

Perfil de las usuarias y resultados del tratamiento en régimen residencial mixto de la Comunidad Terapéutica Alborada

Eva Bastón Martínez

Comunidad Terapéutica Alborada

Resumen

La aportación principal de este trabajo con respecto a la perspectiva de género en drogodependencias es generar información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de los tratamientos residenciales mixtos. Los datos referentes al perfil de las mujeres que realizan tratamiento en nuestra comunidad terapéutica nos permite reflejar la evolución y las necesidades cambiantes, a lo largo de estos últimos cuatro años, en el colectivo de mujeres drogodependientes y la adecuación de nuestra oferta terapéutica a las características específicas observadas.

La muestra consta de 42 mujeres que representan el 18,5% de la población que usó el recurso entre el 2005 y el 2008, de un total de 227 personas. Dentro de las características de nuestra muestra nos encontramos con mujeres de alrededor de 35 años que han tenido algún hijo o hija, son consumidoras de heroína y/o cocaína, permanecen en el recurso una media de 207 días y finalizan su estancia con un alta terapéutica.

También encontramos un dato significativo al aplicar la variable de patología asociada al consumo en los dos últimos años: las mujeres que han tenido descendencia poseen un mayor riesgo de abandono del recurso si confluye, entre sus características particulares, la variable anteriormente citada.

Palabras Clave

Comunidad terapéutica, drogadicción, maternidad, patología dual, perspectiva de género, tratamiento.

— Correspondencia a: _____
eva.baston.martinez@ceesg.org
CT Alborada Piñeiro-Rias 10. 36739 Tomiño Pontevedra
Tf: 986633403. Fax: 986634902
ct@alborada.org



Summary

The main contribution of this work regarding the gender perspective in drug dependence is that it provides information about the situation and the things that determine the gender inequity in the field of treatment in mixed residential regime. The data referring to the profile of the women that undergo treatment in our community let us reflect the evolution and the changing needs through the last four years, in the group of drug-dependent women and also the adequacy of our therapeutic offer to the specific characteristics that have been observed.

The sample consists of 42 women who represent 18.5% of the people that used this resource from 2005 to 2008 from a total of 227 people. Within our sample we find women who are around 35 years old who have had children, who consume heroine and/or cocaine, who stay with us an average of 207 days and who are discharged from therapy by the end of their stay.

We also find a significant piece of information when we apply the variable of the pathology associated to the consumption in the last two years: the women who have had children run a higher risk of giving up the resource if the aforementioned variable appears among their particular characteristics.

Key Words

Therapeutic community; drug addiction; motherhood; dual pathology; gender perspective; treatment.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende aportar información sobre el perfil de las mujeres que realizan un programa en régimen residencial mixto en una comunidad terapéutica rural, Alborada, y observar los resultados derivados de la aplicación de una perspectiva de género en un entorno eminentemente masculinizado (Comas, D. 2006) tomando como referente el tipo de alta.

Desde el 2005 hasta finales del 2008, de 227 sujetos que utilizaron el recurso residencial, 42 fueron mujeres. Lo que implica un 18,5% de la población atendida. Este dato

sobrepasa al incluido en el último estudio sobre comunidades terapéuticas 14,8 (Comas, D. 2006) e incluso representa un incremento con respecto al último trabajo realizado en nuestra comunidad 16,3 (Bastón, E. et al. 2009).

Centrándonos en el colectivo femenino, 27 son madres, lo que corresponde al 11.9% del total de la población que ingresó en este periodo. La media de descendencia por mujer es de 1.2; es decir, 2/3 del total de mujeres que siguieron un programa en régimen residencial tenían algún hijo o hija.

Siguiendo las recomendaciones para abordar desde una perspectiva de género el tratamiento de las drogodependencias que



encontramos en publicaciones y documentos de las Naciones Unidas (Durán, P. 2005), de la Unión Europea (Capítulo III de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2000), del Plan Nacional sobre drogas (Castaños, M. et al. 2007) y, también, las que realiza el Panel Europeo sobre el Mainstreaming de Género en Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002); afrontamos la tarea de generar información sobre la situación y los determinantes de las inequidades de género en el ámbito de nuestra comunidad, con el fin de generar evidencia científica que muestre la necesidad de los cambios para mejorar en la prestación de nuestro servicio.

