tensiones, entran con una defensa y atacando, es muy difícil poder hablar un tema de género. En mi caso, yo me enervo muchísimo por dentro, pero no salto porque se a dónde lleva todo esto. Cuando hay comentarios hacia ti o sobre todo contigo, te dicen cosas, de cachondeo, [broma] pero te dicen cosas y son cosas que te molestan y sí que veo que hay roles. Yo sé lo que pasa si doy mi opinión, pero si pudiera hablar tranquilamente y no volviera a este sitio, diría la mía, pero a veces digo da igual ya está. Y entre ellos hay un rollo de colegueo [complicidad], de machos, de a ver quién es más macho...quien está más fuerte... pero con respecto a la convivencia con cosas que veo y no me gustan, pues no. A veces bajo y va uno sin camiseta, otro dice algo... y son cosas que no me apetece ver... y bueno más que segura que no estoy cómoda en ese aspecto. Segura estoy, cómoda no, muchas situaciones no son cómodas y si es eso que, si se afronta la situación y das tu voz, tienes tus consecuencias”* (P8, 30 años, 323 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

No tan solo en ese sentido sino también en las instalaciones comunes, como en el gimnasio, áreas de trabajo, incluso a la hora de elegir las actividades de ocio que se sometían a votación. El hecho de ser mayormente varones y dar la opción de votar las actividades, resultaba en hacer actividades que generalmente elegían los hombres.

*“El sitio de comunidad se estaba masculinizando, estuvieron dos meses casi todos hombres, y obviamente cuando llegamos todas pues se habían adueñado del gimnasio, la piscina y las zonas más asociadas a ellos. Aunque nosotras pusieramos voz no entendían y hubo bastante conflicto ahí, porque nos atacaban. Como sociedad, vaya, mujeres que ponen voz a sus derechos y sus opiniones, pues nos atacaban y éramos las locas, allí pasaron muchas situaciones así”* (P8, 30 años, 323 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

De forma semejante, las participantes manifestaron sufrir diferentes formas de micromachismos, prácticamente a diario durante el proceso de tratamiento, sobre todo cuando no había profesionales delante, como comentarios, bromas, miradas, insinuaciones y faltas de respeto.

*“En general, un pequeño grupo que arrastraba la broma fácil a dejar a la mujer en evidencia, sobre todo a nivel sexual. Existían comentarios, sinceramente, degradantes hacia la mujer; de un pequeño grupo, pero que arrastraba o masificaba a que reunieran más”* (P2, 54 años, 234 días de tratamiento, 5 tratamientos previos).

*“Yo cuando entré a la comunidad y vi tanto chico, me sentí cohibida, yo me sentí como un objeto. En plan a ver quién entra, como es esta chica, te hacen un escáner de arriba abajo, me sentí bastante objeto. Incluso cuando pasaron un par de semanas, yo al ser mujer y lesbiana tuve que dejarlo claro, tenían un trato hacia mí de quizá, como explicarlo, al principio seducción, atracción... Bueno cuando dije que era lesbiana para poner límites también me salió rana porque tienen otro rol, de objetivo. Fue bastante complicado”* (P8, 30 años, 323 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

Estas situaciones de intimidación incluso se agravaron con el padecimiento de agresiones expresas. Así más de una tercera parte de las participantes refirieron haber tenido malas experiencias con compañeros dentro del recurso.

*“Yo sufrí un abuso por parte de un compañero, fue una situación de violencia. Donde me hice pequeña y no le dije nada al compañero y lo fui a comunicar al equipo, pero no supe decirle nada al chico cuando pasó”* (P28, 23 años, 179 días de tratamiento, 0 tratamientos previos).

*“Yo si tuve un percance con un hombre, se encabronó conmigo, se enchochó [se obsesionó] conmigo, y yo no quise seguirle el rollo. Hacíamos broma y eso, pero cuando empezó a meterse con mi marido, que me separara que tal que cuál... Quise parar y se encabronó [enfadó] sacó un cuchillo, y se puso como loco, se puso un compañero por delante y recuerdo la tutora de aquel momento y me dijo coge la chaqueta y el tabaco y vete de la casa con el compañero que se puso delante, me sacaron de la casa, nos fuimos para la montaña, porque él me iba buscando por la casa para matarme. Hasta que vino la policía y se lo llevaron”* (P21, 41 años, 31 días de tratamiento, 6 tratamientos previos).

