

INVESTIGACIÓN: LA INSERCIÓN SOCIO-LABORAL DE LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES ATENDIDAS EN PROYECTO HOMBRE DE ASTURIAS

INDICE

		<u>Nº Página</u>
1.	Introducción	2
2.	Objetivos	5
3.	Hipótesis	5
4.	Metodología	6
5.	Muestra	7
6.	Resultados	8
6.1.	Resultados De Las Entrevistas Y Cuestionarios A Los Usuarios De Los Programas De Tratamiento	8
6.2.	Resultados Del Análisis De Los Grupos De Discusión	37
6.2.1.	Grupos De Discusión: Terapeutas	37
6.2.2.	Grupos De Discusión: Usuarías	43
7.	Conclusiones	48
8.	Recomendaciones	57

1. INTRODUCCIÓN

La población tradicionalmente atendida en la generalidad de los programas de rehabilitación para drogodependientes es mayoritariamente masculina. Esta situación factual ha conllevado que dichos programas se desarrollasen, tanto en lo concerniente a su diseño como en los instrumentos terapéuticos que utilizan, e incluso en su misma estructura, adaptándose a las características de esa mayoría de usuarios varones. Este hecho, junto con la misma desproporción entre los sexos de las personas atendidas, nos ha planteado el interrogante de si esa adaptación tácita al perfil masculino pudiera estar menoscabando la atención dispensada a las mujeres, e incluso la propia accesibilidad de éstas a los tratamientos.

La investigación que se presenta pretende indagar en esta cuestión, analizando comparativamente el perfil de los usuarios de ambos sexos de nuestros programas de tratamiento, con especial énfasis en las posibles diferencias por razón de género que pudiesen producirse en relación a la inserción laboral de dichas personas.

El principal cometido de esta investigación era ampliar el cuerpo de conocimientos sobre las características del colectivo de usuarias que atendemos en nuestros programas, obteniendo información para realizar adaptaciones en los mismos en el caso de que se viesen necesarias, con el fin de eliminar los sesgos de género que puedan estar interfiriendo en sus posibilidades de rehabilitación.

Desde hace varios años, la Fundación C.E.S.P.A. – Proyecto Hombre de Asturias viene desarrollando actividades encaminadas a la inserción socio-laboral de sus usuarios, como complemento a los procesos de rehabilitación que desarrolla en sus diferentes programas de atención a las drogodependencias, considerando la inserción laboral como una parte fundamental del proceso de reinserción. Sin embargo, tanto nuestra propia experiencia, como las mismas estadísticas sobre empleo de la población general, nos indican que el colectivo de mujeres tiene especiales retos que superar a la hora de conseguir un trabajo, y por tanto una plena integración social. A estas circunstancias que padecen todas las mujeres en lo relativo a su incorporación plena al mercado laboral, habría que unir en el caso de nuestras usuarias los hándicaps derivados de una adicción a las drogas prolongada durante varios años, en lo relativo a la pérdida de oportunidades de formación y de experiencia laboral, la falta de hábitos básicos de trabajo que conlleva el estilo de vida del drogodependiente, el propio problema de adicción con sus correlatos psicológicos, y el rechazo social que los ex – drogodependientes suelen despertar en los empleadores potenciales.

Por todo ello, esta investigación se planteó desde un punto de vista eminentemente práctico, con vistas a ajustar la intervención que estamos realizando con el colectivo femenino, partiendo de datos cercanos y actualizados sobre las diferencias de género que encontramos en la población con la que trabajamos, con el fin último de mejorar los resultados tanto de rehabilitación como de inserción socio-laboral de las usuarias de nuestros programas, así como de satisfacer las necesidades de las usuarias.

Es de todos sabido que el colectivo femenino mantiene en nuestros días aún una situación de discriminación en muchos aspectos de lo que se entendería por plena integración social. En el ámbito de la incorporación laboral esta situación es evidente, pero también puede apreciarse en prácticamente todos los ámbitos de nuestra sociedad, donde el estereotipo femenino ha marcado un lugar, un grado de participación, e incluso unas pautas de consumo de drogas, diferenciadas para las mujeres. La tendencia de los últimos años parece, no obstante, ir en la línea del recorte de esas diferencias, pero no podemos obviar que, para las personas que atendemos y para nosotros mismos, esos estereotipos aún están muy vigentes y tienen graves implicaciones.

El estereotipo social para las mujeres aún está anclado en conceptos que potencian las diferencias entre los géneros, que poco a poco van superándose, pero aún permanecen activos en las mentes no sólo de los discriminadores, sino también de las discriminadas, que los han asumido a través de la educación y el modelado social. Así, la mujer tiene atribuido un papel más pasivo que activo, y más interno (de la familia y del hogar en el que ésta se emplaza) que externo, en directa contraposición con el papel masculino. Dentro de la familia, su rol es el de cuidadora del sistema, cuando no meramente el de esposa y madre, lo cual conlleva una serie de

responsabilidades y “ataduras” que impiden su independencia. Esto tiene una traducción negativa sobre su empleabilidad, que se plasma en los datos reales que revisaremos a continuación.

Para las mujeres mayores, la situación frente al empleo se corresponde prácticamente con el modelo clásico (esposa-madre-dentro del hogar); en las jóvenes la situación es más parecida a la de los hombres, al menos en cuanto a la formación, aunque persisten diferencias llamativas. Por ejemplo, aunque la incorporación de las mujeres al mercado laboral ha seguido en los últimos años una pauta ascendente, esto sólo se consigue para aquellas con un nivel de formación medio o superior, y principalmente gracias a su entrada en el sector de empleo público. En el marco de la empresa privada su incorporación es más dificultosa (quizá debido a la mayor preponderancia de los prejuicios sociales en este ámbito), y pueden apreciarse importantes diferencias en cuanto a la retribución económica, en detrimento de las mujeres.

Incluso en el ámbito educativo, donde las mujeres han logrado una mayor incorporación, la influencia de los estereotipos se plasma en la elección que las mujeres hacen hacia estudios de letras, titulaciones medias, y formación profesional en sectores tradicionales como la administración, moda, peluquería y estética, en contraposición con el tipo de formación al que tienden los varones (más orientado a los estudio técnico-profesionales).

Esta segregación por razón de género se aprecia también en las ramas de actividad económica donde las mujeres se emplean; así, más de la mitad de las mujeres se agrupan en los sectores de agricultura, comercio, educación, sanidad, servicios personales y domésticos.

En la empleabilidad propiamente dicha, las diferencias son asimismo patentes: la tasa de paro femenina, de acuerdo a la Encuesta de Población Activa, se mantiene en los últimos cuatro años en aproximadamente el doble de la masculina (14,91% en mujeres y 7,94% en varones, en el 2004). La tasa de actividad, en el mismo período, continúa siendo muy superior en el caso de los hombres (67,65% frente a 44,57% en el año 2004), aunque en este índice las diferencias parecen ir recortándose poco a poco (en los últimos cuatro años, la tasa de actividad femenina ha subido progresivamente 4,3 puntos porcentuales). [Fuente I.N.E.]

La gravedad de estos datos correlaciona además negativamente con la edad de las mujeres, siendo menor la tasa de actividad a mayor edad de éstas, situación que no se reproduce en varones, y en cuanto a la tasa de paro, es mayor especialmente en el grupo de mujeres jóvenes.

En suma, podemos apreciar que el colectivo de mujeres en la población general posee unas dificultades en relación al empleo características y culturalmente enraizadas, que afectan además a diferentes facetas de su mundo laboral, como es la dificultad para conseguir el primer empleo, para obtener estabilidad en el mismo, tener las mismas condiciones laborales que sus compañeros varones, optar a una mayor gama de puestos, etc.

Para consumidores de drogas que contactan con los recursos de tratamiento, las diferencias se mantienen, siendo el porcentaje de mujeres en paro y que no han trabajado el doble que los varones, y el porcentaje de mujeres empleadas casi la mitad (25,7% frente a 40,3% en varones). [Fuente: Informe N° 6 del Observatorio Español sobre Drogas. Noviembre de 2003].

Respecto al propio consumo de drogas existen asimismo diferencias en función del género que ya han sido detectadas hace tiempo, siendo la más llamativa la gran desproporción existente en el sexo de las personas que acuden a tratamiento por ese motivo (8,5 de cada 10 son varones). Si nos atenemos a los datos de consumo de drogas ofrecidos por el último informe del Observatorio Español sobre Drogas, las edades de inicio en el consumo de las diferentes sustancias eran bastante similares para ambos sexos en el 2001 (excepto para los tranquilizantes y somníferos sin receta, que fue mayor para las mujeres, y la heroína, en cuyo consumo se iniciaron algo antes las mujeres).

En general, los varones consumen drogas para cada segmento de edad en mayor porcentaje que las mujeres de ese mismo segmento. El consumo, salvo en el caso de la heroína, ha aumentado en los últimos años para ambos sexos, aunque las diferencias de porcentaje de consumidores siguen manteniéndose.

Por sustancias, según los datos del OED, el consumo de alcohol ha aumentado para ambos sexos en los últimos años (1995-2001); el porcentaje de varones que lo consumen, tanto de forma

habitual (todas las semanas en los últimos 12 meses) como excesiva (borracheras) sigue siendo bastante superior, aunque la tendencia al aumento del consumo semanal fue superior en las mujeres.

Respecto al cannabis, el porcentaje de consumidores ha subido asimismo para ambos sexos, manteniéndose también las diferencias entre sexos, con porcentajes mayores en varones. La misma situación se ha producido respecto al consumo de éxtasis y cocaína, que ha aumentado para ambos sexos, aunque para estas sustancias el porcentaje ha aumentado menos para las mujeres.

La única droga que ha tenido una evolución negativa en el porcentaje de consumidores ha sido la heroína, cuya estimación de consumidores ha descendido para ambos sexos, aunque siempre manteniendo un mayor porcentaje de consumidores varones.

Asimismo, el consumo de drogas de las mujeres suele ser de menor intensidad que el de los varones, como se desprende de la menor proporción de aquéllas en los fallecidos por reacción aguda tras el consumo de drogas (14,5% mujeres frente a 85% de hombres), y por la menor presencia de mujeres en episodios de urgencia directamente relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (27,1% frente a un 72,9% de varones), aunque respecto a este índice las diferencias están recortándose en los últimos años (casi seis puntos porcentuales entre 1996 y 2001).

Estas tendencias sin embargo pueden ser un reflejo más de los tintes machistas que hasta ahora han impregnado la sociedad, y que sólo en los últimos tiempos parecen ir reduciéndose de forma paulatina. Así, el rol más externo y permisivo asignado al varón le abrió las puertas del consumo de sustancias socialmente penalizadas, y al ir poco a poco las mujeres accediendo a las mismas oportunidades y parecidos roles que los hombres, se van incorporando también a mayores niveles de consumo de drogas.

Pese a estas diferencias por razón de género en relación al consumo, la menor prevalencia de consumo de las mujeres frente a los hombres (en algunos casos puede ser la mitad, pero en ningún caso una relación de 1 a casi 6, como es el caso de los atendidos a tratamiento) no justifica la gran desproporción de ellas que llegan a los recursos asistenciales, lo que parece indicar que existen barreras para la accesibilidad de las mujeres al tratamiento. Parte de ellas se derivan sin duda de condicionantes sociales que no tenemos opción a modificar desde los propios dispositivos (como la mayor penalización social al consumo y la comisión de delitos por parte de las mujeres, o el mayor impacto que sobre ellas tiene la maternidad), pero sin duda otras pueden derivarse como ya se anticipó del propio diseño o estructura de los mismos, como puede extrapolarse del reducido número de servicios asistenciales que ofrecen recursos que tengan en cuenta las diferencias entre los sexos. Identificar estos factores, para poder minimizarlos, es el objetivo final de esta investigación.

La investigación se llevó a cabo en 2004, cofinanciada por el Fondo Social Europeo, a través de la convocatoria de subvenciones gestionada por la Fundación Luis Vives.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: Obtener conocimientos de aplicación práctica sobre las características del colectivo de usuarias de los diferentes programas de tratamiento de la Fundación C.E.S.P.A.:

- Programa de tratamiento para la adicción al alcohol.
- Programa de tratamiento para la adicción a la cocaína.
- Programa para usuarios en tratamiento con metadona.
- Programa de tratamiento para la adicción a opiáceos.

Objetivos específicos:

- . Obtener información sobre el perfil social, psicológico, toxicológico, y formativo-laboral, de las usuarias de los programas de tratamiento.
- . Analizar las diferencias, en cuanto a los perfiles mencionados, entre sexos.
- . Analizar las variables que influyen en el acceso de las mujeres a los programas de tratamiento, y las relacionadas con la inserción socio-laboral.
- . Evaluar el grado de adecuación de los programas a las necesidades de las usuarias.
- . Obtener datos que permitan adaptar la intervención al colectivo y mejorar los resultados de inserción socio-laboral de las usuarias de los mismos.
- . Plantear recomendaciones de optimización de los programas, en la medida de lo posible específicas para cada uno de los programas o perfiles de usuarias.

3. HIPÓTESIS

Como guías de contrastación, se establecieron las siguientes hipótesis:

H1- Las usuarias tienen peores niveles de formación previa y de experiencia laboral que los usuarios.

H2- Las usuarias tienen un perfil psicológico, toxicológico y social diferente al de los hombres. Estas diferencias influyen en su inserción laboral.

H3- Los perfiles de las usuarias varían de un programa a otro, con repercusión en su inserción laboral.

H4- Los programas de tratamiento no están suficientemente adaptados a las peculiaridades del colectivo femenino.

H5- Los programas de reinserción precisan mejorar su intervención para la inserción laboral de las usuarias.

H6- Las usuarias obtienen peores porcentajes de empleo y empleos en peores condiciones (remuneración, horario, valoración social, etc.) que los hombres.

4. METODOLOGÍA

Como punto de partida para ajustar el diseño de la investigación a la realidad con la que trabajamos se utilizaron dos estrategias: la creación de un grupo de expertos, y la revisión de una muestra de historiales clínicos.