Remitiéndonos a la bibliografía sobre el tema (Sánchez, L. 2008), la adaptación de los tratamientos a las características específicas de las mujeres, acercándolos a su realidad y/o entorno social, forma parte importante del proceso de mejora continua imprescindible para tener éxito en el abordaje de las diferentes problemáticas que nos llegan. Nuestro recurso acoge a un número de mujeres que teniendo descendencia realizan un tratamiento que les separa de sus hijas y/o hijos. No se prima la intervención sobre la maternidad por encima de su propia salud e individualidad; estas mujeres deben tomar una decisión sobre qué priorizar y a qué renunciar: salud o responsabilidades maternas; aunque también es cierto que un porcentaje alto de las mismas no convivían o participaban en el cuidado de su descendencia durante los dos meses anteriores al inicio del tratamiento.

Estudiando con esta perspectiva nuestro colectivo de mujeres, nos preguntábamos qué variable añadida poseían para que se les ofrezca un tratamiento que no contempla específicamente el evitar la separación de su entorno y con ello de sus hijos e hijas. Como

primera opción nos encontramos mujeres con causas judiciales a las que se les permite un cumplimiento alternativo, que están disfrutando de la libertad condicional o una suspensión de condena condicionada a la realización de un tratamiento. Otra opción es la de las madres que no conviven con su descendencia o han descuidado el rol de madre, algunas poniendo en situación de riesgo a las hijas o hijos y, en ocasiones, con medidas de protección al menor. Por último, en los años 2007 y 2008 añadimos a las posibles variables que recomiendan este tipo de tratamiento la patología asociada a la drogodependencia y comenzamos una valoración de la importancia de esta variable para la consecución de la finalización del tratamiento. Todas y cada una de las opciones anteriores nos daban motivos para visibilizar el perfil de usuaria y aportar información de la necesidad de cambios que adecuen el tratamiento a las características actuales de las mujeres que son derivadas a este recurso.

La apuesta por objetivos personales parece, desde esta perspectiva, el punto de partida en el programa de tratamiento individualizado para estas mujeres, siendo el rol de madre un aspecto a tener en consideración pero, recordando, que son las mujeres las que deben proponer su objetivo de tratamiento y no los y las distintas profesionales que participamos en su proceso terapéutico quienes decidamos los patrones femeninos a los que tiene que adecuarse, rigiéndonos por patrones personalizados en lugar de por patrones estrictos de conducta.

Siguiendo con el objetivo propuesto en el párrafo anterior y las directrices del protocolo de derivación, se ofrece un tratamiento que incida en desarrollar su autoconfianza, conservar la abstinencia y recuperar relaciones



familiares y materno-filiales. Los recursos que ofrecemos para cumplir estos objetivos van encaminados a mejorar su autoestima, sus habilidades sociales, prevención de recaídas y resolución de problemas y, de manera complementaria, trabajar el rol de madre (por lo explicado anteriormente); todo ello a través de realización de talleres y actividades grupales segregadas por género y mixtas.

También cabe resaltar que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo por registrar y realizar las valoraciones psicológicas oportunas de las personas que utilizaban el recurso (cuando el tiempo de estancia así lo permitía). El número de ingresos con patología asociada crece de manera evidente cada año: 5 en 2007 y 10 en 2008. Esto nos ha dado una información muy útil para cotejar con las otras variables la incidencia de la oferta terapéutica en el éxito del tratamiento. Las características de este tipo de personas conllevan una adaptación de la oferta a las peculiaridades de cada una; ante una patología psiquiátrica asociada a la drogodependencia, cruzada con el haber sido madres, o no, arroja un aumento en las dificultades para mantenerse en tratamiento, se producen un número significativo de abandonos: 31,8 % frente a un 25% de los años anteriores. Observamos también un aumento de exclusiones del programa, se pasa de un 10% a un 36,3 %; en un primer momento podemos suponer que no somos el recurso adecuado para estas personas, sin embargo, analizando el tiempo de estancia, encontramos que es necesario estudiar qué conjunto de variables inciden en que una mujer que lleva más de dos meses en el recurso decida que quiere dar por finalizado su programa. O bien, alguien que lleva cerca de cuatro meses de tratamiento realice un incumplimiento grave de las normas y deba darse por finalizado su

tratamiento sin cumplir los objetivos que la llevaron a iniciarlo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha utilizado el estudio de 42 casos de mujeres que realizaron tratamiento en Comunidad Terapéutica en el periodo comprendido entre el 1/1/2005 y el 31/12/2008. Con un tratamiento estadístico de los datos.