Otro de los aspectos que consideraban las mujeres como un factor importante para no terminar el tratamiento fueron las relaciones sexuales heteroafectivas que se establecían entre personas en los tratamientos. A pesar de la prohibición de mantener relaciones sexuales durante el tratamiento, argumentaron que el hecho de haber vivido relaciones de dependencia afectiva previamente repercutía en el proceso terapéutico, en tanto que acontece la expulsión o bien el abandono de este.

*“También la dependencia a veces lleva a relaciones sexuales en CT que se confunden aunque en CT están totalmente prohibidas y casi siempre penalizan a la mujer”* (P15, 34 años, 359 días de tratamiento, 8 tratamientos previos).

En este sentido, ante la pregunta que se realizó sobre si preferirían centro mixto o uno exclusivamente de mujeres, más del setenta por ciento contestó que preferían un centro mixto. Por un lado, argumentaron tener más nociones para relacionarse con hombres.

*“Yo si te digo la verdad, en regla general me va mejor con hombres, porque choco más con mujeres, siempre me he relacionado mejor con ellos”* (P10, 50 años, 128 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

Por otro lado, razonaron que en la sociedad convivimos mujeres y hombres, de esta manera lo veían como una oportunidad para trabajar las dificultades con el género masculino para poder afrontarlas fuera.

*“Comunidad es una pequeña sociedad que entre nosotros tenemos que convivir y superar nuestras dificultades. Entonces la sociedad es mixta, con lo cual en comunidad también lo suyo es mixto, porque si solo convives con mujeres, sales a la calle y te encuentras de todo, pues lo ideal es que ahí es que se forme una pequeña sociedad tanto de hombres y mujeres y aprendas a convivir con eso, con las dificultades y con las ventajas. Con lo cual yo prefiero que sea mixto. Para que sea lo más real posible”* (P1, 43 años, 61 días de tratamiento, 6 tratamientos previos).

Para finalizar este punto, por todas estas razones relacionadas con la masculinización de los centros, el androcentrismo de la estructura y la convivencia, las participantes consideraron la necesidad de sentir que tenían que hacer un sobreesfuerzo adaptativo en cuanto a integrarse en el grupo mayoritario, para ser aceptadas, no juzgadas y respetadas. Todos estos elementos son esgrimidos por parte de las participantes como dificultades en su permanencia en el servicio residencial. Las mujeres sintieron que ese sobreesfuerzo les afectaba en su proceso, ya que en muchas ocasiones por desgaste y cansancio emocional no se posicionaron o daban su opinión contraria a la posición mayoritaria.

*“Yo creo que nos cuesta más esfuerzo, ellos hacen esfuerzo por estar, pero nosotras es como si de alguna manera tenemos que hacer algo más de esfuerzo para estar dentro. De alguna manera es así, es una cosa como invisible, de alguna forma te tienes que adaptar, ellos no se adaptan a ti, aunque tengas tus propias opiniones, aunque tú vayas como la participante 8 que en todo momento ha dado su opinión y se ha plantado, de alguna manera ... no sé, no sé si me explico bien. Cuando tú entras allí, tú te tienes que adaptar a ellos, ellos no se adaptan a nosotras, desgraciadamente. Nos han obligado a protegernos, nos hemos tenido que proteger de todo, absolutamente de todo y aquí no va a ser menos”* (P7, 47 años, 77 días de tratamiento 1 tratamiento previo).

### 3.5. Cuarta parte: ¿Qué percibían como facilitadores para permanecer en tratamiento residencial?

Las participantes también destacaron elementos facilitadores de su permanencia en el tratamiento. Uno de estos elementos fue la posibilidad de disponer de espacios terapéuticos exclusivos para mujeres. Así, prácticamente la totalidad de las participantes hubieron realizado grupos de género (hombres y mujeres por separado) en sus respectivos tratamientos y absolutamente el cien por cien de ellas lo consideraron necesario. Un porcentaje muy inferior, el once por ciento, manifestaron a su vez haber participado en algún grupo mixto.

Las mujeres consideraron que estos espacios son muy necesarios y útiles para su tratamiento integral y refirieron vivir estos encuentros como un espacio seguro y necesario para expresarse libremente sin juicios, confrontaciones, ni miradas de condescendencia por parte de sus compañeros hombres.