En primer lugar, se seleccionó a un grupo de expertos (terapeutas de los programas de rehabilitación de la Fundación C.E.S.P.A. con mayor formación sobre la adicción de las mujeres y experiencia en su tratamiento) y se les convocó a un grupo de brainstorming en el que se generaron ideas sobre las variables y cuestiones más interesantes para la investigación.

Los resultados de dicho grupo se sintetizaron en un documento que se devolvió a los miembros del grupo para ampliar sugerencias o matizar cuestiones que hubiesen quedado poco claras.

Por otra parte, se realizó una revisión de historiales clínicos, con el fin de comprobar que los temas localizados por el grupo de expertos eran representativos para la población que nos ocupa e identificar otros datos llamativos que pudieran incluirse en el diseño de la investigación.

El proceso de revisión de historiales clínicos siguió el siguiente esquema:

- . Primer análisis y selección de los documentos a revisar. Testeo de las variables que se pueden extraer de los historiales.
- . Definición de variables, creación de hoja de registro, y codificación en base de datos informatizada.
- . Formación homogénea del personal que va a realizar el análisis.
- . Selección de una muestra de 36 usuarias de los distintos programas entre las fechas 01/01/2000 y 31/12/2002, distribuida en tres grupos equivalentes:
 - . G1: Mujeres que contactan pero no llegan a ingresar en el programa.
 - . G2: Mujeres que ingresan en el programa y permanecen en él 3 meses o menos.
 - . G3: Mujeres que permanecen en el programa más de 6 meses.

(Con esta distribución se pretendía comprobar si existían diferencias en las variables seleccionadas que tuviesen relación con la accesibilidad a los programas o el mantenimiento en los mismos).

- . Análisis de datos cuantitativos y cualitativos.
- . Conclusiones y aplicación al diseño de las técnicas.

Tras estas dos etapas previas, se procedió a la selección de las técnicas más adecuadas, y el diseño específico de mismas. Partiendo de la idea de que sería importante recoger material tanto cuantitativo como cualitativo, se eligieron las siguientes técnicas:

- * Entrevista semiestructurada para las usuarias de los diferentes programas de tratamiento. Elaborada *ad hoc* de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se consideró interesante recoger la información con el principal colectivo destinatario a través de entrevista, para que los entrevistadores pudieran indagar sobre información cualitativa que surgiese de forma espontánea en la interacción y pudiera ser pertinente para los fines de la investigación.
- * Cuestionario para los usuarios de los programas de tratamiento. Recogiendo los ítems no específicos de la entrevista para las usuarias. Los datos del cuestionario se utilizarían para efectuar la comparación entre sexos.

* Grupos de discusión con usuarias de los programas de tratamiento. Principal instrumento de recogida de información cualitativa, con la finalidad de ahondar en cuestiones no sistematizadas en el diseño de la investigación, pero relevantes para las usuarias.

* Grupos de discusión con terapeutas de los programas de tratamiento. Con el mismo objetivo que los grupos precedentes, desde la perspectiva de los terapeutas que trabajan en los programas.

5. MUESTRA

Entrevistas a las usuarias de los programas de tratamiento: La muestra utilizada fue la población total de mujeres a tratamiento en los programas de la Fundación C.E.S.P.A. durante el periodo de realización del trabajo de campo. De esa muestra hubo que eliminar algunos casos por los siguientes motivos: recibir el alta terapéutica o abandonar el tratamiento antes de que se les realizase la entrevista, dificultades prácticas de las usuarias para concertar la entrevista, y rehusar expresamente su realización (en 1 caso).

El número final de entrevistas realizadas fue de 29.

Cuestionario a los usuarios de los programas de tratamiento: En principio se planteó utilizar una muestra equivalente a la del grupo de mujeres, pero dado el mayor número de usuarios varones en los programas, la mayor facilidad para realizar las encuestas al utilizar un formato autoaplicado, y el reducido número de casos de mujeres en las entrevistas, la muestra se incrementó hasta un total de 65 casos.

Grupos de discusión con usuarias de los programas de tratamiento: se realizaron dos grupos de discusión, con la participación de un total de 12 usuarias de los distintos programas.

Grupos de discusión con terapeutas de los programas de tratamiento: se realizaron asimismo dos grupos de discusión en los que participaron en total 13 terapeutas de los distintos programas de tratamiento.

6- RESULTADOS

A continuación se presentan los datos brutos de la investigación, desglosados de acuerdo a las hipótesis planteadas al inicio del Proyecto.

En primer lugar se exponen los datos (en su mayoría cuantitativos) procedentes de las entrevistas y cuestionarios realizados a los usuarios y usuarias de los Programas de Tratamiento, una vez sometidos a tratamiento estadístico.

En segundo lugar se analizan los resultados de los cuatro grupos de discusión llevados a cabo con usuarios de los Programas de Tratamiento y con Técnicos de los mismos programas, comentados tras efectuar sobre sus transcripciones un análisis cualitativo.

6.1. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS A LOS USUARIOS DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Hipótesis 1: Las mujeres atendidas en los programas de tratamiento tienen niveles más bajos de formación y de experiencia laboral previas a su entrada en el tratamiento que los hombres.

Tanto los hombres como las mujeres de la muestra **han trabajado** en su mayoría **previamente a su entrada a tratamiento** (90,4 % global; 89,7% mujeres y 90,8% hombres).

En el análisis por **sector** en el que habían trabajado, se han hallado varias diferencias significativas:

- En el sector de la construcción a favor de los hombres.
- En los sectores de industria, minería y marina, a favor de los hombres.
- En los sectores de hostelería y limpieza a favor de las mujeres.
- En el sector de comercio y "otros" no se hallaron diferencias.

No se hallaron diferencias significativas entre sexos en cuanto al **tipo de contrato** que habían tenido en esos empleos previos. El 48,8% de los contratos fueron temporales, el 26,2% indefinidos, el 8,3% por cuenta propia, el 14,3% eran trabajos sin asegurar, y el 2,4% otros tipos de contrato.

Tampoco se hallaron diferencias significativas entre sexos en cuanto a la **duración de la jornada** laboral que habían tenido: el 7,2% tuvieron una jornada parcial, el 41% jornada completa (de 8 horas), y el 51,8% una jornada completa de más de ocho horas. Las mujeres muestran una tasa de jornada parcial algo mayor que los hombres (15,4% de mujeres frente a 3,5% de hombres), aunque no son diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a los **puestos desempeñados**, pese a la dispersión y la variedad que ofrece la muestra, también se aprecian algunas diferencias significativas por sexos:

- Las mujeres han desempeñado en mayor proporción puestos en hostelería de camarera y cocinera que los hombres, aunque éstos también los han ocupado (sobre todo el de camarero).
- Dentro del sector de limpieza, la proporción de mujeres es mucho mayor que la de hombres, como ya se dijo, realizando en muchos casos estos trabajos en casas particulares, trabajo que ningún hombre dedicado a la limpieza ha realizado.
- En el sector de comercio, los puestos que se encuentran en la muestra son de dependiente, reponedor o mozo de almacén, y repartidor. Las mujeres ocupan en mayor proporción puestos

de dependiente, y los puestos de repartidor y mozo de almacén son desempeñados en la muestra exclusivamente por varones.

- Las actividades laborales relacionadas con el cuidado de personas (niños, ayuda a domicilio, auxiliar de enfermería) son realizadas exclusivamente por mujeres.
- Las actividades relacionadas con construcción, actividades industriales, alimentación, minería, y marina, son exclusivas de los hombres de la muestra, destacando el 42,37% de personas que han trabajado en puestos de peón de la construcción, el 35,59% como distintos puestos cualificados del mismo sector (encofrador, soldador, pintor, etc.), el 27,12% como operarios de distintas fábricas y talleres, el 15,25% en puestos dentro del sector de la alimentación (carnicero, matarife, etc.), y el 13,56% como repartidores (el porcentaje total suma una cifra mayor que 100, al existir casos de una misma persona que desarrolló más de un puesto de trabajo).
- Dentro de los puestos variados (la mayoría de ellos desempeñados por una sola persona de la muestra), se aprecia asimismo el estereotipo de rol de género (ver tabla).

COMPARACIÓN POR SEXO DE PUESTOS EN LOS QUE SE TRABAJÓ			
%	MUJERES	HOMBRES	%
	HOSTELERÍA	HOSTELERÍA	
57.14	Camarera	Camarero	20.34
42.86	Cocinera o ayudante de cocina	Cocinero o ayudante de cocina	5.08
7.14	Propietarias de establecimiento	Gerente de establecimiento	1.69
	LIMPIEZA	LIMPIEZA	
39.29	Limpieza	Limpieza	5.08
	COMERCIO	COMERCIO	
32.14	Dependiente	Dependiente	3.39
		Repartidor	13.56
		Reponedor, mozo de almacén	8.47
	CUIDADO DE PERSONAS	CUIDADO DE PERSONAS	
17.86	Cuidado de niños		
14.29	Ayuda a domicilio/ aux. enfermería		
	OFICINA	OFICINA	
10.71	Administrativa	Administrativo	1.69
		CONSTRUCCIÓN	
		Peón	42.37
		Puestos cualificados	35.59
		INDUSTRIA, MINERÍA, MAR	
		Operario en fábricas o talleres	27.12
		Minería	5.08
		Marina	5.08
		ALIMENTACIÓN	
		Diferentes puestos	15.25
	VARIOS: 3.57% (n=1) recepcionista, 3.57% (n=1) "ayudante de peón", 3.57% (n=1) peón de fontanería, 3.57% (n=1) fábrica de confección, 3.57% (n=1) cooperativa de costura, 3.57% (n=1) "recogiendo tomates", 3.57% (n=1) "pintando casas", 3.57% (n=1) "teleoperadora y web", 3.57% (n=1) agencia de viajes e inmobiliarias, 3.57% (n=1) despacho de abogados, 3.57% (n=1) cursillo de carpintería	VARIOS: 3.39% (n=2) de conductor, 3.39% (n=2) ejército profesional, 1.69% (n=1) música, 1.69% (n=1) técnico de hardware y electrónica, 1.69% (n=1) "en el gas", 1.69% (n=1) instalador de cable, 1.69% (n=1) carga y descarga de camiones, 1.69% (n=1) talador, 1.69% (n=1) Correos, 1.69% (n=1) técnico comercial, 1.69% (n=1) "topógrafo, delineante proyectista, auxiliar técnico de obra", 1.69% (n=1) operario de servicios del Principado y agente censal.	

El principal **motivo de pérdida del empleo**, sea indistintamente por abandono voluntario del mismo o por despido, se presenta en porcentajes similares en ambos sexos, y tiene que ver con los problemas derivados del consumo de drogas, como sus efectos sobre la salud, la necesidad de buscar la sustancia, u otros efectos sobre la actividad laboral (incumplimiento de horarios o de tareas, etc.).

El resto de los motivos de pérdida de empleo que aparecen en la muestra (fin del contrato, cambio para mejorar las condiciones laborales o económicas, cansancio o deseo de cambio, problemas de relaciones interpersonales en el entorno laboral, cierre de la empresa, inicio del tratamiento de rehabilitación, o que les descubriesen consumiendo drogas), aparecen asimismo en proporciones similares en ambos sexos.

En la muestra de mujeres, sin embargo, aparecen dos motivos inexistentes en la de varones. Por una parte está la depresión, aunque sin valores significativos; por otro, con valores estadísticamente significativos, están varios motivos relacionados con la pareja o los hijos (contraer matrimonio, quedarse embarazada, etc.), que se alegan en el grupo de mujeres en un 25,93% de los casos.

COMPARACIÓN POR SEXO DE MOTIVOS DE LA PÉRDIDA O ABANDONO DEL PUESTO DE TRABAJO			
%	MUJERES (n=27)	HOMBRES (n=50)	%
40.74	problemas derivados del consumo (de salud, no poder cumplir horarios...)	problemas derivados del consumo (de salud, no poder cumplir horarios...)	50.00
18.52	fin de contrato	fin de contrato	16.00
18.52	mejorar condiciones laborales o económicas	mejorar condiciones laborales o económicas	18.00
11.11	cansancio o deseo de cambiar	cansancio o deseo de cambiar	8.00
7.41	problemas de relación	problemas de relación	10.00
3.70	iniciar el tratamiento	iniciar el tratamiento	8.00
11.11	descubrir que consumían	descubrir que consumían	2.00
3.70	cierre de la empresa	cierre de la empresa	2.00
7.41	depresión		0.00
25.93	por su pareja, casarse, quedarse embarazada (n=2) o tener una relación con un compañero		0.00
Varios: 3.70% por relacionarse con la competencia.		Varios: 2% por iniciar el servicio militar, 2% por cambio de residencia, 2% por sufrir un accidente, 2% "motivos familiares y personales"	

Los niveles de **formación reglada** de ambos sexos son similares. La categoría más frecuente de estudios máximos completados es EGB, y existe un importante porcentaje de personas en ambos sexos con los estudios básicos sin completar (11,7%). Por categorías agrupadas pueden verse los resultados en la siguiente tabla:

Sexo	Mujer	N	Estudios Completados agrupados				Total
			ESO/EGB e inferior	FP/BUP/COU	Diplomatura/Licenciatura	Otros	
		24	4	1	0	29	
		% dentro de Sexo	82,8%	13,8%	3,4%	,0%	100,0%
	Hombre	42	19	2	2	65	
		% dentro de Sexo	64,6%	29,2%	3,1%	3,1%	100,0%
Total		N	66	23	3	2	94
		% dentro de Sexo	70,2%	24,5%	3,2%	2,1%	100,0%

Respecto a la **formación ocupacional** realizada previa al inicio del tratamiento, existen algunas categorías de formación que sólo pertenecen a uno de los sexos; a saber: de nuevo, la formación relacionada con el cuidado de personas (auxiliar de enfermería y jardín de infancia) sólo la cursaron mujeres, así como la relacionada con jardinería; por el contrario, la formación relacionada con la construcción o la mecánica es exclusiva del historial de los varones.