RESULTADOS

De 42 mujeres, 27 eran madres y 15 no habían tenido descendencia. La media de hijos por mujer a tratamiento es de 1,2.

La mayoría están en el rango de edad comprendido entre los 35 y los 40 años. Por encima de lo referido en los datos del SEIPAD 2007 que nos habla de 31,5 años, pero que concuerda con lo expuesto por algunos autores para las mujeres drogodependientes (Castaños, M. et al. 2007) que nos dicen que tardan más en solicitar tratamiento, con ello se retrasa su paso por régimen residencial.

Las mujeres que no tienen descendencia refieren, poco más de la mitad (8/15), consumir heroína como droga principal, estando la media de edad de estas mujeres entre lo observado para la muestra total.

De las mujeres que son madres, 12/27 tienen como droga principal de consumo la cocaína. Aunque 11/27 refieren como droga principal de consumo la heroína. Estos datos se superponen en tres de las mujeres que refieren consumir ambas sustancias. Su media de edad coincide con la del total de la muestra.

No se observa mucha diferencia entre ambos colectivos con respecto a la media de edad pero la mayoría de las mujeres que no

Gráfico I.

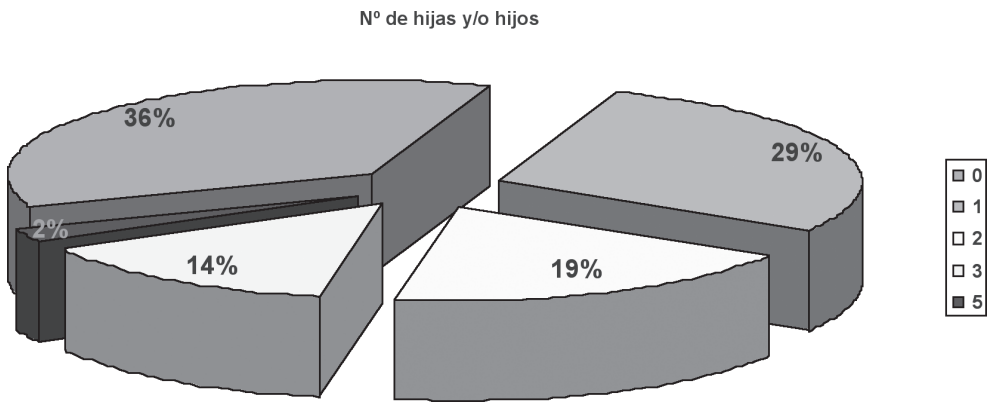


Gráfico 2.

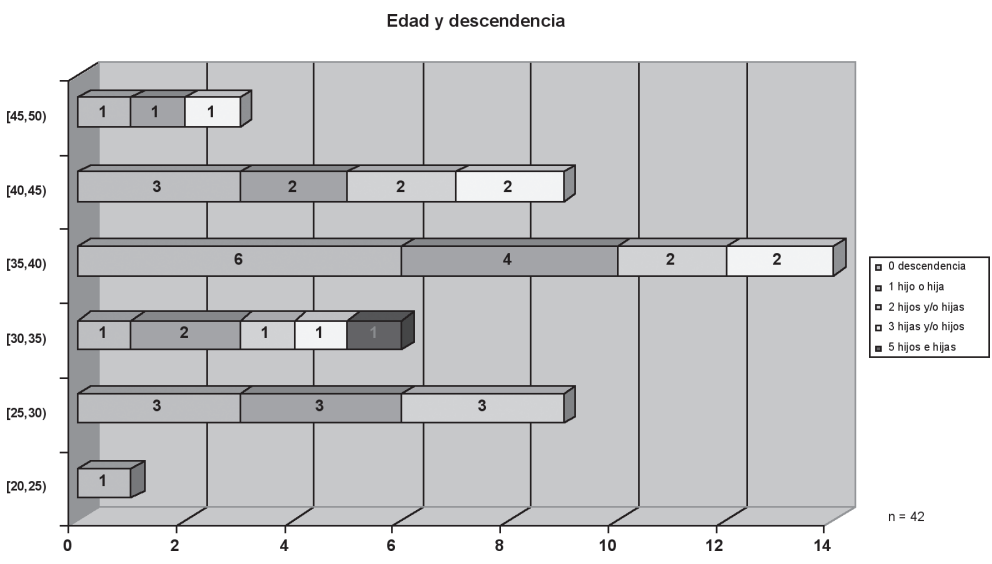




Gráfico 3.