*“Podemos ser más nosotras y lo que da vergüenza explicar por el juicio delante de hombres, lo puedes explicar sin tapujos”* (P15, 34 años, 359 días de tratamiento, 8 tratamientos previos).

*“Para que yo pudiera hablar de mis experiencias por ejemplo sexuales, relaciones, prostitución, experiencias que te hacían daño, hacíamos grupos separados, era como nuestro rinconcito [espacio] para poder ser plenamente sinceras, cosa que en el grupo todos juntos no sentías que se pudiera hacer”* (P15, 34 años, 359 días de tratamiento, 8 tratamientos previos).

Las que realizaron grupos de género mixto argumentaron ser un espacio seguro, si había sido trabajado previamente por separado y tuvieron la percepción de poder llegar a empatizar cuando expusieron situaciones, experiencias y traumas vividos con el sexo opuesto.

*“De hecho, en la comunidad terapéutica, nosotros hacíamos grupos mixtos y grupos de mujeres. Hacíamos muchísimos más grupos mixtos porque para un total de 33 igual éramos 5 mujeres, el máximo 6, como mucho en los 9 meses que yo estuve. A mí de hecho he de decir que aquí me gustaría que existieran grupos de género mixto, valoro muchísimo, muchísimo el grupo de género femenino porque he de decir que casi más nos abrimos más en canal, a nivel emocional o nos sentimos más comprendidas a nivel emocional. A mí me parecería bien que fueran grupos de género mixto, también, al menos alternado. Si, además yo creo que sería un buen aprendizaje por ambos lados y oportunidad de aprendizaje y crecimiento por ambos lados. Lo que yo pude comprobar, es que existe mucha ignorancia actualmente todavía en los hombres, a nivel sexual y emocional, de las necesidades de las mujeres, mucho, me quedo todavía asombrada, lo voy a poner en el buzón de sugerencias, grupo mixto”* (P2, 54 años, 234 días de tratamiento, 5 tratamientos previos).

### 3.6. Quinta parte: ¿Qué propuestas o alternativas creen que pueden facilitar el acceso de mujeres a tratamientos residenciales?

Las mujeres estuvieron de acuerdo en que la rigidez de los protocolos de actuación para todos por igual es principalmente una fuente de desigualdad, ya que hay factores que muestran diferencia entre los sexos que influyen en el acceso a tratamientos de drogodependencias. Por tanto, propusieron como un factor que facilitaría el acceso la atención específica, adaptada a las circunstancias de cada persona y con perspectiva de género. Asimismo, propusieron alternativas que pudieran mejorar el acceso y adherencia a los recursos de atención a las drogodependencias.

Alrededor de la atención a recibir, las participantes propusieron que se tuviera en cuenta la especificidad cuanto a las características de las mujeres drogodependientes, dado que cuando se han llevado a cabo intervenciones con perspectiva de género han favorecido a su bienestar para con ellas y sus compañeros de tratamiento:

*“Adaptar el proceso y si eres madre dejar la culpa, escuchar a la mujer y no excluir por enrollarse con un chico. Normalmente es de lo que venimos, estando acostumbradas en la calle al intercambio. Venimos de sentirnos juzgadas y que las propuestas profesionales entren en estos temas, no etiquetas sobre trastornos, no transferencias ni contratransferencias, algo verdaderamente complicado. Y eso no se consigue con un grupo de una hora a la semana de género en CT, ¿Qué es eso para toda una vida viviendo así?”* (P15, 34 años, 359 días de tratamiento, 8 tratamientos previos).

*“Bueno, que nos traten diferente, porque nosotras no tenemos las mismas necesidades que los hombres”* (P30, 51 años, 23 días de tratamiento, 0 tratamientos previos).

*“Que entremos directamente por género, que se nos trate por género con las pautas de género, se nos haga una conciencia de adicción, que se nos dé apoyo, fidelización del cliente, que diría yo, en serio, con lo que cuesta tomar la decisión y llegar, todo lo que tenemos fuera que nos ata y nos sigue trastocando, que pongan más medios y más centros como este, porque lo que no se puede es estar en casa esperando que haya plazas”* (P27, 39 años, 1 tratamiento previo).