Por sexo, la mayoría de los hombres que realizaron formación ocupacional en el pasado tuvo que ver con diferentes oficios del sector de la construcción. En el caso de las mujeres, el mayor porcentaje corresponde con la formación de informática y mecanografía.

Aunque en algunas de las categorías formativas existe una tendencia hacia uno de los sexos (informática e idiomas hacia el sexo femenino, y hostelería ligeramente hacia el masculino), no se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre ellos. Sin embargo, en el apartado de varios (con un solo caso por tipo de formación), se nota de nuevo la presencia de los estereotipos de género, con los varones formándose en profesiones culturalmente entendidas como "masculinas", y las mujeres en profesiones consideradas como "femeninas" (ver tabla).

COMPARACIÓN POR SEXO DE FORMACIÓN OCUPACIONAL REALIZADA			
%	MUJERES (n=16)	HOMBRES (n=18)	%
50.00	informática y mecanografía	informática	16.67
18.75	aux. enfermería/ jardín de infancia		0.00
12.50	jardinería		0.00
12.50	hostelería	hostelería	16.67
12.50	idiomas	idiomas	5.56
0.00		construcción	61.11
0.00		mecánica	16.67
	Varios (n=1): psicología, contabilidad, dependiente de comercio, corte y confección, peluquería, orientación socio-laboral, ebanistería, carpintería.	Varios (n=1): marineró, administrativo, "marketing, técnica fiscal y agente de propiedad inmobiliaria", operador de aluminio, rehabilitación de maquinaria, hidráulica, prevencionista, ceramista, corte y confección, antenista, calderería, instalación de gas.	

Hipótesis 2: Las usuarias tienen un perfil psicológico y social diferente al de los hombres. Estas diferencias influyen en su inserción laboral.

PERFIL PERSONAL

Edad al inicio del tratamiento: la media de edad de la muestra de ambos sexos es de 33,10 años (Sx: 9,08), y la mediana 33 años. Aunque existe un rango de edad muy amplio (entre 17 y 57 años), excluir los casos extremos para calcular los estadísticos apenas afecta a los valores de los mismos (así, la media de edad de las mujeres, exceptuando los casos extremos, es de 31,33 años, y de los varones de 32,77 años).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad en función del sexo:

		Grupos de Edad					Total	
		Menos de 20 años	De 21 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	Más de 50 años		
Sexo	Mujer	N	3	9	12	3	2	29
		% dentro de Sexo	10,3%	31,0%	41,4%	10,3%	6,9%	100,0%
	Hombre	N	6	18	27	12	2	65
		% dentro de Sexo	9,2%	27,7%	41,5%	18,5%	3,1%	100,0%
Total		N	9	27	39	15	4	94
		% dentro de Sexo	9,6%	28,7%	41,5%	16,0%	4,3%	100,0%

Estado civil: La comparación de estados civiles por sexo sólo arroja diferencias estadísticamente significativas en la categoría de viudedad, donde la tendencia es mayor hacia el sexo femenino. El resto de las categorías no muestra diferencias entre sexos:

		Estado Civil						Total	
		Soltera	Casada	Separada	Viuda	Emparejada	Divorciada		
Sexo	Mujer	N	13	4	6	3	0	3	29
		% dentro de Sexo	44,8%	13,8%	20,7%	10,3%	,0%	10,3%	100,0%
	Hombre	N	39	12	8	0	3	3	65
		% dentro de Sexo	60,0%	18,5%	12,3%	,0%	4,6%	4,6%	100,0%
Total		N	52	16	14	3	3	6	94
		% dentro de Sexo	55,3%	17,0%	14,9%	3,2%	3,2%	6,4%	100,0%

La mayoría (55,3%) de las personas de la muestra están solteras, un 20,2% casados o emparejados, y un 24,5% han perdido su pareja (separación, divorcio o viudedad).

Concejo de residencia habitual: No hay diferencias significativas entre sexos respecto al concejo de residencia. La mayoría de las personas de la muestra residían en las tres principales ciudades asturianas (53,1%) o en las poblaciones de las cuencas (19,1%). En la muestra sólo había 3 personas procedentes de fuera de Asturias, todas ellas varones.

		Concejo (agrupado)						Total	
		Oviedo	Gijón	Avilés	Cuencas	Otros concejos	Fuera de Asturias		
Sexo	Mujer	N	8	5	3	6	7	0	29
		% dentro de Sexo	27,6%	17,2%	10,3%	20,7%	24,1%	,0%	100,0%
	Hombre	N	10	20	4	12	16	3	65
		% dentro de Sexo	15,4%	30,8%	6,2%	18,5%	24,6%	4,6%	100,0%
Total		N	18	25	7	18	23	3	94
		% dentro de Sexo	19,1%	26,6%	7,4%	19,1%	24,5%	3,2%	100,0%

Hijos: Un mayor porcentaje de las mujeres de la muestra tienen hijos (69%) en comparación con los varones (33,8%), hallándose a este respecto diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=10,006$; significación [2 colas]= 0,003).

		Hijos		Total	
		Sí	No		
Sexo	Mujer	N	20	9	29
		% dentro de Sexo	69,0%	31,0%	100,0%
		% dentro de Hijos	47,6%	17,3%	30,9%
	Hombre	N	22	43	65
		% dentro de Sexo	33,8%	66,2%	100,0%
		% dentro de Hijos	52,4%	82,7%	69,1%
Total		N	42	52	94
		% dentro de Sexo	44,7%	55,3%	100,0%
		% dentro de Hijos	100,0%	100,0%	100,0%

Derivación/ acceso al tratamiento: Las principales vías de acceso/ derivación al tratamiento son los familiares y amigos (39,8%) y el consejo profesional (31,2%). A este respecto se han hallado diferencias significativas, siendo los hombres más dirigidos hacia el tratamiento por parte de su familia y amigos ($\chi^2=8,598$; significación [2 colas]= 0,006), y las mujeres más por indicación de diferentes profesionales ($\chi^2=5,969$; significación [2 colas]= 0,028).

		Forma de acceso al tratamiento						Total	
		Familia/ amigos	Profesional	Decisión propia	Información positiva sobre el Tto.	Otros	Más de 1 derivante		
Sexo	Mujer	N	5	14	7	1	1	1	29
		% dentro de Sexo	17,2%	48,3%	24,1%	3,4%	3,4%	3,4%	100,0%
	Hombre	N	32	15	11	2	2	2	64
		% dentro de Sexo	50,0%	23,4%	17,2%	3,1%	3,1%	3,1%	100,0%
Total		N	37	29	18	3	3	3	93
		% dentro de Sexo	39,8%	31,2%	19,4%	3,2%	3,2%	3,2%	100,0%

Convivencia al inicio del tratamiento: Casi la mitad de las personas de la muestra conviven con su familia de origen en el momento de iniciar el tratamiento (48,9%), cerca de la cuarta parte convive con su pareja o con ésta y con los hijos (23,9%); el 21,7% viven solos en el momento de iniciar el tratamiento.

La única diferencia significativa por sexos se da en la convivencia con los hijos al iniciar el tratamiento ($\chi^2=11,836$; significación [2 colas]= 0,002), aunque es un porcentaje pequeño (5,4%), y sólo ocurre en casos de mujeres (el 17,2% de la muestra femenina).

			Convivencia al iniciar el tratamiento					Total
			Familia de origen	Pareja e hijos	Pareja	Solo	Hijos	
Sexo	Mujer	N	12	3	3	6	5	29
		% dentro de Sexo	41,4%	10,3%	10,3%	20,7%	17,2%	100,0%
	Hombre	N	33	5	11	14	0	63
		% dentro de Sexo	52,4%	7,9%	17,5%	22,2%	,0%	100,0%
Total		N	45	8	14	20	5	92
		% dentro de Sexo	48,9%	8,7%	15,2%	21,7%	5,4%	100,0%

Convivencia durante el tratamiento: Durante la realización del tratamiento se reduce ligeramente el porcentaje de personas que conviven con su familia de origen (42,4%), así como de aquéllas que conviven con su pareja o con ésta y los hijos (16,3%).

Hay un mayor porcentaje de varones que conviven con su familia de origen durante el tratamiento (49,2%) que de mujeres (27,6%), así como de convivencia con su pareja, donde aparece un 11,1% de varones frente a ningún caso de mujeres. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Se mantiene la diferencia significativa respecto a la convivencia con los hijos a favor de las mujeres ($\chi^2=7,608$; significación [2 colas]= 0,010), si bien durante el tratamiento ya existen casos de varones que conviven con sus hijos.

			Convivencia durante el tratamiento					Total
			Familia de origen	Pareja e hijos	Pareja	Solo	Hijos	
Sexo	Mujer	N	8	3	0	1	17	29
		% dentro de Sexo	27,6%	10,3%	,0%	3,4%	58,6%	100,0%
	Hombre	N	31	5	7	2	18	63
		% dentro de Sexo	49,2%	7,9%	11,1%	3,2%	28,6%	100,0%
Total		N	39	8	7	3	35	92
		% dentro de Sexo	42,4%	8,7%	7,6%	3,3%	38,0%	100,0%

Convivencia de los hijos antes del tratamiento: En términos globales, la mayoría de los hijos convivían principalmente con la madre (36,6%), con ambos padres (26,8%), o con los abuelos (19,5%). En este caso, la no existencia de diferencias significativas entre sexos nos indica que, en muchos casos, cuando se tienen hijos es la madre la que asume la responsabilidad de su cuidado.

			Convivencia hijos antes del tratamiento							Total	
			Madre	Padre	Ambos padres	Abuelos maternos	Abuelos paternos	Solos	Otros	Abuelos (sin concretar)	
Sexo	Mujer	N	5	1	3	4	1	1	2	3	20
		% dentro de Sexo	25,0%	5,0%	15,0%	20,0%	5,0%	5,0%	10,0%	15,0%	100,0%
	Hombre	N	10	0	8	0	0	2	1	0	21
		% dentro de Sexo	47,6%	,0%	38,1%	0,0%	0,0%	9,5%	4,8%	0,0%	100,0%
Total		N	15	1	11	4	1	3	3	3	41
		% dentro de Sexo	36,6%	2,4%	26,8%	9,8%	2,4%	7,3%	7,3%	7,3%	100,0%

Convivencia de los hijos durante el tratamiento: En el caso de los varones, los hijos conviven o bien con la madre (50%), o bien con ambos padres (31,8%); en el caso de las mujeres, los hijos conviven en primer lugar con los abuelos maternos (25%), y en segundo lugar con la madre (20%), permaneciendo por tanto en el entorno materno en un 45% de los casos. A nivel global, los hijos conviven con los abuelos durante el tratamiento en un 21,4% de los casos.

La única diferencia significativa encontrada por sexos es la convivencia con abuelos en general; en el caso de los varones ningún hijo convive con sus abuelos, ya sean paternos o maternos, en tanto en el caso de las mujeres sucede en el 45% de los casos ($\chi^2=3,17$; significación [2 colas]= 0,001).

		Convivencia hijos durante el tratamiento								Total	
		Madre	Padre	Ambos padres	Abuelos maternos	Abuelos paternos	Solos	Otros	Abuelos (sin concretar)		
Sexo	Mujer	N	4	2	2	5	1	1	2	3	20
		% dentro de Sexo	20,0%	10,0%	10,0%	25,0%	5,0%	5,0%	10,0%	15,0%	100,0%
	Hombre	N	11	1	7	0	0	2	1	0	22
		% dentro de Sexo	50,0%	4,5%	31,8%	0,0%	0,0%	9,1%	4,5%	0,0%	100,0%
Total		N	15	3	9	5	1	3	3	3	42
		% dentro de Sexo	35,7%	7,1%	21,4%	11,9%	2,4%	7,1%	7,1%	7,1%	100,0%

Quién ostenta la custodia de los hijos en el caso de no tenerla los padres:

Mujeres: en 3 casos la administración y en 1 caso el padre.

Hombres: en 4 casos la madre, en 1 la familia, en 1 no lo sabe.

Otros familiares a su cargo: Solamente un 11,8% de la muestra, y en todos los casos varones (n=6), tiene otras personas distintas de los hijos a su cargo. De éstos, en 4 casos se menciona a los padres (2 madre y 2 padre), en 2 casos a la esposa, 2 hermanos, 1 abuela y 1 un hijo de la esposa.

Problemas crónicos de salud: Casi la mitad de la muestra (47,3%) sufría algún tipo de problema de salud crónico, sin diferencias entre sexos. El problema crónico de salud más habitual es la hepatitis (46,5% de los casos con problemas crónicos); en segundo lugar de importancia está el asma (14% de los casos), y en tercer lugar el VIH/ SIDA (4,7%). Dentro de la muestra de mujeres destaca el 21,4% con problemas de asma, y dentro de la muestra de hombres el 27,6% con más de un problema crónico de salud.

Pareja en la actualidad: El porcentaje de personas de la muestra que tiene pareja en el momento de entrevistarse es del 29%, sin que existan diferencias significativas entre sexos.

		Pareja en la actualidad		Total	
		Sí	No		
Sexo	Mujer	N	8	21	29
		% dentro de Sexo	27,6%	72,4%	100,0%
	Hombre	N	19	45	64
		% dentro de Sexo	29,7%	70,3%	100,0%
Total		N	27	66	93
		% dentro de Sexo	29,0%	71,0%	100,0%

Pareja con problemas de adicción: De las personas de la muestra solamente un 18% tienen pareja con problemas de adicción, siendo estos casos todos de mujeres. Dentro del grupo de mujeres con pareja, el 62,5% de éstas tienen problemas de adicción.

El porcentaje real de personas con pareja adicta podría ser mayor, ya que, al haberse realizado la entrevista una vez que se ingresó en el tratamiento, en ocasiones se puede contestar negativamente por no mantener relación con la pareja en el momento actual.