Edad y consumo de heroína como droga principal

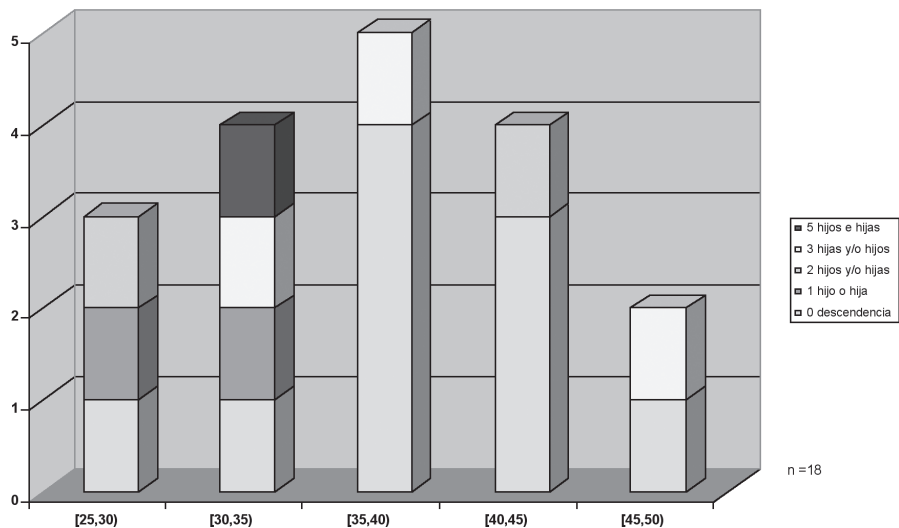


Gráfico 4.

Edad y consumo de cocaína como droga principal

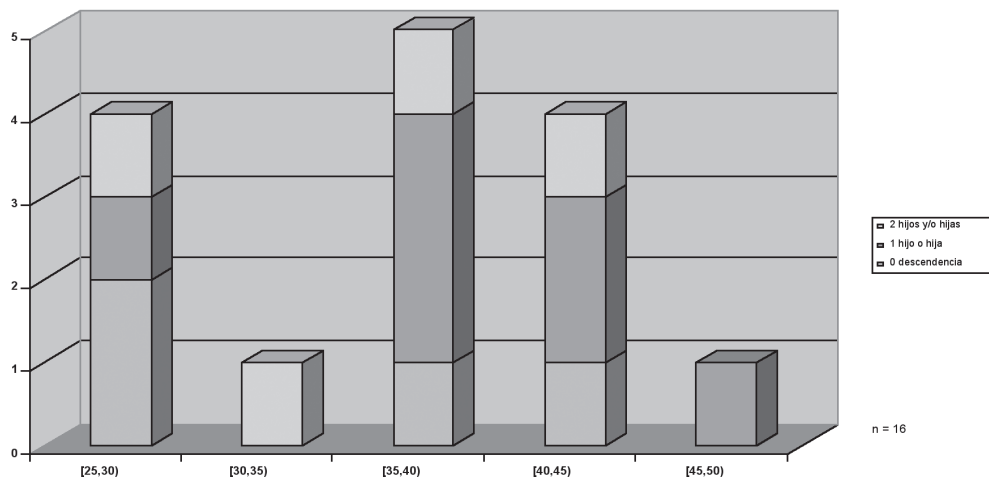


Gráfico 5.