Asimismo, consideraron necesario la necesidad de evidenciar que la problemática de las drogodependencias también afecta a las mujeres y que requiere de una mayor visibilización de ellas en los tratamientos especializados, tanto respecto a la estructura como epistemológicamente.

*“Que haya más plazas para mujeres”* (P30, 51 años, 23 días de tratamiento, 0 tratamientos previos).

*“Que se haga más visible la imagen de mujeres en sitios así, porque realmente no se hace visible. Realmente la imagen que te haces de centros no te imaginas a una mujer, te imaginas a un hombre... Entonces que se haga visible el hecho de... ¡Que las mujeres estamos aquí! Y yo creo que poco a poco, vamos teniendo más voz y podría ayudar a muchas más chicas... Yo al menos no conocía a nadie, de chica, que había entrado en un centro de desintoxicación, de trastornos de alimentación las que quieras. Igual que en los trastornos de alimentación también se visualice a los hombres, igual aquí a las mujeres. Es como un poco tabú”* (P8, 30 años, 323 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

*“Se necesita más conciencia que el problema de la adicción existe en las mujeres también y hay centros donde tratarse”* (P7, 47 años, 77 días de tratamiento, 1 tratamiento previo).

Finalmente, dado que uno de los aspectos más destacados para la asunción de cambios fueron las limitaciones en la oferta terapéutica, una de las propuestas más mencionadas durante los grupos, fue seguimiento más exhaustivo de los profesionales en servicios de tratamiento ambulatorio en adicciones.

*“Yo creo que cuando empezamos el tratamiento en el CAS hay pocos psicólogos y las visitas son muy distanciadas y creo que con lo que cuesta dar el paso quizá más acompañamiento. Yo creo que en el primer contacto cuando tú dices que tienes un problema, de adicción, sexo, ... pienso que nos tendrían que mimarnos de otra manera, no sé, yo cuando entré en el CAS me vio una psicóloga una vez al mes, ya sé que la seguridad social funciona así, pero otras tienes a una persona que está consumiendo y tiene un niño pequeño, pues no sé ayuda aquella persona a tomar una decisión. Si te hacen una analítica que da positivo, te dan pastillas hasta arriba y nada más hablo con la psicóloga una vez al mes, que si me han apoyado cada vez que voy, pero me refiero a algo más, no sé... Si hablaba un día y estaba 3 o 4 días sin consumir, pero luego se te olvida y hasta que vuelves a la próxima visita...”* (P29, 42 años, 3 tratamientos previos).

#### 4. Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la percepción de las mujeres que realizaban tratamiento de drogodependencias alrededor de las dificultades de acceso y de permanencia en recursos residenciales mixtos. Los principales hallazgos se relacionaron con limitaciones en la oferta terapéutica específica para mujeres. Lidar con los estigmas vinculados al género y enfrentarse a las dinámicas que se establecen en los centros residenciales fruto del androcentrismo, fueron los aspectos expresados como dificultades y obstáculos con los que se encontraron a la hora de acceder y permanecer en centros residenciales mixtos.

En relación con la decisión de las mujeres de iniciar un tratamiento residencial, éstas manifestaron como principal motivo las limitaciones en la oferta terapéutica. El abandono temprano es común entre la población drogodependiente y más elevado en tratamientos ambulatorios que en centros residenciales (McHuhg, et al, 2013). Entre las participantes más del sesenta por ciento argumentaron no adherirse a aquel por la escasa vinculación a los profesionales debido a la variabilidad de profesionales, al tiempo de espera para recibir la primera visita y el posterior seguimiento, dilatando en el tiempo la posibilidad de iniciar tratamiento, dificultando la atención temprana cuando ellas estaban motivadas y aumentando el riesgo de seguir padeciendo las consecuencias directas de la adicción. Es más, uno de los aspectos más destacados por las participantes para decidirse a realizar un tratamiento o acceder a tratamientos más intensivos como los residenciales, fue que era imprescindible poseer una mínima conciencia del problema (Sirvent, et al, 2015) y esta conciencia se debiera muchas veces como consecuencia de una pérdida del control, el apoyo familiar, problemas en el trabajo o con los menores a su cargo.