Pareja con problemas de adicción a tratamiento en la actualidad: Todos los casos que aparecen de parejas con problemas de adicción y a tratamiento son de mujeres, y se corresponden con la totalidad de mujeres que tienen pareja adicta. Si bien tenemos que tener precaución, ya que tratamos con muestras muy pequeñas, podría interpretarse que los varones no mantienen la pareja en el caso de tener problemas de adicción, en tanto las mujeres sí en un importante porcentaje, y que las mantienen a pesar de que éstas estén a tratamiento (o quizás gracias a ello, ya que, de lo contrario, esa relación, en tanto esas personas mantuvieran el consumo de drogas, estaría contraindicada para su propia rehabilitación). De ser esto cierto, la necesidad de ruptura de la pareja para ingresar en el tratamiento, podría suponer una dificultad para el acceso de las mujeres al tratamiento a la que los hombres, por el contrario, podrían asignar un menor valor.

Pareja a lo largo de la vida: Las mujeres de la muestra, a lo largo de su vida, estuvieron emparejadas más tiempo que los varones, con diferencias estadísticamente significativas. ($\chi^2=7,858$; significación [2 colas]= 0,020)

			Pareja a lo largo de la vida			Total
			Nunca	Ocasional-mente	La mayor parte del tiempo	
Sexo	Mujer	N	0	8	21	29
		% dentro de Sexo	,0%	27,6%	72,4%	100,0%
	Hombre	N	1	36	26	63
		% dentro de Sexo	1,6%	57,1%	41,3%	100,0%
Total		N	1	44	47	92
		% dentro de Sexo	1,1%	47,8%	51,1%	100,0%

Pareja durante la adicción: Durante el tiempo que fueron adictas a las drogas, se mantiene e incluso se incrementa esa relación del grupo de mujeres con mayor tiempo con relaciones de pareja, estadísticamente superior al grupo de hombres ($\chi^2=14,268$; significación [2 colas]= 0,001).

			Pareja durante la adicción			Total
			Nunca	Ocasional-mente	La mayor parte del tiempo	
Sexo	Mujer	N	1	4	24	29
		% dentro de Sexo	3,4%	13,8%	82,8%	100,0%
	Hombre	N	9	29	26	64
		% dentro de Sexo	14,1%	45,3%	40,6%	100,0%
Total		N	10	33	50	93
		% dentro de Sexo	10,8%	35,5%	53,8%	100,0%

Número de parejas durante la adicción: Tanto la muestra de hombres como la de mujeres han tenido durante su adicción un promedio de dos parejas (mediana y moda de ambos grupos = 2). En ambos grupos un importante porcentaje de estas parejas era a su vez consumidora de drogas; aunque la media de parejas consumidoras de drogas es ligeramente superior en el grupo de mujeres (1,86 frente a 1,35 en el grupo de varones), no existen diferencias significativas a favor de uno u otro sexo.

Cambio en la situación de pareja durante el tratamiento: Se observa una tendencia algo superior en el grupo de mujeres hacia la ruptura de la situación de pareja durante el tratamiento (46,4% de mujeres frente a 19,6% de varones), encontrándose significación estadística ($\chi^2=2,25$; significación [2 colas]= 0,024) al contabilizar conjuntamente las categorías "ruptura" y "ruptura y nueva pareja". Las tres cuartas partes del grupo de hombres mantiene su situación como al principio del tratamiento (74,5%).

			Cambio en la situación de pareja durante el tratamiento					Total
			Ruptura	Nueva pareja	Ruptura y nueva pareja	Igual	Otros	
Sexo	Mujer	N	11	1	2	14	0	28
		% dentro de Sexo	39,3%	3,6%	7,1%	50,0%	0,0%	100,0%
	Hombre	N	9	2	1	38	1	51
		% dentro de Sexo	17,6%	3,9%	2,0%	74,5%	2,0%	100,0%
Total		N	20	3	3	52	1	79
		% dentro de Sexo	25,3%	3,8%	3,8%	65,8%	1,3%	100,0%

Importancia de la pareja en la vida: La pareja es algo importante en la vida para la mayoría de las personas de la muestra, independientemente de su sexo; un 80,4% la consideran imprescindible o necesaria. Aunque no hay diferencias estadísticamente significativas, se observa un mayor porcentaje de mujeres que valoran la pareja como algo innecesario (13,8% frente a 1,6% de varones). Del análisis de las preguntas abiertas puede deducirse que este dato podría tener que ver con malas experiencias de pareja en el pasado o durante el consumo, y sobre todo por evitar una dependencia de la pareja, ya que muchas mujeres se consideran dependientes y son conscientes de la necesidad de mantener su autonomía.

			Importancia de la pareja en la vida				Total
			Imprescindible	Necesaria	Indiferente	Innecesaria	
Sexo	Mujer	N	5	16	4	4	29
		% dentro de Sexo	17,2%	55,2%	13,8%	13,8%	100,0%
	Hombre	N	10	43	9	1	63
		% dentro de Sexo	15,9%	68,3%	14,3%	1,6%	100,0%
Total		N	15	59	13	5	92
		% dentro de Sexo	16,3%	64,1%	14,1%	5,4%	100,0%

En las preguntas abiertas, las **razones** que aducen las mujeres **para considerar necesaria la pareja** son, principalmente (ordenadas), recibir afecto, evitar la soledad, y estar

acompañada y poder compartir experiencias. Muchas de estas mujeres reconocen además tender a la dependencia con sus parejas.

En cuanto a los hombres, las principales razones (ordenadas) que señalan son la necesidad afectiva, recibir apoyo, compartir experiencias, evitar la soledad y disfrutar más de la vida. La verbalización de la pareja como una forma de apoyo es bastante destacada, y no aparece en las respuestas de las mujeres, así como su relación con disfrutar más de la vida, aunque este motivo se verbaliza en menos casos que el apoyo. En algunos de los casos no se considera necesaria la pareja en el momento actual –durante el tratamiento- pero sí más adelante. También, como ocurría con las mujeres, se señala en algún caso que la pareja no es necesaria por el riesgo que supone de generar una dependencia afectiva con ella.

Malos tratos inflingidos por la pareja por sexo: Existe una clara relación entre el sexo en la muestra y el haber sufrido malos tratos por parte de la pareja. Las mujeres han sufrido malos tratos en un porcentaje claramente superior a los hombres ($\chi^2=39,887$; significación [2 colas]= 0,000), en concreto, más de la mitad de la muestra (58,6%). Las proporciones hablan por sí solas: 17 mujeres de 29 habían sufrido malos tratos; sólo 1 hombre de 61 los había sufrido.

En su descripción de estas situaciones, las mujeres hablan tanto de malos tratos psicológicos (insultos, amenazas, etc.) como físicos (palizas, violaciones, etc.); en todos los casos salvo en uno ambos tipos de maltrato van unidos. El único caso de maltrato sufrido por parte de un hombre se refiere exclusivamente a una situación de maltrato psicológico. En el caso de las mujeres, el principal desencadenante de los malos tratos tenía que ver con situaciones derivadas de la adicción, de ellas o de su marido; en algunos casos la situación de violencia era mutua.

Hay que tener en consideración, sin embargo, a la hora de valorar la extrema diferencia entre sexos en este tema, que para un hombre reconocer haber sufrido un maltrato por parte de su pareja puede ser culturalmente más difícil, especialmente maltratos físicos, ya que estereotípicamente se da por supuesto la superioridad física del varón, y que este motivo podría llevar al encubrimiento de alguna de estas situaciones.

Apoyo para el tratamiento:

Para iniciar el tratamiento: Para ambos sexos el principal apoyo es la familia (64,4%), seguido por la pareja (14,4%) y los amigos (14,4%). No aparecen diferencias significativas referentes al tipo de apoyo por sexo, salvo el apoyo proporcionado por los hijos, que sólo se da en casos de mujeres ($\chi^2=2,49$; significación [2 colas]= 0,013).

Ambos sexos	
Tipo de apoyo	%
Familia	64,4
Pareja	14,4
Hijos	3,0
Amigos	14,4
Profesionales	2,3
Instituciones	1,5

Apoyos para iniciar el tratamiento								
Sexo		Familia	Pareja	Hijos	Amigos	Profesionales	Instituciones	Total fila
Mujer	N	26	4	4	6	1	0	29
	%	89.7	13.8	13.8	20.7	3.4	0.0	31.2
Hombre	N	59	15	0	13	2	2	64
	%	92.2	23.4	0.0	20.3	3.1	3.1	68.8
Total columna		85	19	4	19	2	2	93
		91.4%	20.4%	4.3%	20.4%	3.2%	2.2%	100.0%

Acompañamiento familiar durante el tratamiento: No hay diferencias en cuanto al acompañamiento familiar entre sexos; ambos tienen algún tipo de acompañamiento familiar durante el tratamiento (85,1% de la muestra).

			Acompañamiento familiar en la actualidad		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujer	N	23	6	29
		% dentro de Sexo	79,3%	20,7%	100,0%
	Hombre	N	57	8	65
		% dentro de Sexo	87,7%	12,3%	100,0%
Total		N	80	14	94
		% dentro de Sexo	85,1%	14,9%	100,0%

Forma de acompañamiento familiar durante el tratamiento: Si existen, sin embargo, diferencias significativas sobre el tipo de acompañamiento familiar durante el proceso de tratamiento entre los sexos ($\chi^2=10,714$; significación [2 colas]= 0,005); las mujeres de la muestra tienen menor porcentaje de seguimiento completo que los varones (56,5% frente al 85,2% de los hombres).

			Tipo de acompañamiento familiar			Total
			Seguimiento completo	Visitas o salidas puntuales	Contactos puntuales con PH	
Sexo	Mujer	N	13	10	0	23
		% dentro de Sexo	56,5%	43,5%	,0%	100,0%
	Hombre	N	46	6	2	54
		% dentro de Sexo	85,2%	11,1%	3,7%	100,0%
Total		N	59	16	2	77
		% dentro de Sexo	76,6%	20,8%	2,6%	100,0%

Antecedentes penales: En torno a una tercera parte de la muestra (37%) de ambos sexos tenía antecedentes penales (con o sin juicios pendientes). Sin embargo, en el caso de los varones por separado el porcentaje es más acusado; cerca de la mitad de los hombres (44,4%) tenía antecedentes penales, frente a una quinta parte de las mujeres (20,7%), existiendo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=4,810$; significación [2 colas]= 0,037). A estos datos habría que añadir aquellos casos sin antecedentes pero aún con juicios pendientes.

			Antecedentes penales					Total
			Sí, sin juicios pendientes	Sí, con juicios pendientes	No, sin juicios pendientes	No, con juicios pendientes	Situación legal desconocida	
Sexo	Mujer	N	5	1	21	2	0	29
		% dentro de Sexo	17,2%	3,4%	72,4%	6,9%	,0%	100,0%
	Hombre	N	21	7	32	3	2	65
		% dentro de Sexo	32,3%	10,8%	49,2%	4,6%	3,1%	100,0%
Total		N	26	8	53	5	2	94
		% dentro de Sexo	27,7%	8,5%	56,4%	5,3%	2,1%	100,0%

			Antecedentes Penales Agrupados		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujer	N	6	23	29
		% dentro de Sexo	20,7%	79,3%	100,0%
	Hombre	N	28	35	63
		% dentro de Sexo	44,4%	55,6%	100,0%
Total		N	34	58	92
		% dentro de Sexo	37,0%	63,0%	100,0%

Ingresos económicos:

Durante el consumo: La procedencia de los ingresos económicos durante el consumo muestra algunas diferencias por sexo; con relevancia estadística se aprecia una mayor procedencia de los ingresos de las mujeres por parte de la pareja ($\chi^2=2,90$; significación [2 colas]= 0,0037), y en los hombres por parte del trabajo ($\chi^2=2,06$; significación [2 colas]= 0,039). En mujeres, aunque sin significación estadística, existe un mayor porcentaje de ingresos procedentes de la familia o amigos y de pensiones. Los únicos casos de ingresos por prostitución pertenecen a casos de mujeres. Los ingresos por Fuentes ilegales están igualados en ambos sexos.

			Ingresos durante el consumo							
			Trabajo	Familia/ amigos	Pareja	Fuentes ilegales	Prostitución	Pensión	Otros	Varias
Sexo	Mujer	Count	17	7	7	8	2	3	2	
		Row %	(58,6%)	(24,1%)	(24,1%)	(27,6%)	(6,9%)	(10,3%)	(6,9%)	
	Hombre	Count	51	9	1	19		1	1	7
		Row %	(78,5%)	(13,8%)	(1,5%)	(29,2%)		(1,5%)	(1,5%)	(10,8%)

Al inicio del tratamiento: Se mantiene la relación estadísticamente significativa a favor de las mujeres en los ingresos procedentes de la pareja ($\chi^2=2,33$; significación [2 colas]= 0,019). Sin significación estadística se observan las siguientes tendencias: los hombres muestran mayor porcentaje de ingresos procedentes del trabajo y de fuentes ilegales; las

mujeres de ayudas sociales y pensiones; asimismo, sólo se dan ingresos por prostitución en la muestra de mujeres (un único caso).

			Ingresos inicio tratamiento							
			Trabajo	Familia/ amigos	Pareja	Fuentes ilegales	Prostitu- ción	Ayudas sociales	Pensión	Otros
Sexo	Mujer	N	9	8	6	2	1	3	5	1
		% Fila	(31,03%)	(27,59%)	(20,69%)	(6,90%)	(3,45%)	(10,34%)	(17,24%)	(3,45%)
	Hombre	N	35	23	2	8	0	1	5	1
		% Fila	(53,85%)	(35,38%)	(3,08%)	(12,31%)	(,00%)	(1,54%)	(7,69%)	(1,54%)

PERFIL PSICOLÓGICO

Autoconcepto/ autoestima: Se aplicó una escala breve de autoestima (Rosenberg, 1965), para contrastar la hipótesis inicial de que se hallarían valores menores en mujeres que en hombres. Sin embargo, los resultados refutan dicha hipótesis; en ninguno de los análisis estadísticos realizados se encontraron diferencias significativas.