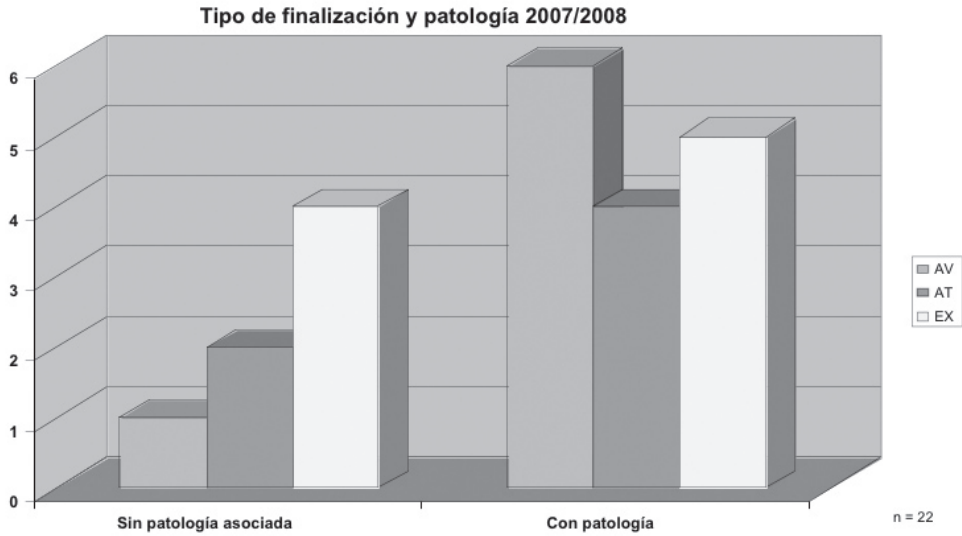


Gráfico 6.

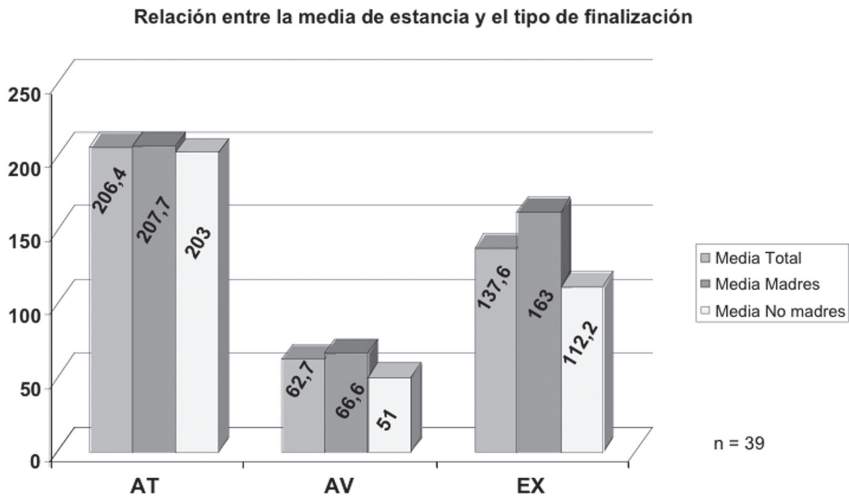




Gráfico 7.

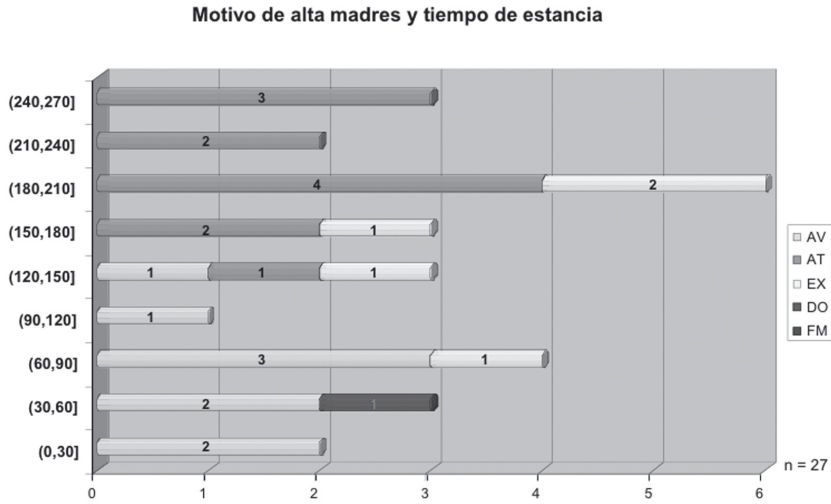


Gráfico 8.