Cabe destacar, que más del diez por ciento de las mujeres expresaron haber tenido experiencias discriminatorias o violentas con profesionales por el hecho de ser mujeres, coincidiendo con los resultados de otros estudios de género con mujeres en situación de exclusión social, que refirieron sentir miedo o amenaza por parte de profesionales (Calvo et al, 2021). Ciertamente es que, cada vez más, existe mayor sensibilización entre profesionales sobre género, y las instituciones van asumiendo progresiva y conscientemente la importancia de atender la diferencia y aplicar intervenciones desde la perspectiva de género. Para ello es imprescindible una formación específica y especializada para no reproducir en los sesgos estereotipados que acompañan a la mujer adicta e

interpretar los factores culturales o estructurales vinculados a la identidad de género (Santamaría y Redondo, 2019).

Respecto al análisis sobre las dificultades para acceder a realizar un tratamiento residencial, las participantes apreciaron como una de las principales barreras, el miedo a lo desconocido, el hecho de no saber cómo es un centro de tratamiento ni a qué se iban a enfrentar en un centro de régimen intensivo, concierne con carecer de información sobre los tratamientos de drogodependencias en mayor medida que los hombres (Kail y Elberth, 2002). De manera semejante destacaron como adversidad los sentimientos de culpa, estigma y vergüenza por lo que representaba abandonar las responsabilidades familiares, el temor a la pérdida de custodia de criaturas, ser mujer y adicta. Estos fueron los aspectos más repetidos en los grupos focales como barreras que retrajeron a las mujeres en pedir ayuda: la doble valoración negativa de transgredir los mandatos de género conjuntamente con lo que comporta ser consumidora de drogas, generó una penalización moral y social a las mujeres drogodependientes. Este tipo de juicio social es conocido como *doble penalización* (Redondo, 2009).

Por otro lado, muchos centros residenciales exigen el cese temporal de la comunicación con la familia, especialmente durante las primeras fases del proceso terapéutico, imposibilitando la comunicación con sus criaturas. Este hecho refuerza el sentimiento de culpa por no poder ejercer la maternidad y acentuando el estigma de *mala madre* (Santamaría y Redondo, 2019). Así, quebrantar los mandatos androcéntricos socioculturales establecidos y hacer pública la drogodependencia con el acto de acceder al tratamiento, implica un elevado coste moral y social difícil de gestionar para las mujeres (García & Mira, 2014), ya que las mujeres con trastornos por dependencia a drogas, especialmente de drogas ilegales, se perciben a sí mismas como desviadas, principalmente por no ser correspondientes con las normas sociales de cumplir los estándares de cuidadoras desinteresadas, sostén de la familia, *buena madre y buena mujer* (Gunn y Canada, 2015).

La mayoría de los obstáculos que encontraron las participantes para permanecer en el tratamiento residencial estuvieron relacionados con el androcentrismo. Una de las características de los centros residenciales, es su tipología mixta, concepto sesgado, ya que la diferencia en la proporción de hombres y mujeres en los recursos es muy desigual duplicando e incluso triplicando los hombres a las mujeres. Numerosos autores han hablado sobre cómo esta masculinización dificulta la adherencia de las mujeres; sobre la visión en los tratamientos de asumir lo *neutral* de los consumos en forma de lecturas, significados e intervenciones masculinos enfocados hacia los de las mujeres, cosa que provoca invisibilidad de las diferencias y dilución de las necesidades propias de la identidad de género (García y Mira, 2014; Santamaría y Redondo, 2019; ONU, 2005; Oroz et al, 2020).

Por consiguiente, esto tuvo efecto en las relaciones y dinámicas que se establecieron entre usuarios de tratamiento, dando fuerza a las estructuras de poder que se manifiestan en mantener los beneficios y privilegios de la hegemonía masculina y que afecta directamente a la minoría oprimida, las mujeres. Los resultados mostraron la incomodidad experimentada por espacios masculinizados, micromachismos, incluso agresiones. En cuanto a relatos de violencia dentro de recursos residenciales mixtos no se han encontrado estudios para corroborar estos datos, aunque Díaz, (2016), realizó un análisis de las actitudes hacia la violencia de género de varones drogodependientes en comunidades terapéuticas y encontró que la mayoría de los varones mostraban actitudes favorables hacia la violencia contra la mujer. En este sentido cabe la posibilidad de extrapolar estos resultados a las dinámicas que se establecieron entre hombres y mujeres en los tratamientos y sus consecuencias negativas relatadas por las participantes, cosa que es plausible considerar que pueda darse en las micropolíticas de los centros, especialmente en los momentos informales o en los que no hay presencia profesional.