Trastornos psiquiátricos en la actualidad: Tampoco se hallaron diferencias significativas en la incidencia de trastornos psiquiátricos en función del sexo; no obstante, resulta reseñable el alto porcentaje de casos de patología dual encontrados en la muestra (38,7% en el global de los casos).

			Problemas psiquiátricos en la actualidad		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujer	N	10	19	29
		% dentro de Sexo	34,5%	65,5%	100,0%
	Hombre	N	26	38	64
		% dentro de Sexo	40,6%	59,4%	100,0%
Total		N	36	57	93
		% dentro de Sexo	38,7%	61,3%	100,0%

Diagnóstico psiquiátrico actual por sexo: El diagnóstico más extendido entre ambas muestras es la depresión, que alcanza casi a la mitad de los casos con trastornos psiquiátricos. No hay diferencias significativas entre sexos en cuanto al diagnóstico psiquiátrico, aunque se aprecia un mayor porcentaje de varones con trastornos de ansiedad y más de un trastorno psiquiátrico (en las mujeres no hay ningún caso); por el contrario, las mujeres tienen un mayor porcentaje de "otros trastornos", pero no puede sacarse conclusión alguna, ya que se trata sólo de 2 personas.

			Dianóstico psiquiátrico					Total	
			Depresión	Trastorno de ansiedad	Trastorno psicótico	Trastorno de personalidad	Otros		Más de 1 trastorno
Sexo	Mujer	N	5	0	2	1	2	0	10
		% dentro de Sexo	50,0%	,0%	20,0%	10,0%	20,0%	,0%	100,0%
	Hombre	N	11	5	4	2	0	4	26
		% dentro de Sexo	42,3%	19,2%	15,4%	7,7%	,0%	15,4%	100,0%
Total		N	16	5	6	3	2	4	36
		% dentro de Sexo	44,4%	13,9%	16,7%	8,3%	5,6%	11,1%	100,0%

Trastornos psiquiátricos anteriores a la adicción: La mayoría de las personas de ambas muestras no sufrió ningún trastorno psiquiátrico anterior a su adicción, lo que, unido a los resultados del punto anterior, nos indica que el consumo de drogas aumenta la probabilidad de padecer otro trastorno psiquiátrico.

De nuevo, no hay diferencias entre sexos a este respecto.

			Problemas psiquiátricos anteriores a la adicción		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujer	N	3	26	29
		% dentro de Sexo	10,3%	89,7%	100,0%
	Hombre	N	8	51	59
		% dentro de Sexo	13,6%	86,4%	100,0%
Total		N	11	77	88
		% dentro de Sexo	12,5%	87,5%	100,0%

Diagnóstico psiquiátrico previo a la adicción: El trastorno psiquiátrico previo a la adicción más frecuente en ambos sexos es la depresión, llegando a ser la totalidad de los encontrados en la muestra femenina, y más de la mitad en la masculina. Hay que tener en cuenta, no obstante, que se trata de un número muy pequeño de casos. Entre sexos no hay diferencias significativas.

			Dianóstico psiquiátrico previo a la adicción				Total
			Depresión	Trastorno de ansiedad	Trastorno de personalidad	Más de 1 trastorno	
Sexo	Mujer	N	3	0	0	0	3
		% dentro de Sexo	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Hombre	N	4	1	1	1	7
		% dentro de Sexo	57,1%	14,3%	14,3%	14,3%	100,0%
Total		N	7	1	1	1	10
		% dentro de Sexo	70,0%	10,0%	10,0%	10,0%	100,0%

Intentos de suicidio: Los intentos de suicidio están relacionados con la prevalencia de trastornos psiquiátricos, incluyendo el propio de la dependencia de sustancias. Así, un elevado porcentaje (36,2%) de la muestra de ambos sexos ha intentado quitarse la vida en alguna ocasión. El porcentaje es ligeramente superior en el grupo de mujeres, sin que haya diferencias estadísticamente significativas.

			Intentos de suicidio		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujer	N	14	15	29
		% dentro de Sexo	48,3%	51,7%	100,0%
	Hombre	N	20	45	65
		% dentro de Sexo	30,8%	69,2%	100,0%
Total		N	34	60	94
		% dentro de Sexo	36,2%	63,8%	100,0%

PERFIL TOXICOLÓGICO

Sustancia por la que demanda tratamiento: La principal sustancia de demanda es la heroína (y otros opiáceos), atendida bien en el Programa de Tratamiento para la Adicción a Opiáceos, bien en el Programa para Usuarios a Tratamiento con Metadona, constituyendo la mitad de la muestra (52,7%). No hay diferencias significativas entre sexos, si bien aparece un mayor porcentaje de mujeres con problemas de alcohol, y de hombres con problemas de consumo de cocaína o estimulantes. Sólo hay un caso en total de demanda por consumo de cannabis.

			Sustancia principal de consumo				Total
			Alcohol	Heroína/ Opiáceos	Cocaína/ estimulantes	Cannabis	
Sexo	Mujer	N	9	16	3	0	28
		% dentro de Sexo	32,1%	57,1%	10,7%	,0%	100,0%
	Hombre	N	12	33	19	1	65
		% dentro de Sexo	18,5%	50,8%	29,2%	1,5%	100,0%
Total		N	21	49	22	1	93
		% dentro de Sexo	22,6%	52,7%	23,7%	1,1%	100,0%

Tiempo de consumo de la sustancia motivo de demanda: En la muestra de ambos sexos se aprecia un tiempo de consumo elevado, con una media de 11,06 años (mediana 10 años). El rango de tiempo de consumo es no obstante muy amplio, oscilando entre 1 y 38 años, en parte por la propia variabilidad interindividual de las historias de consumo, y en parte porque la muestra incluye personas de muy variados programas de tratamiento y perfiles.

Respecto al tiempo de consumo se hallaron diferencias significativas entre los sexos en la comparación de medias, mostrando los varones una media superior a la del grupo de mujeres, como puede observarse en la tabla siguiente. Así, el 75,8% de las mujeres de la

muestra tenían un consumo de hasta 10 años, porcentaje que en los varones descendía hasta el 49,2%.

Años de consumo de la sustancia principal						
Sexo	Media	N	Desv. Típica	Mediana	Minimo	Maximo
Mujer	8,53	29	6,590	7,00	1	26
Hombre	12,21	64	8,327	11,00	1	38
Total	11,06	93	7,977	10,00	1	38

Tratamientos previos realizados para la adicción: La mayoría de las personas de la muestra (43,8%) que han realizado algún tratamiento previo al actual para su adicción han hecho sólo 1 (moda = 1). Aunque el rango va desde 1 hasta 12, hay que tener en cuenta que en muchos casos las personas contabilizan como tratamiento solamente la desintoxicación.

Un 31,2% de la muestra no había realizado ningún tratamiento previo al actual.

De aquellas personas que realizaron algún tratamiento, el 71,9% no lo completaron con éxito (moda = 0). Casi una cuarta parte de la muestra había terminado con éxito 1 tratamiento (volvemos a recordar aquí que estos tratamientos pueden consistir en algunos casos simplemente en la desintoxicación física, en tanto en otros pueden referirse a tratamientos de mayor exigencia y duración, por lo que resulta imposible sacar algún tipo de conclusión).

No se aprecian diferencias significativas entre sexos para el número de tratamientos realizados ni para el número de tratamientos exitosos previos.

Motivos de no finalización de tratamientos previos: El principal motivo de no finalización de los tratamientos previos fue la falta de motivación y el no seguir las pautas terapéuticas; una cuarta parte de la muestra (27,3%) también señala que no le gustaba el tratamiento o sus normas.

A este respecto tampoco hay diferencias entre los sexos.

		Motivos no finalización tratamientos anteriores				Total	
		Falta de motivación/ no seguir pautas terapéuticas	No le gustaba/ conflicto con las normas	Pensar que ya había resuelto su problema	Recaída		
Sexo	Mujer	N	7	4	1	1	13
		% dentro de Sexo	53,8%	30,8%	7,7%	7,7%	100,0%
Sexo	Hombre	N	18	8	3	2	31
		% dentro de Sexo	58,1%	25,8%	9,7%	6,5%	100,0%
Total		N	25	12	4	3	44
		% dentro de Sexo	56,8%	27,3%	9,1%	6,8%	100,0%

Hábitos de consumo: La mayoría de la muestra consumía principalmente en su casa, y un importante porcentaje a solas (a menudo se comienza consumiendo en compañía, pero al final de la adicción se termina consumiendo a solas). En el caso de los hombres, bastantes consumen también en bares o discotecas. Se aprecia una clara diferencia entre los sexos en cuanto al consumo con la pareja: en la muestra de mujeres es la opción principal, en tanto en la de varones es muy escasa. El consumo con amigos y a solas está prácticamente equiparado en ambos grupos.

Forma de inicio en el consumo: En la forma de inicio en el consumo vuelve a aparecer la disparidad entre los dos grupos en relación a la pareja: en tanto para las mujeres es la principal razón que señalan para iniciarse en el consumo (porque su pareja consumía, o para sentirse más cerca de ella), los hombres no la mencionan en ningún caso. Para éstos, el principal motivo de inicio fue ser aceptado en el grupo de iguales, seguido por afrontar problemas o dificultades personales (timidez, inseguridad, etc.). Para las mujeres, estos dos motivos –en el mismo orden- son los siguientes en importancia tras la pareja.

Familiares consumidores de drogas: De aquellas personas de la muestra que tenían familiares consumidores de drogas, aproximadamente la mitad respondieron tener más de un familiar consumidor, y la cuarta parte hermanos consumidores. No se aprecian diferencias significativas entre los sexos en cuanto al tipo de parentesco.

Resulta llamativo que sólo una cuarta parte (23,2%) del total de la muestra manifieste no tener familiares consumidores; las otras tres cuartas partes de los entrevistados (76,8%) tienen uno o varios familiares usuarios de drogas.

			Familiares consumidores de drogas				Total
			padre	Hermano/a	otro	varios familiares	
Sexo	Mujer	N	2	4	2	14	22
		% dentro de Sexo	9,1%	18,2%	9,1%	63,6%	100,0%
	Hombre	N	4	11	7	19	41
		% dentro de Sexo	9,8%	26,8%	17,1%	46,3%	100,0%
Total		N	6	15	9	33	63
		% dentro de Sexo	9,5%	23,8%	14,3%	52,4%	100,0%

La mayoría de los familiares son consumidores de más de una sustancia (61,9%); en segundo lugar está el consumo de alcohol (20,6%), y en tercer lugar el de heroína y otros opiáceos (12,7%).

Casos por Programa de Tratamiento: La mitad de la muestra pertenece al Programa de Tratamiento para la Adicción a Opiáceos, el programa más consolidado, que más población atiende y más recursos utiliza de la Fundación C.E.S.P.A..

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las muestras masculina y femenina, por lo que pueden considerarse equivalentes en lo que se refiere a la selección por sexo y por Programa en el que se encuentran.

Sobredosis y episodios de urgencias: La mitad de las personas entrevistadas (51,1%) habían sufrido en algún momento episodios de sobredosis o ingresos hospitalarios de urgencia por causa de su consumo de drogas. La media es de 2,25 de estos episodios por persona, si se excluye la mitad de la muestra que no los ha sufrido nunca, siendo la moda de 1.

En el análisis por sexos no aparecen diferencias significativas (media mujeres= 2,00; media varones= 2,38).

Tiempo de tratamiento en el momento de la entrevista: Hay una gran dispersión en el tiempo de tratamiento en el momento de la entrevista en la muestra estudiada. El rango de casos va desde 21 días hasta 1233, por lo que se eliminaron para el análisis los 3 casos más extremos, haciendo bajar el valor máximo hasta 870 días.

Teniendo en cuenta esta restricción, la media de días de tratamiento del total de la muestra se sitúa en torno a los 300 días (302,07; 309,64 en la muestra de mujeres y 298,70 en la de hombres). Como resultado de la dispersión antes descrita, la desviación típica es elevada (215,99). Así, no hay homogeneidad en cuanto a esta variable en la selección de la muestra, habiendo participado en el resto de los resultados personas con una amplia gama de tiempo de tratamiento.

Concretamente, el 80,3% de los entrevistados se englobaban en el rango de hasta 500 días de tratamiento (78,5% de las mujeres y 81% de los hombres). No se hallaron, además, diferencias significativas en cuanto al tiempo de tratamiento entre los sexos.

H3- Los perfiles de las usuarias varían de un programa a otro, con repercusión en su inserción laboral.

Al analizar los datos en relación con esta hipótesis, nos encontramos con la dificultad de que el tamaño de la muestra no permite realizar atribuciones separadas por programa de tratamiento. Los casos en el grupo de mujeres para algunos de los programas (como el Programa de Tratamiento para la Adicción a la Cocaína, el Programa de Tratamiento para personas en Mantenimiento con Metadona, y el Programa de Tratamiento para Adolescentes y Jóvenes) son especialmente escasos.

			Programa de Tratamiento					Total
			Opiáceos	Cocaína	Alcohol	Metadona	Menores	
Sexo	Mujer	N	14	2	8	3	2	29
		% dentro de Sexo	48,3%	6,9%	27,6%	10,3%	6,9%	100,0%
	Hombre	N	36	8	11	4	6	65
		% dentro de Sexo	55,4%	12,3%	16,9%	6,2%	9,2%	100,0%
Total		N	50	10	19	7	8	94
		% dentro de Sexo	53,2%	10,6%	20,2%	7,4%	8,5%	100,0%

Los datos se verían aún más menguados si tratásemos de relacionar los perfiles de cada uno de los programas de tratamiento con el tipo de inserción laboral que obtienen las

mujeres que están en cada uno de ellos, dado que, de entre las mujeres de la muestra, sólo una parte se encontraban en fase de búsqueda de empleo, y de entre éstas solamente algunas lo habían logrado en el momento de entrevistarseles.