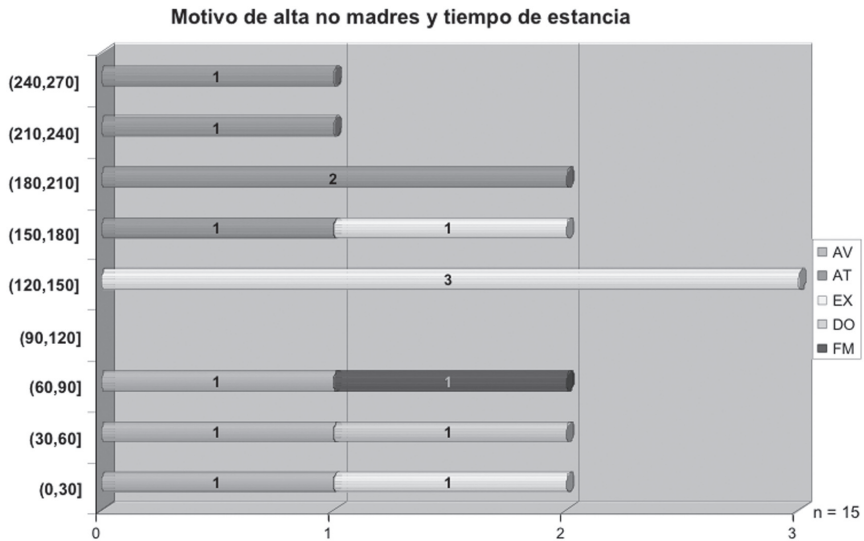


Gráfico 9.

Tipo de finalización y patología 2007/2008

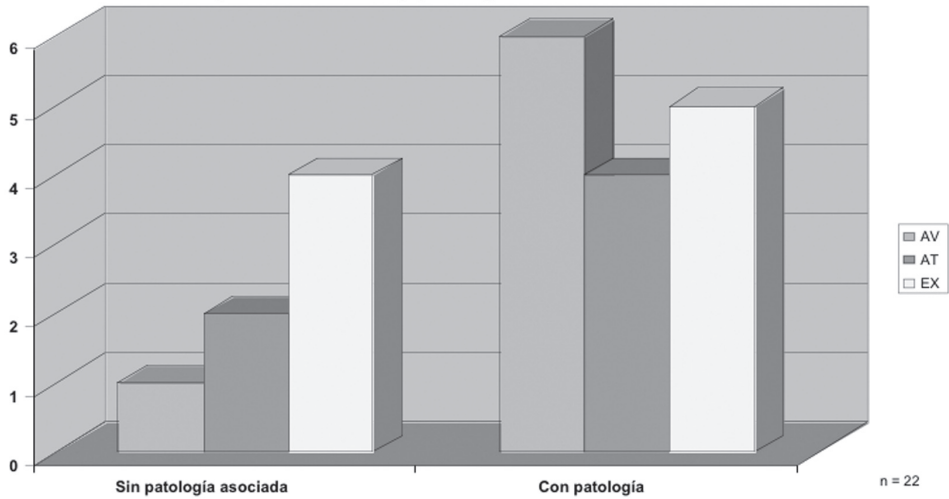


Gráfico 10.