En contraste, ante la respuesta de las mujeres sobre su preferencia de centros mixtos frente a los específicos para mujeres, podría resultar contradictorio. Acorde con los resultados obtenidos por Oroz et al, (2020), donde también el porcentaje más elevado ante esta elección fue la elección de centros mixtos con más del cuarenta frente a un dieciocho por cierto. Este hecho responde a que los roles impuestos por el sistema patriarcal en las estructuras, dictaminan lo correcto del comportamiento y las conductas a través de la socialización; en cuanto a lo que se considera adecuado o inadecuado desde una perspectiva de género binario. Se trata de una señal de cómo el androcentrismo influye en ambos géneros. Las mujeres están más acostumbradas a lidiar con los mandatos de género en los que han sido socializadas, agradar a los demás, sobre todo a los hombres a través del cuerpo, mitos de la belleza, amar a otras personas por encima de una misma y el mandato de ser principalmente emocional. Se une a los mandatos masculinos de poder, control, protección y la legitimación de la violencia para conseguirlos (Santamaría y Redondo, 2019). De este modo, se sienten más cómodas en la reproducción de patrones bidependientes en las relaciones heteroaffectivas que con frecuencia se establecen en los tratamientos residenciales, que a su vez es causa de muchos de los abandonos o expulsiones (Redondo, 2009). De esta manera se sustenta la violencia impregnada en la sociedad y sus estructuras de poder que existen en la cultura dominante y como está también se refleja en los relatos de las mujeres que participaron de los centros residenciales.

Los resultados evidenciaron las barreras que hubieron de sortear las mujeres para llegar a realizar un proceso terapéutico y el sobreesfuerzo que requirió adaptarse a un espacio hostil, más aún teniendo en cuenta los sentimientos y percepciones de fracaso, culpa, estigma y vergüenza. En definitiva, estas circunstancias tienen un impacto directo tanto en la elección del tipo de tratamiento especializado, de los que se prioriza otro tipo de asistencia antes que tratamientos residenciales, motivo por el cual, hay menor demanda y éxito terapéutico en los tratamientos de drogodependencias en mujeres que hombres (Rodríguez, 2019).

Finalmente, cabe destacar la importancia de seguir trabajando en la atención con perspectiva de género en los tratamientos de drogodependencias para dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres tal y como ellas mismas expusieron en los grupos focales y considerándolo como factores ubicados en la categoría de facilidades durante el tratamiento y las propuestas de mejora en la atención. La eficacia y efectividad de aplicar la atención terapéutica en grupos mixtos o de mujeres, en cuanto a los resultados en grupos específicos de mujeres corroboran los beneficios significativos en cuanto a satisfacción y mejoras a largo plazo en la adherencia y mantenimiento de los tratamientos (Greenfield et al, 2007). De igual modo, las participantes de este estudio y de otros realizados previamente valoraron los grupos terapéuticos sobre género como espacios de apoyo, confianza y seguros. (Santamaría y Redondo, 2019).

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, se realizó en centros concretos cada uno con sus diferencias y particularidades en cuanto a estructuras y coyunturas. Cabe destacar en este sentido que el número de CT en Cataluña es de 17, por lo que haber realizado el estudio en prácticamente el treinta por ciento de ellas nos dota de una información relevante en la materia. En segundo lugar, podría haberse dado un fenómeno de deseabilidad social, ya que los grupos focales se llevaron a cabo dentro de los centros residenciales y, por lo tanto, las participantes se pudieron haber visto presionadas a no hablar *negativamente* de los centros donde se las estaba atendiendo, generando, por lo tanto, inferencias en la interpretación de las respuestas. De todos modos la investigadora tuvo en cuenta este hecho y trató de generar un clima de suficiente seguridad para reducir este fenómeno al máximo

Cabe incluir algunas futuras líneas de investigación, como por ejemplo el tener en cuenta la interseccionalidad, ya que el presente estudio accedió a un grupo de población realizando un tratamiento residencial con unas características específicas, entre ellas las más destacadas fueron una situación socioeconómica medio-baja, mujer, drogodependiente, comorbilidad psiquiátrica, colectivo sensible de sufrir discriminación y exclusión social, pero esta exclusión se puede ver acentuada por otros ejes de opresión en personas racializadas, con diversidad funcional, sin documentación o sin hogar.