Así, los casos de personas que obtuvieron empleo durante el tratamiento pueden consultarse en la siguiente tabla, desglosados por sexo (Nota: 2 de los casos del programa de menores no se trata de empleos conseguidos durante el tratamiento, sino que los mantuvieron durante el desarrollo del mismo):

			Programa de Tratamiento				Total
			Opiáceos	Cocaína	Metadona	Menores	
Sexo	Mujer	N	4	0	1	0	5
		% dentro de Sexo	80,0%	,0%	20,0%	,0%	100,0%
Sexo	Hombre	N	6	2	2	3	13
		% dentro de Sexo	46,2%	15,4%	15,4%	23,1%	100,0%
Total		N	10	2	3	3	18
		% dentro de Sexo	55,6%	11,1%	16,7%	16,7%	100,0%

Como se ve en esta tabla, el mayor porcentaje de personas que encuentran trabajo durante el tratamiento se produce en el Programa de Opiáceos, con más del 50% de los casos de empleo. Si agrupamos los programas por el tipo de sustancia que genera la demanda, los opiáceos (Programa de Opiáceos y Programa para Usuarios en Mantenimiento con Metadona) agrupan a más del 70% de los casos de obtención de empleo. Estos porcentajes aumentarían ligeramente si tenemos en cuenta que del resto de los casos de obtención de empleo en los demás programas, cinco en concreto, dos ya tenían empleo al iniciar el tratamiento.

H4- Los programas no están suficientemente adaptados a las peculiaridades del colectivo femenino.

Motivaciones para iniciar el tratamiento: Los principales motivos para el inicio del tratamiento se recogieron en forma de pregunta abierta, categorizándose las respuestas en función de su contenido según la clasificación que se muestra en la tabla siguiente.

Motivos para el tratamiento	N	%	% acumulado
Deterioro físico y psicológico	23	24,5	24,5
Deseo de cambiar de vida	41	43,6	68,1
Presión externa	13	13,8	81,9
Problemas familiares	1	1,1	83,0
Problemas de varios tipos	8	8,5	91,5
Hijos	8	8,5	100,0
Total	94	100,0	

Como se puede ver, para el global de la muestra el deseo de cambiar de vida es el principal motivo para iniciar el tratamiento, seguido del deterioro físico y psicológico. Estas

dos categorías, no obstante, se refieren a las verbalizaciones que las personas hacen sobre sus motivos para empezar el tratamiento, y podrían englobarse quizás en una sola categoría, ya que el deseo de cambiar de vida puede considerarse el resultado del deterioro causado por el estilo de vida adicto.

El resto de las categorías, sin embargo, resulta más clarificador, sobre todo cuando efectuamos distinciones por sexos. La presión externa (judicial, familiar, etc.) se mantiene en ambos sexos en el 13,8%. Las categorías "problemas familiares" y "problemas de varios tipos" son puntuadas únicamente por hombres, aunque no se dan suficientes casos como para que éstas diferencias sean significativas. Sin embargo, sí existen diferencias significativas en aquellos que tienen hijos y responden que estos fueron el motivo principal para empezar el tratamiento ($\chi^2=10,871$; significación [2 colas]= 0,001); todas las respuestas en este sentido fueron de mujeres, y dentro de la muestra de éstas con hijos, el 40% de la misma.

Motivos para elegir el tratamiento de Proyecto Hombre: Tres cuartas partes de los entrevistados acudieron a Proyecto Hombre por tener una información positiva sobre el programa (el 34% ya lo conocían y lo valoraban positivamente). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas por sexo, aunque el consejo profesional es claramente mayoritario en el caso femenino.

		Motivos para elegir PH				Total	
		Información positiva sobre el tratamiento	Ya lo conocía y me parecía el más adecuado	Consejo profesional	Otros		
Sexo	Mujer	N	10	11	8	0	29
	% dentro de sexo	34,5%	37,9%	27,6%	,0%	100,0%	
	Hombre	N	30	21	5	9	65
	% dentro de sexo	46,2%	32,3%	7,7%	13,8%	100,0%	
Total		N	40	32	13	9	94
		% dentro de sexo	42,6%	34,0%	13,8%	9,6%	100,0%

Satisfacción con el tratamiento: Todas las puntuaciones de satisfacción que se desglosan a continuación se realizaron sobre una escala de 1 a 5, donde el 1 se corresponde con la valoración más baja y el 5 con la más alta.

Valoración global sobre el tratamiento: La valoración global sobre el tratamiento arroja resultados muy positivos; a nivel global, tanto la mediana como la moda se corresponden con la máxima puntuación (5). Aunque esta valoración positiva se aprecia en las respuestas de ambos sexos, la comparación de medias entre ellos muestra diferencias significativas, siendo ligeramente mayor la valoración de las mujeres que la de los hombres sobre el tratamiento considerado globalmente ($t= 2,63$; $p= 0,0099$).

Sexo	Media	N	Desv. Típica
Mujer	4,76	29	0,511
Hombre	4,37	65	0,720
Total	4,49	94	0,684

Percepción sobre la accesibilidad a los programas:

La mayoría de las personas de la muestra (94,7%) consideraron que no habían tenido dificultades para ingresar en el tratamiento. El 82,9% valoran como fácil o muy fácil el acceso a los programas de Proyecto Hombre. No se observan diferencias significativas sobre esta cuestión entre los sexos.

Preguntadas las mujeres si consideraban que tenían problemas distintos a sus compañeros varones para ingresar en el tratamiento de Proyecto Hombre, el 79,3% consideraron que no era así. El 20,7% restante señala diferentes obstáculos (no relacionados exclusivamente con los programas de Proyecto Hombre, sino con las situación de las mujeres drogodependientes en general), siendo el más repetido -señalado en 4 casos- la peor percepción social del consumo de las mujeres, y en segundo lugar -dos casos- el hecho de que sean ellas quienes se hacen cargo de los hijos, y las dificultades que ello puede suponer en el caso de iniciar un tratamiento, especialmente si es de tipo residencial. (Otras razones señaladas en un solo caso cada una son: la mayor facilidad para conseguir dinero para mantener su adicción de las mujeres, peores recursos de apoyo alternativos para residir en caso de no tener acompañamiento familiar, la baja tasa de mujeres que hay en los programas, y que a las mujeres se les exige más tanto para el inicio del tratamiento como en las actividades una vez dentro de él).

Valoración sobre la adaptación de los programas de tratamiento a las características y necesidades de las mujeres: La adaptación de los programas a sus necesidades específicas fue valorada muy positivamente por las mujeres, de acuerdo al siguiente resumen de puntuaciones:

N	29
Media	4,38
Mediana	5,00
Moda	5
Desv. Típica	0,820
Puntuación Mínima	2
Puntuación Máxima	5

Discriminación por género (mujer) durante el tratamiento: La gran mayoría de las mujeres (86,21%) de la muestra declararon no haberse sentido discriminadas durante el tratamiento por su condición de mujer. El 13,79% restante que dice haberse sentido discriminada por este motivo se refiere en todos los casos a los compañeros varones durante el tratamiento, en ningún caso a sus terapeutas.

Influencia del sexo del terapeuta: Un 31,2% de las personas entrevistadas señalan que les influye de alguna forma el sexo de su terapeuta (en las entrevistas individuales, en los grupos, para hablar de ciertos temas, etc.), siendo las mujeres a quienes más les influye esta cuestión ($\chi^2=9,358$; significación [2 colas]= 0,003).

De entre aquellas personas a las que les influye, la mayoría (82,1%) prefiere un terapeuta de su mismo sexo (tanto en hombres como en mujeres, aunque algún caso (n=4) hay mujeres que comentan que prefieren un hombre para hablar). La influencia del sexo del terapeuta se da principalmente para hablar de temas íntimos o personales (sexualidad, pareja, malos tratos, etc.); comentarios característicos por sexo son la preferencia de las

mujeres de otra mujer para hablar de sus hijos, y las dificultades de los hombres con terapeutas mujeres en situaciones en las que éstas detentan la autoridad.

Valoración sobre la atención recibida de los terapeutas: La atención prestada por los terapeutas es valorada de forma muy positiva por los usuarios de ambos sexos, sin que existan diferencias significativas. El 92,6% de las respuestas puntuaron en los dos ítems más altos de la escala. Debemos tener en cuenta al valorar este dato que las personas que respondieron se encontraban todavía recibiendo el tratamiento, por la posible influencia que pudiera tener esta circunstancia, pese a no haberse recogido su opinión por parte del personal de los programas.

Valoración Atención recibida de los Terapeutas

N	94
Media	4,52
Mediana	5,00
Moda	5
Desv. Típica	0,813

Valoración Atención recibida de los Terapeutas

Sexo	Media	N	Desv. Típica
Mujer	4,62	29	0,862
Hombre	4,48	65	0,793
Total	4,52	94	0,813

Valoración sobre la calidad de las infraestructuras de los programas (instalaciones, número de profesionales, etc.): Las infraestructuras de los programas de tratamiento son valoradas asimismo positivamente, de forma indistinta por ambos sexos. El 85,1% de las respuestas puntuaron en los dos ítems más altos de la escala.

Valoración de las Infraestructuras por sexo

Sexo	Media	N	Desv. Típica
Mujer	4,41	29	0,825
Hombre	4,25	65	0,884
Total	4,30	94	0,865

Valoración de las Infraestructuras

N	94
Media	4,30
Mediana	4,50
Moda	5
Desv. Típica	0,865

Valoración sobre la rapidez en la atención: De nuevo, la rapidez en la atención se valora positivamente, estando el 71,3% de las respuestas en los dos items más altos de la escala. Aunque la moda se mantiene en el punto superior de la escala, la mediana y la media disminuyen ligeramente en relación con otros items de satisfacción analizados previamente.

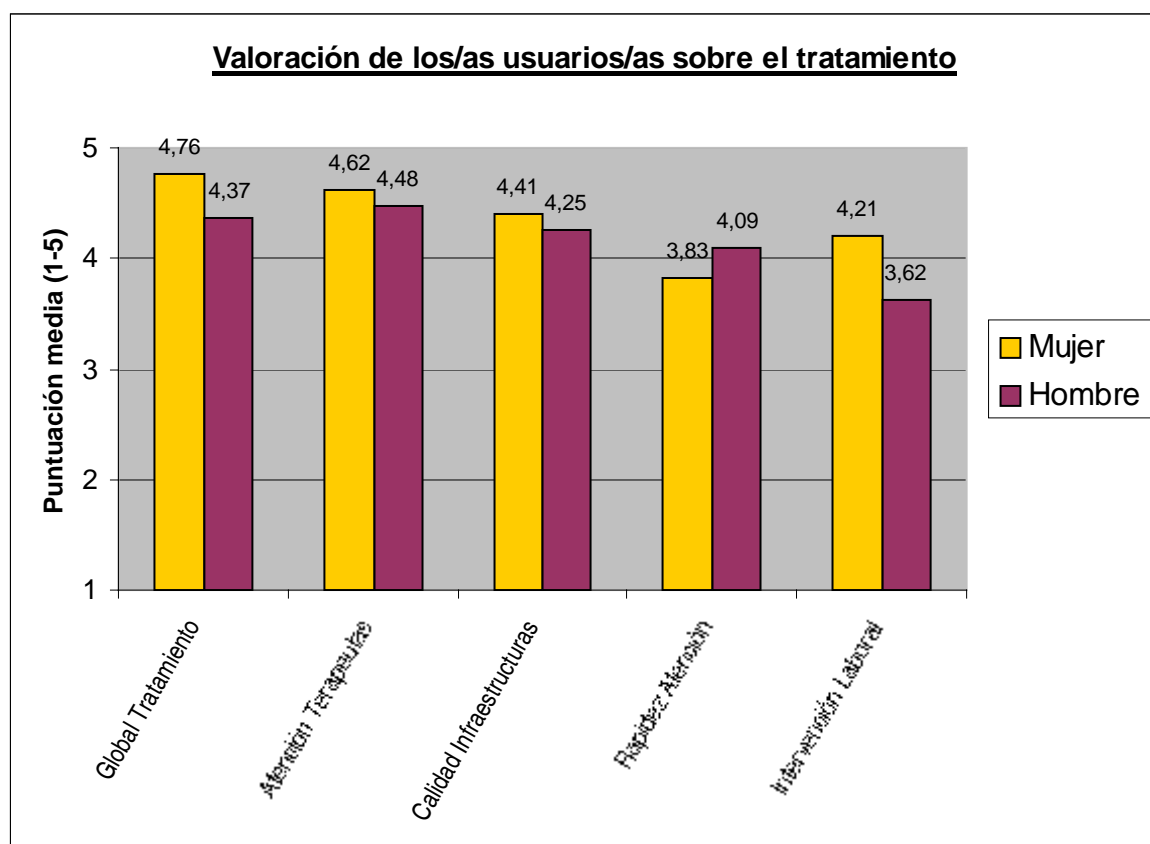
Aunque los hombres valoran con una media ligeramente más alta la rapidez en la atención, no existen diferencias estadísticamente significativas entre sexos en esta valoración.

Valoración de la rapidez en la atención por sexo

Sexo	Media	N	Desv. Típica
Mujer	3,83	29	1,365
Hombre	4,09	65	0,964
Total	4,01	94	1,102

Valoración de la rapidez en la atención

N	94
Media	4,01
Mediana	4,00
Moda	5
Desv. Típica	1,102



Valoración sobre la intervención para la inserción laboral: Las actividades realizadas desde el programa de tratamiento para la inserción laboral son globalmente peor valoradas que el resto del tratamiento (valoración global descrita más atrás), siendo la media de valoraciones de 3,84. Sin embargo, como se puede apreciar en la tabla siguiente, las mujeres valoran mejor dicha intervención que los varones, existiendo diferencias estadísticamente significativas en la comparación de medias a este respecto.