Patología y tipo de alta 2007/2008

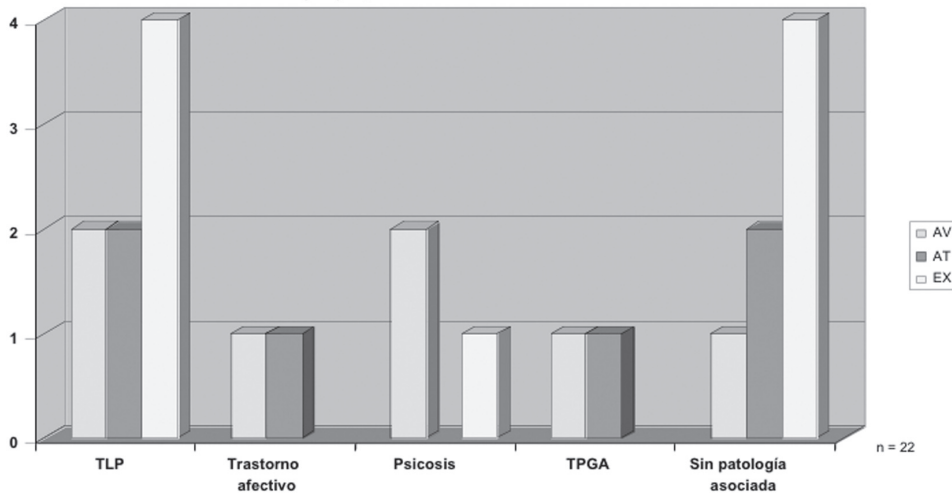
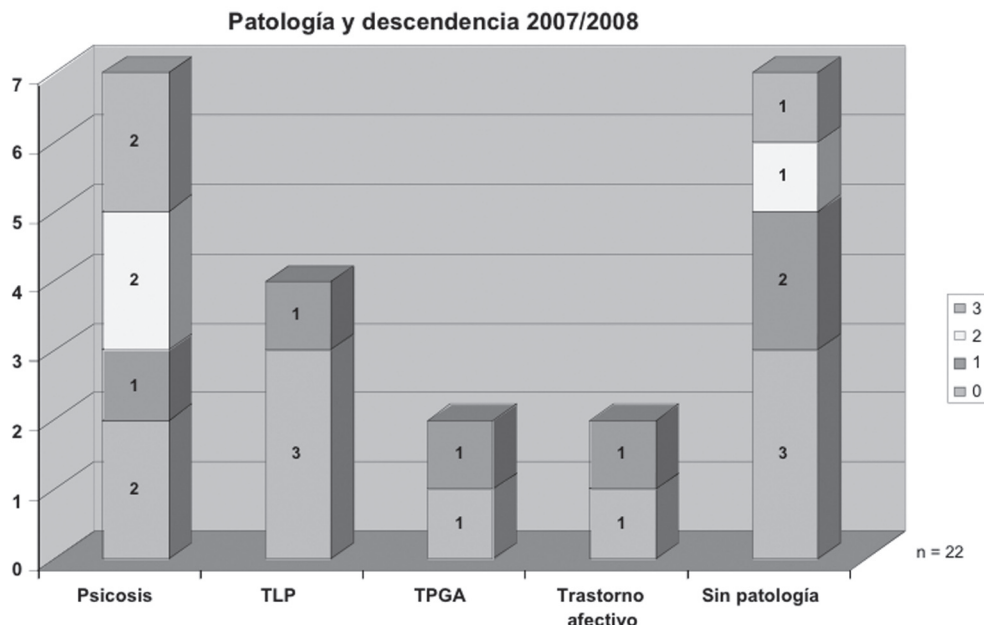




Gráfico II.



han tenido descendencia son consumidoras de heroína y, en las que tienen descendencia el consumo de heroína se iguala o es sobrepasado por el de cocaína.

Poco más de un 40% de total de las mujeres, fueron alta terapéutica, un 28% altas voluntarias y un 23% por ciento exclusiones o derivaciones por incumplimiento de objetivos. De las altas terapéuticas un 70% son de mujeres que son madres, pero también un 75% de las altas voluntarias lo son de mujeres con descendencia.

Los datos segregados según tuvieran o no descendencia nos dicen que casi un 45% de las madres terminan con un alta terapéutica y un 33% de las que no lo son. En cuanto a las

altas voluntarias es mayor el porcentaje de las madres que deciden abandonar: 33% frente a un 20% y menor las exclusiones de madres: 18,5% frente a un 33%.

Para valorar el tipo de alta y la media de estancia, he excluído de las tablas los datos referentes a las que fueron derivadas a otro recurso por motivo de las obras en el centro y aquellas de fuerza mayor. De este modo no se observa diferencia entre madres y no madres en el tiempo de estancia con finalización de alta terapéutica. Sí alguna diferencia para las altas voluntarias y exclusiones siendo mayor la diferencia en este último caso.

El momento en el que deciden solicitar un alta voluntaria es para las madres en torno



al tercer mes, con datos muy igualados en ambos grupos.

Las exclusiones, entre las que no tienen descendencia, suele ocurrir en el tercer mes, pero para las que tienen descendencia se incrementa la estancia hasta el quinto mes.