Además, sería recomendable aplicar una metodología con enfoque de género en los tratamientos de drogodependencias y que a pesar de los esfuerzos de los profesionales y las instituciones aún queda un camino que recorrer en este sentido, ya que los estudios realizados hasta el momento evidencian la repercusión positiva de seguir trabajando desde el feminismo en los tratamientos de drogodependencias. En este sentido es primordial la formación de profesionales de drogodependencias en perspectiva de género para dar respuesta a una necesidad latente en el ámbito de actuación de drogodependencias, tanto desde sus inicios a las demandas de ayuda en centros de asistencia primaria o ambulatoria, como en las posteriores demandas de tratamientos más intensivos para hacer correcta detección y derivación, donde se hace patente las dificultades de afrontar y permanecer en dichos tratamientos.

En conclusión esta investigación, ha aportado la visión y percepción de las propias mujeres que realizaban tratamiento de drogodependencias en centros residenciales mixtos. En primer lugar, se esgrimieron las dificultades en cuanto a las decisiones para llegar a tomar la elección de ingresar en un centro residencial y estas tuvieron mucho que ver con las estructuras y protocolos de las instituciones que realizan tratamiento de drogodependencias, visitas dilatadas, mantenimiento de abstinencia y largas lista de espera para obtener una plaza. En segundo lugar, los principales obstáculos susceptibles al género fueron las presiones de sentirse juzgadas, estigmatizadas y discriminadas en lo que concierne a la socialización de ser mujer incompatible con la adicción y sobrellevar los sentimientos de culpa, fracaso y vergüenza. Finalmente, la mayoría expresaron obstáculos en su permanencia en los centros debido a la incomodidad de lidiar con conductas y dinámicas de relación androcéntricas, como bromas, miradas, micromachismos, incluso agresiones que conlleva realizar un sobreesfuerzo al que ya realizaban en su proceso de rehabilitación cuanto a la adicción.

## Agradecimientos

A los centros que han permitido acceder a las participantes para realizar este estudio. A la generosidad mostrada por las mujeres que participaron con su experiencia y relatos de vida para llevar a cabo esta investigación.

## Conflicto de intereses

Ana Martínez trabaja como educadora social y Fran Calvo es el responsable de evaluación de alguno de los centros incluidos en el estudio.

## Referencias bibliográficas

Alonso, L. E. y Benito, L. E. A. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa* (Vol. 218). Editorial Fundamentos.