Valoración Intervención para la Inserción Laboral

Sexo	Media	N	Desv. Típica
Mujer	4,21	24	0,884
Hombre	3,62	40	1,125
Total	3,84	64	1,072

Percepción sobre necesidades no cubiertas: Preguntados los usuarios sobre qué cuestiones, a su juicio, los programas de tratamiento dejaban sin cubrir, la mayoría responde que ninguna, calificando a los programas de completos. La segunda respuesta en orden de importancia coincide para ambos sexos, y se refiere a la formación y a otras actividades que tienen que ver con la inserción laboral (talleres, bolsa de empleo...). En tercer lugar aparecen dos cuestiones diferenciadas por sexo: en tanto los varones demandan más terapeutas y más hincapié en cuestiones de ocio, las mujeres creen necesario que exista una escuela de padres donde se trate la relación con sus hijos.

En relación a la inserción laboral: Las principales demandas que verbalizan los usuarios en relación a la inserción laboral se concentran en tres categorías principales: Asesoramiento individualizado para la búsqueda de empleo (información sobre cursos de formación ocupacional, puestos con mayor demanda, recursos de búsqueda de empleo, etc.), desarrollo de cursos de formación ocupacional, y mediación con empresas (para facilitar el acceso a puestos vacantes, mantenimiento de una bolsa de empleo para personas rehabilitadas, etc.).

La diferencia por sexos se da en el orden de importancia con el que priorizan estas categorías; así, las mujeres ponen en primer término el asesoramiento, seguido de la formación y de la mediación con empresas; los hombres ponen en primer lugar la formación, en segundo la mediación con empresas, y en tercer lugar el asesoramiento y la información.

Respecto a actividades concretas que los/as usuarios/as proponen implementar para la mejora de la inserción laboral, mayoritariamente se centran en el desarrollo de cursos de formación ocupacional durante el tratamiento, que les faciliten aprender un oficio y mejorar su currículo; de entre los cursos que más solicitan destaca la formación en informática. Otras actividades mencionadas por más de un usuario son la mejora del asesoramiento en la búsqueda de empleo, proporcionar conocimiento de los recursos externos, y profundizar en las habilidades sociales en relación con el ámbito laboral.

H5- Los programas de reinserción precisan mejorar su intervención para la inserción laboral de las usuarias.

Esta cuestión se analiza en el apartado de conclusiones del Documento Final de la Investigación y en el Documento de Recomendaciones de la investigación.

H6- Las usuarias obtienen -durante el tratamiento- peores porcentajes de empleo y empleos en peores condiciones (remuneración, horario, valoración social, etc.) que los hombres.

Variación de la situación formativa ocupacional y/o reglada durante el tratamiento: Solamente el 20,5% de las personas de la muestra habían realizado algún curso de formación ocupacional o reglada durante su tiempo de permanencia en el tratamiento. Esta situación es la misma tanto para hombres como para mujeres.

			Variación formación reglada-ocupacional durante el tratamiento		Total
			Sí	No	
Sexo	Mujer	N	7	22	29
		% dentro de Sexo	24,1%	75,9%	100,0%
	Hombre	N	11	48	59
		% dentro de Sexo	18,6%	81,4%	100,0%
Total		N	18	70	88
		% dentro de Sexo	20,5%	79,5%	100,0%

Obtención de empleo durante el tratamiento: En esta variable aparecen diferencias significativas ($\chi^2=6,778$; significación [2 colas]= 0,034) entre los sexos, consiguiendo trabajo en una mayor proporción los hombres (73,3%) que las mujeres (41,7%). La diferencia por sexos se agrava aún más si consideramos en el cómputo a aquellas personas que ya tenían trabajo antes de iniciar el tratamiento, un 13,3% de varones y ninguna mujer. Así, en el momento de realizarse las entrevistas, un 86,7% de los hombres en fase de búsqueda de empleo habían obtenido trabajo, frente a menos de la mitad de esa proporción en el sexo femenino (41,7%).

			Obtención de empleo			Total
			Sí	No	Ya tenía trabajo	
Sexo	Mujer	N	5	7	0	12
		% dentro de Sexo	41,7%	58,3%	,0%	100,0%
	Hombre	N	11	2	2	15
		% dentro de Sexo	73,3%	13,3%	13,3%	100,0%
Total		N	16	9	2	27
		% dentro de Sexo	59,3%	33,3%	7,4%	100,0%

Los empleos obtenidos siguen claramente los estereotipos de género, englobándose los de las mujeres en los sectores de hostelería, ayuda a domicilio y limpieza; en el caso de los hombres el sector principal es la construcción, seguido de puestos en industria, reparto, etc.; en la mayoría de los casos la categoría desempeñada es la de peón.

Tipo de contrato del trabajo obtenido durante el tratamiento: De las personas de la muestra que obtuvieron empleo durante el tratamiento, las dos terceras partes (66,67%) fue un contrato por jornada completa, y la otra tercera parte (33,33%) por jornada parcial. Ofreciendo ambos tipos de jornada de forma conjunta, los datos se muestran en la siguiente tabla:

			Tipo de contrato				Total
			Sin contrato	Temporal	Indefinido	Fin de obra	
Sexo	Mujer	N	2	3	0	0	5
		% dentro de Sexo	40%	60%	0%	0%	100,0%
	Hombre	N	2	4	1	6	13
		% dentro de Sexo	15,38%	30,77%	7,69%	46,15%	100,0%
Total		N	4	7	1	6	18
		% dentro de Sexo	22,22%	38,89%	5,56%	33,33%	100,0%

Como se puede observar, las mujeres de la muestra se agrupan en las categorías "sin contrato" y "temporal" (sólo hay un caso de mujer con contrato a jornada completa, de modalidad temporal); también es llamativo que el 40% de los casos estén trabajando sin contrato, con la precariedad que ello implica; en el caso de los varones, el tipo de contrato más popular es el contrato hasta fin de obra (quizá relacionado con el hecho de que encuentren trabajo en el sector de la construcción), seguido por el temporal. El número de contratos indefinidos obtenidos por ambos sexos es puramente testimonial (1 sobre 18).

La **duración prevista** de los contratos es superior entre los hombres, quienes en un 40% de los casos tienen contratos con una duración prevista de más de 6 meses; en el grupo de mujeres no hay ningún caso en la categoría "de 4 a 6 meses" ni en la de "más de 6 meses"; las dos terceras partes de los contratos de las mujeres tienen una duración prevista de "hasta 3 meses".

De todos modos, debemos tener en cuenta que la muestra de personas en fase de búsqueda de empleo y que ya lo hayan conseguido queda reducida a pocos casos, y que no se logran diferencias estadísticamente significativas.

Correspondencia entre el empleo encontrado y el planificado: Durante el tratamiento se establece un plan de inserción laboral en el que se determina un empleo individualizado para cada usuario/a; las respuestas a esta variable indican que dicho empleo se consigue efectivamente en el 56,3% de los casos, sin diferencias por sexo. Este porcentaje puede considerarse bastante alto, teniendo en cuenta el limitado tiempo de la fase de búsqueda de empleo dentro de los programas, las diferencias entre usuarios respecto al tiempo que llevan en el tratamiento, y que en la mayoría de los casos se está considerando el primer empleo que se consigue dentro del proceso de inserción laboral.

Sin embargo, un análisis de los puestos que los usuarios/as tenían planificados muestra que estos eran distintos de acuerdo con el sexo; así, las mujeres planificaron empleos en los sectores de hostelería, limpieza, comercio y guardería; los hombres, por el contrario, en los sectores de la construcción e industria, informática, transporte, etc.

Satisfacción con el empleo encontrado: En cuanto a la satisfacción con el empleo encontrado no pueden extraerse conclusiones claras; en el caso de las mujeres, las valoraciones se distribuyen igual por todos los puntos de la escala (se trata sólo de 5 casos); en cuanto a los varones, tienden a puntuar una mayor satisfacción con el empleo obtenido, pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

			Satisfacción con el empleo encontrado					Total
			nada satisfecha	algo satisfecha	satisfacción normal	bastante satisfecha	muy satisfecha	
Sexo	Mujer	N	1	1	1	1	1	5
		% dentro de Sexo	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Hombre	N	1	1	3	6	2	13
		% dentro de Sexo	7,7%	7,7%	23,1%	46,2%	15,4%	100,0%
Total		N	2	2	4	7	3	18
		% dentro de Sexo	11,1%	11,1%	22,2%	38,9%	16,7%	100,0%

Forma de alcanzar el empleo: Las formas más frecuentes de encontrar empleo son a través de familiares o amigos y preguntando directamente en las empresas. Sin embargo, asimismo se da una amplia gama de otras variedades, cada una de ella puntuada por pocos casos:

			Forma de alcanzar el empleo							Total	
			Ofertas empleo prensa	Envío curriculum	Por un compañero	Por un familiar/ amigo	Preguntando en empresas	ETT	Servicios Empleo (INEM)		Otras
Sexo	Mujer	N	0	1	1	1	1	0	1	0	5
		% dentro de Sexo	,0%	20,0%	20,0%	20,0%	20,0%	,0%	20,0%	,0%	100,0%
	Hombre	N	1	1	1	3	3	2	0	1	12
		% dentro de Sexo	8,3%	8,3%	8,3%	25,0%	25,0%	16,7%	,0%	8,3%	100,0%
Total		N	1	2	2	4	4	2	1	1	17
		% dentro de Sexo	5,9%	11,8%	11,8%	23,5%	23,5%	11,8%	5,9%	5,9%	100,0%

Porcentaje de necesidades económicas cubiertas por el sueldo: Un 25% de la muestra de usuarios que encontraron trabajo durante el tratamiento perciben por él unos ingresos que sólo cubren la cuarta parte de sus necesidades económicas o menos. Esta situación es aún más grave en el caso de las mujeres, en cuyo grupo el porcentaje sube hasta la mitad de la muestra. Solamente en el grupo de varones aparecen casos en los que el sueldo cubre todas sus necesidades, ascendiendo el porcentaje a un 58,3%.

Así, los varones de la muestra parecen mejor remunerados en función de sus necesidades; no obstante, debemos recordar que estamos manejando un número de casos demasiado pequeño para establecer cualquier tipo de conclusión.

			Necesidades económicas cubiertas por el sueldo					Total
			Menos del 25%	25%	50%	75%	100%	
Sexo	Mujer	N	1	1	1	1	0	4
		% dentro de Sexo	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	,0%	100,0%
	Hombre	N	1	1	1	2	7	12
		% dentro de Sexo	8,3%	8,3%	8,3%	16,7%	58,3%	100,0%
Total		N	2	2	2	3	7	16
		% dentro de Sexo	12,5%	12,5%	12,5%	18,8%	43,8%	100,0%

Pérdida de empleo durante el tratamiento: De las 18 personas que obtuvieron empleo durante el tratamiento (2 de ellas lo tenían ya antes de iniciarlo), sólo se produjeron 3 casos de pérdida de empleo. Los tres casos fueron de varones, y los motivos de dicha pérdida fueron en dos de los casos la finalización del contrato, y en el otro una baja voluntaria.

Percepción de las usuarias sobre la influencia del género en la inserción laboral:

Aproximadamente la tercera parte de las mujeres de la muestra opinan que no influye su género en sus posibilidades de inserción laboral (en algunos casos apuntan otros factores que sí influirían, como su problema de adicción, compatibilizar el trabajo con el cuidado de los hijos, o la falta de preparación). De aquellas que opinan que su género tiene repercusión en su inserción laboral, la mayoría apunta que hay menos trabajos disponibles para mujeres (limitándose ellas a los sectores de limpieza, hostelería y cuidado de niños y ancianos) y con peores condiciones en situación de igualdad con los hombres (menor sueldo y consideración).

6.2.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

Muchas de las cuestiones que aparecen en los grupos tienen que ver con un tema de fondo, que es la atribución social de los roles de género desde un esquema tradicional no superado; ésta condiciona muchos de los temas que luego se tratan uno por uno, como son la idea de mujer como ama de casa, madre, con un "lugar propio" en el hogar atendiendo a la familia, sin trabajar en el exterior, o, si lo hace, en roles extrapolados de su papel en el hogar (cuidado de ancianos, o niños, cocinera, limpiadora, camarera, dependienta, cajera...), que son aceptados como "femeninos"; así, ni las mujeres se ven a sí mismas trabajando en otras situaciones –si llegan a verse trabajando fuera del hogar- , ni los empleadores les darían otros trabajos, ni la sociedad (empezando por sus propias familias) aprobaría esos cambios sobre lo que se espera de ellas.

Este esquema pudiera corresponderse con un determinado nivel social y educativo, del que proceden la mayoría de los usuarios.

Esta idea produce a su vez percepciones sobre las mujeres más negativas que las de los hombres, en los momentos en que se sale del esquema previsto por la sociedad para ellas: así, cualquier desempeño fuera del hogar, o que se salga del estereotipo de cuidadora, tiende a penalizarse socialmente, tanto por el entorno como por las propias mujeres, que se tildan a sí mismas de "viciosas" cuando consumen drogas (algo que los hombres nunca hacen), y obtienen tan mala visión de sí mismas tras esa experiencia que les dificulta mucho más que a los hombres afrontar la resocialización, por suponer tener que enfrentarse a lo que los demás puedan pensar de ellas (la imagen tan negativa que ellas tienen de sí mismas: "Eres mujer, y encima drogándote").

Esto pudiera tener que ver con el menor número de mujeres consumidoras que parece existir, o al menos con su mayor reticencia a manifestar su problema acudiendo a un tratamiento (o al menos a tratamientos que evidencian su situación: residenciales, con una imagen de ser "para yonkies"...).

La falta de formación condiciona a las usuarias a buscar trabajos en un ámbito que debe restringirse no sólo al perfil formativo que se solicita, sino también a ciertos sectores o puestos que la sociedad considera "femeninos", que llevan aparejadas unas condiciones laborales peores que las de los oficios "masculinos" (construcción, montajes...), tanto a nivel de salario, como de horarios, o contratación. Esto parece derivarse de la consideración del sueldo de la mujer como no básico para el mantenimiento de la economía familiar, sino como un añadido, un complemento; por lo que respecta al resto de las condiciones laborales, casi parece que se castiga a las mujeres por intentar trabajar fuera del hogar. Por supuesto, las repercusiones de esta situación laboral sobre las posibilidades de independencia de las mujeres son nefastas; más si tenemos en consideración que en muchos casos los hijos de la pareja se encuentran conviviendo con ellas. No es de extrañar que en muchos casos la dependencia económica del marido perpetúe los roles tradicionales de género.