Las altas terapéuticas tienen de media el sexto mes como momento para concluir el programa.

Estos datos tan igualados en cuanto a las altas terapéuticas, tomando los cuatro años en conjunto, se tambalean al restringirlos a los últimos dos años. Existe un aumento de las exclusiones del tratamiento, se triplican con respecto a los dos primeros y un número mayor de abandonos, aunque no llega a los resultados de las exclusiones, 31,8% frente a un 25%, estos últimos sobre todo en personas con patología asociada.

También desciende el porcentaje de éxitos del tratamiento. Prestando atención al tipo de patología nos encontramos con que la psicosis es el trastorno que menos adherencia observa al tratamiento.

Fijándonos en el grupo de las mujeres con descendencia, aquellas que tienen alguna patología asociada al consumo duplican a las que no tienen patología asociada (8 con patología y 4 sin). Y de las mujeres sin descendencia 7 tienen algún trastorno psiquiátrico y 3 no. Es decir, en ambos colectivos, las personas con patología duplican a las que no la tienen. Pero el recurso residencial es utilizado por más mujeres con descendencia y patología dual.

DISCUSIÓN

Nuestro programa, como recurso para mujeres que son madres, aporta una oferta terapéutica que les permite finalizar con éxito su tratamiento cerca del 50% de las veces.

El perfil de mujer que usa nuestro recurso ha sido a lo largo de estos cuatro años: mujer; con uno o varios hijos y/o hijas, con una media de edad de 35 años, consumidora de heroína y/o cocaína que permanece una media de 207,7 días en el recurso. Pero, en la actualidad, también es una mujer con patología asociada al consumo, mayoritariamente con un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, con más dificultades de adherencia al tratamiento.

Los datos de estos últimos años nos aportan información para adaptar y realizar cambios que adecuen la oferta terapéutica a las nuevas especificidades del colectivo femenino que demanda nuestro recurso. Considero necesario valorar las causas que inciden en el descenso del número de mujeres que finalizan con alta terapéutica, cuando se observa un incremento, leve, del porcentaje de admisiones de mujeres a este recurso. Tal vez lo que ocurre sea sólo consecuencia del proceso de adaptación al nuevo perfil de usuarias que solicitan tratamiento en régimen residencial. La formación de los profesionales orientada a mejorar la capacitación para el desempeño de este reto y la adaptación de las características del programa a las especificidades no sólo de género sino de salud mental, pueden conseguir a medio plazo un cambio sustancial en los resultados del programa.

BIBLIOGRAFÍA

Bastón, E., Couñago, M., Gómez, S. (2009). *Hacia un enfoque de género en Comunidad Terapéutica*. *Revista Española de Drogodependencias*, 1, 89-98.

Castaños, M.; Meneses, C.; Palop, M.; Rodríguez, M.; Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Madrid.



- Comas Arnau, D. (2006). *Comunidades Terapéuticas en España: situación actual y propuesta funcional*. Grupo GID.
- Consejo de Europa (1982). *I Informe del Consejo de Europa: la igualdad entre mujeres y hombres*. Estrasburgo.
- De Ena de la Cuesta, S., Pedrero Pérez, E.J. (2004). *Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales. ¿Se justifican tratamientos diferentes?. Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones 2004*, 209-224. Secretaría de los encuentros. Cádiz.
- Delegación del Gobierno para el PNsD (2007). *Informe del Observatorio español sobre drogas 2007*. Delegación del Gobierno para el PNsD. Madrid.
- Durán, P. (2005). *Las Naciones Unidas y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*. Instraw.
- Josa Lázaro, C., Campo Remiro, C. (2004). *Trabajo de género en una comunidad terapéutica*. En *Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones 2004*, 287-290. Secretaría de los encuentros. Cádiz.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2002). *La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming: La necesidad de avanzar*. Madrid.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2000). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea*. Lisboa.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2005). *Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Lisboa.
- Sánchez, L. (2009). *Género y Drogas*. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.
- Ubieta, M. (2007). *Comparativa en la adherencia al tratamiento de las mujeres drogodependientes en la Fundación Gizakia*. Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Urbano, A.; Arostegi, E. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Unión Europea (2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Capítulo III de la igualdad*. Niza.