- Arnau, D. C. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional*. Grupo Gid.
- Arribas, F. J. R. (2001). Proceso de la construcción de un enigma: la exclusión social del drogodependiente. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 4.
- Bastón Martínez, E., Gómez Gómez, S. y Couñago Ricón, M. (2009). Hacia un enfoque de género en Comunidad Terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 34, 89-98.
- Blanco, P., Sirvent, C., Moral, M. V., Linares, P. y Rivas, C. (2010). Psicopatología y género en adicciones. En *Interpsiquis, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría*.
- BOE. (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Boletín Oficial del Estado. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- BOE. (2007). *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Boubeta, A. R., Pérez, N. T., Tobío, T. B. y Mallou, J. V. (2010). Relación entre la calidad asistencial percibida y la actitud frente al tratamiento en drogodependencias. *Psicothema*, 22(4), 574-580.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Calvo, F., Carbonell, X., Rived, M., y Giralt, C. (2020). Cuando las personas que consumen drogas inyectadas tienen la palabra: análisis cualitativo de contenido temático sobre la percepción de uso de una aplicación móvil para los programas de intercambio de jeringas. *Adicciones*, 33(3), 217-234. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1334>
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., y Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50, 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Calvo, F., Watts, B., Panadero, S., Giralt, C., Rived-Ocaña, M., y Carbonell, X. (2021). The prevalence and nature of violence against women experiencing homelessness: A quantitative study. *Violence against women*, 28(6-7), 1464-1482. <https://doi.org/10.1177/10778012211022780>
- Cantos, R., Altell, G., Tudela, M., Martínez, P., González, I., y Romero, V. (2017). *Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Casal, J. y Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Rev. Epidem. Med. Prev*, 1, 3-7.
- Díaz Rea, A. R. (2016). *Actitudes hacia la violencia contra la mujer de varones drogodependientes de 3 comunidades terapéuticas del distrito de Puente Piedra, 2016*. Universidad César Vallejo de Perú. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/1136/D%C3%ADaz\\_RAR.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/1136/D%C3%ADaz_RAR.pdf?sequence=1)
- EMCDDA (2020). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin 2020. *Treatment demand*. <https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/tdi>
- García, P. O., y Mira, E. C. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis del discurso. *Acta Sociológica*, 64, 121-144. [https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70485-2](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70485-2)
- GENCAT (2017). *Generalitat de Catalunya. Red asistencial de recursos de atención a las drogodependencias*. [https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa\\_de\\_recursos\\_assistencials/](https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/)
- Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., & Gallop, R. J. (2007). The women's recovery group study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and alcohol dependence*, 90, 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009>
- Gunn, A. J., & Canada, K. E. (2015). Intra-group stigma: Examining peer relationships among women in recovery for addictions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22, 281-292. <https://doi.org/10.3109/09687637.2015.1021241>
- INE (2019). Instituto Nacional de Estadística. *Mujeres y hombres en España*. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayOut&param1=PYSDetalleGratis&param2=1259925478504&param4=Mostrar](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924822888&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayOut&param1=PYSDetalleGratis&param2=1259925478504&param4=Mostrar)
- Jeifetz, V. y Tajer, D. (2010). Equidad de Género en la adherencia al tratamiento de adicciones. Representaciones y Prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. *Anuario de investigaciones*, 17, 317-320.
- Kail, B. L., & Elberth, M. (2002). Moving the Latina substance abuser toward treatment: The role of gender and culture. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1, 3-16. [https://doi.org/10.1300/J233v01n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J233v01n03_02)
- Knapp, W. P., Soares, B. G. O., y Farrel, M. (2008). Intervenciones psicosociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 1-72.
- Kuri, S. E. R., Alcaráz, A. J. C., y Cáceres, M. D. C. F. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Salud y drogas*, 15, 49-54.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Jos-Selson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article re-reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: the APA publications and communications board task force report. *American Psychologist*, 73, 26. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- McHugh, R. K., Murray, H. W., Hearon, B. A., Pratt, E. M., Pollack, M. H., Safren, S. A., y Otto, M. W. (2013). Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *The American journal on addictions*, 22, 18-22. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2013.00317.x>

- Mirando, J. J. F. (2004). Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. *Adicciones*, 16, 109-116.
- Montaraz, C. A., González, P. A. M., y Villa, R. S. (2004). Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencia en Asturias. *Adicciones*, 16, 81-90.
- ONU. (2005). Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York: Naciones Unidas. [https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686\\_ebook%20Spanish.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/04-55686_ebook%20Spanish.pdf)
- Oroz, N., Cervero, Y., y Martínez, I. (2020). ¿Encuentran las mujeres obstáculos para acceder y mantenerse en los recursos de tratamiento de adicciones? Análisis de la situación actual. *EMAKUNDE*.
- Pérez Gómez, A. y Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17, 211-222.
- Pozo, R., Orte, C., y Vives, M. (2016). Programas, Intervenciones y Prácticas Efectivas en Prevención de Drogodependencias con Mujeres Jóvenes. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 5, 859-886. <https://doi.org/10.17583/generos.2016.1776>
- Redondo, P. M. (2009). *Extrañándonos de lo "normal": reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Editorial Horas y Horas.
- Rodríguez, G. H. (2019). *La perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencias*. Dianova.
- Santamaría, E. A. y Redondo, P. M. (2019). *Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto.
- Sirvent, C., Moral, M. V., y Blanco, P. (2015). Predicción de variables de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. *Prediction drop variables and adherence to treatment for addictions*.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Publicaciones Sage, Inc.
- Tomás-Dols, S., Valderrama-Zurián, J. C., Vidal-Infer, A., Samper-Gras, T., Hernández-Martínez, M. C., y Torrijo-Rodrigo, M. J. (2007). Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la comunidad valenciana. *Adicciones*, 19, 169-178.