6.2.1. GRUPOS DE DISCUSIÓN: TERAPEUTAS

A continuación se reseñan los principales temas tratados en los dos grupos de discusión celebrados con los terapeutas de los programas de tratamiento.

En primer lugar, referido al **perfil** de las usuarias de los programas, se destacan los siguientes aspectos comunes:

* Hay muchas menos mujeres que hombres en los programas, lo que dificulta la intervención con ellas, al no estar los programas adaptados a las mujeres, sino a la mayoría de varones; esto repercute en la misma vida de las mujeres en los centros, especialmente en los de tipo residencial, donde el hecho de convivir 24 horas diarias con una gran mayoría de varones les dificulta empezar a hablar de sus problemas en grupo, y establecer relaciones con varones (muchas de ellas llegan con una historia traumática de prostitución, malos tratos, o ambas cosas). En algunos grupos, incluso, se tratan temas íntimos que en ese contexto de minoría numérica de

las mujeres ante una mayoría de varones, les hace costoso a las usuarias expresarse con comodidad. No obstante, esta dificultad, muy relacionada con los miedos a que se conozca su historia durante su etapa de consumo, parece tener su mayor repercusión al principio, puesto que más adelante en el proceso, una vez han desdramatizado sus "secretos", las propias usuarias manifiestan que participan mejor en los grupos que los hombres, y que tienen menores dificultades para comunicarse en ellos.

* Existen frecuentes situaciones de **malos tratos** por la pareja, y en todo caso se da una falta de respeto ("tu te callas", "hablo yo",...), que incluso las propias mujeres asumen como algo oculto, permitido, casi normal. Esta aceptación de una situación de humillación prolongada puede relacionarse con varios temas, como son el bajo autoconcepto de las mujeres drogodependientes, la dependencia emocional –y económica en la mayoría de los casos- del varón, y la asunción como propio del rol de mujer que ellas mismas están violando con comportamientos trasgresores del mismo como es el consumo de drogas, motivo por el que "merecen el castigo" o el maltrato que se les dispensa.

* Muy a menudo, las **parejas** de los varones a tratamiento son también consumidoras, y las que no lo son a menudo tienen también un estilo de vida muy dependiente, llegando a moverse por los ambientes de consumo aunque ellas no sean consumidoras. En el caso de las mujeres, sus parejas son consumidoras en mayor proporción que los hombres.

A la hora de afrontar un tratamiento, las parejas de las mujeres que no consumen no suelen acompañarlas, siendo al contrario en el caso de los varones. "Está aceptado que una chica acompañe a un hombre consumidor (durante el tratamiento)"; "no sólo es que esté aceptado, es que es casi la obligación". Para las mujeres, ayudar a su pareja durante la rehabilitación entra dentro del rol femenino de cuidadora; sin embargo, para los hombres no consumidores el mismo hecho supone una descalificación social (muy relacionado con la historia de prostitución que se asimila a una mujer drogodependiente); un hombre puede dejar a su mujer en esa situación sin ser penalizado socialmente, en tanto ayudarla supone enfrentarse a una gran crítica de su entorno.

En la resocialización, las mujeres acaban emparejándose con hombres que están o han estado en el programa de tratamiento, ya que les resulta más fácil sentirse aceptadas; en varones ocurre precisamente lo contrario.

* Los **hijos** de los usuarios varones a tratamiento conviven en pocos casos con el padre, y cuando es así son los abuelos los que se encargan de ellos. En el caso de las mujeres, hay muchos más casos con hijos a su cargo. Las mujeres suelen asumir mayor responsabilidad sobre los hijos, algo que se fomenta desde diversos frentes: sus familias ven más normal que se responsabilicen las mujeres de los hijos que los hombres (a los hombres se los cuidan, pero en una mujer se ve como dejación de sus responsabilidades); desde el propio programa de tratamiento se exige más a la mujer que al varón frente a los hijos; ellas mismas, merced a la asunción de su rol de género, pueden tener la misma concepción.

En resumen: "Se puede drogar él, se puede drogar ella, pero siempre tiene los niños ella".

* Parece ser que esta actitud de las familias es más general, apoyando más en la rehabilitación al usuario cuando es varón que cuando es mujer.

En el **ámbito laboral**, se coincide en las dificultades de las mujeres para la incorporación laboral:

* Disponen de poca formación (esto es común con los varones) y experiencia laboral. En algunos casos, cuando existe es en empleos poco apropiados para la reinserción de la usuaria (por ejemplo hostelería para personas con problemas de adicción al alcohol, o trabajos con mucha relación con personas consumidoras). Aunque en casos esta situación puede ser similar para los varones, al tener las mujeres el espectro de empleos más reducido, el problema puede tener mayor repercusión en ellas.

* Los trabajos a los que puede acceder una mujer con estas características son limitados (servicios personales, limpieza, hostelería, y dependienta de comercio/ supermercado) y, en

general, mal pagados y con malas condiciones laborales. Existen diferencias importantes respecto a los trabajos disponibles para personas sin cualificación cuando éstas son hombres (construcción, con un sueldo bastante mejor) y para mujeres.

Se habla de empleos "masculinos" y "femeninos" (hablando de trabajos que no requieren cualificación, que son a los que pueden aspirar la mayoría de los usuarios, tanto varones como mujeres) y de la dificultad de romper con estos esquemas, tanto por los empleadores como por parte de las propias mujeres. Incluso las usuarias más jóvenes, del Programa de Tratamiento de Menores, mantienen estos esquemas a la hora tanto de formarse como de buscar empleo. Los trabajos están claramente delimitados por el sexo: los hombres trabajan en montajes, construcción, etc.; las mujeres en cocina, tiendas de ropa, etc. La misma situación se da en la formación: mujeres y hombres se forman –incluso durante la realización del proceso terapéutico– para trabajos "apropiados" para su género. A la hora de trabajar, sin embargo, los hombres penetran en el mercado "femenino" en ocasiones (por ejemplo en trabajos de limpieza), lo que limita aún más las opciones de las mujeres.

* La mujer asume normalmente las "cargas familiares" (en la mayoría de los casos, los hijos), y existe una presión social para que los atienda ella, aún a costa de limitar su inserción laboral; las propias usuarias a menudo tienen estos mismos planteamientos. Aquí también existen diferencias respecto a los hombres, ya que estos ponen por delante el trabajo y, en función de éste, el tiempo que dedican a los hijos; este esquema también es el socialmente aceptado. El rol de la mujer es el de "cuidadora" de la familia, y socialmente se antepone a su independencia. Especialmente si tiene hijos, no termina de estar bien visto que trabaje ("está más aceptado que una mujer no trabaje"; que una mujer lleve a su hijo a una guardería está mal visto "si puede cuidarlo ella..."); su puesto está en la casa cuidando del marido y los hijos. Sin embargo, esta función que debería cumplir la mujer en la familia no recibe valoración social ni tiene contraprestación económica. Esta idea se fomenta desde su entorno más cercano: la familia de origen.

Asimismo, en ocasiones cuando hay problemas con la custodia de los hijos, los servicios sociales no facilitan la función de madres de las usuarias, pidiéndoles que atiendan a los hijos y a la vez que sean autónomas económicamente (que trabajen), para no quitárselos.

En algunos casos (especialmente las mujeres a tratamiento por problemas con el alcohol, que suelen ser de una edad mayor, y la mayoría no trabajaron nunca) la idea está tan asumida que ni siquiera tienen la mentalidad de buscar trabajo ("ni se lo plantean"). Aún aquellas mujeres que quieren trabajar, necesitan un apoyo familiar o económico (en ocasiones precisan contratar a alguien) para cuidar a los hijos; los bajos sueldos de los trabajos a los que optan, o la necesidad de buscar trabajos compatibles con los horarios de los hijos, limitan mucho sus posibilidades laborales. Por el contrario, como ya se dijo, los varones no consideran a los hijos como limitaciones para buscar trabajo, ya que son las mujeres quienes se hacen cargo de ellos (madres o parejas), incluso aunque ambos miembros de la pareja estén en rehabilitación. Finalmente, esta situación las avoca a ser dependientes, bien económicamente del sueldo del marido, bien de otras personas que cuiden de sus hijos mientras ellas trabajan.

Por otra parte, el bajo concepto de sí mismas que suelen tener condiciona emprender cualquier tipo de actividad fuera de casa, no sólo buscar trabajo, sino también relaciones sociales, actividades de tiempo libre, etc.

* Existe la idea entre los terapeutas de que hay menos posibilidades de empleo para las mujeres que para los hombres, a pesar de ser difícil la situación para ambos ("no hay trabajo", ambos carecen de formación laboral, han estado desligados del mundo laboral durante años, por edad ya no pueden acceder a ciertos trabajos...). A igual falta de cualificación, los hombres encuentran trabajo mejor que las mujeres, y estos les proporcionan mejores posibilidades para independizarse (mayor sueldo).

Esta situación se plasma en que a menudo nuestras usuarias tardan en encontrar trabajo bastante más tiempo que los varones, aunque la mayoría suelen encontrarlo ("la calidad del trabajo es otra historia").

En lo que se refiere especialmente a las usuarias del Programa de Alcohol (de una edad

media mayor que el resto), se ve que éstas no tienen inicialmente el planteamiento de trabajar. No sienten la necesidad de independencia económica, están acostumbradas a vivir dependientes de otras personas. Esto evidentemente repercute en la actitud ante la búsqueda de empleo, y es un planteamiento que existe independientemente de la situación económica real que tengan, aunque los terapeutas comentan que, en este Programa, todas las mujeres suelen tener algún recurso económico, bien como pensión de viudedad, ayudas sociales, apoyo de los hijos... No es hasta que se interviene con ellas que empiezan a ver la necesidad de independizarse.

Por otra parte, el trabajo, además de la independencia económica que proporciona, es considerado por los terapeutas como vía de socialización, factor de protección y forma de ganar autoestima por parte de las mujeres. Algunos ponen en duda esto último, por la mala calidad de los empleos a los que acceden las mujeres, que pueden desmotivar. No se llega a un consenso en este punto.

A veces incluso se llega a situaciones absurdas, como que una mujer trabaje para ganar un sueldo de 70.000 ptas. y tener que pagar 50.000 a otra persona para que cuide de sus hijos. Económicamente no tiene sentido, aunque a veces puede ser un primer paso para luego aspirar a mejorar laboralmente, o simplemente "compensarle" a la persona por lo que le aporta en otros aspectos (autoestima, relaciones sociales...).

Respecto a la **intervención** que se realiza, desde el grupo de terapeutas de los programas de opiáceos se hacen aportaciones más prácticas, centradas en cuestiones concretas de los programas de tratamiento; en el grupo del resto de los programas se incide más desde una visión global sobre la cuestión de género.

* Desde los programas, se orienta hacia la obtención rápida de un trabajo más que hacia un trabajo de calidad, por lo que no se reflexiona sobre si se reproducen esquemas machistas en el tipo de empleo obtenido o sus condiciones. Se debate, sin llegar a clarificarlo, si desde el propio programa de tratamiento no se fomenta este mismo planteamiento, exigiendo mayor responsabilidad a las mujeres sobre los hijos e impulsando más a los hombres en el ámbito laboral.

Otra idea que surge es que nos adaptamos demasiado a la realidad que tienen las mujeres (por ejemplo, si tienen hijos), por lo que en el momento de la inserción laboral no se les motiva a formarse, sino a encontrar trabajo rápido, por lo que terminan en trabajos que les permitan compatibilizar su vida personal, de horario reducido pero malas condiciones (limpieza, cuidar niños...). En el caso de los varones no se tienen tan en cuenta sus responsabilidades familiares a la hora de buscar trabajo.

* Hay una valoración del trabajo como un factor de protección y socialización (más allá de la autonomía), motivo por el que se acepta la inserción laboral en trabajos con peores condiciones.

El grupo de programas de opiáceos plantea especialmente medidas dirigidas a **cambios en la forma de intervención** e incluso en la estructura de los propios programas:

* Se deberían tener unas miras más altas en la búsqueda de empleo (menos inmediatismo) y valorar las consecuencias a largo plazo. Esto es especialmente importante si se tiene en cuenta la gran carencia formativa que presentan las usuarias. Algunos terapeutas opinan que habría que incidir más en la formación para el empleo que en la búsqueda del mismo.

* La estructura de los programas (itinerarios, instrumentos, etc.) es muy rígida. Quizá se debería de flexibilizar, al menos para las mujeres (discriminación positiva), aunque debería ser para todos en general.

* Se plantea la necesidad de crear nuevas formas de trabajo. No obligar a las mujeres a adaptarse a un programa residencial porque sí, sino adaptar el programa a la realidad de las mujeres, trabajando con ellas de forma diferente a como se hace con los usuarios varones.

* Se detectan las dificultades para la inserción laboral de las mujeres, pero no se

interviene "ni a tiempo, ni con tiempo". La intervención debería iniciarse desde los primeros meses, con actividades dirigidas a mejorar la empleabilidad, en vez de tan sólo centrarla en el momento en que hay que buscar trabajo. En este sentido, se dice que no nos podemos plantear en el momento de la reinserción objetivos que no se hayan trabajado con anterioridad. Si nos planteamos mejorar la formación de las usuarias, habría que empezar desde el primer momento, y especialmente aprovechar la fase de Comunidad Terapéutica para impartir formación.

* Se considera que sería positivo ofrecer formación a los usuarios durante el proceso terapéutico, a pesar de las dificultades que pudieran ocasionarse con la estructura del programa. En la actualidad, la formación, tanto en hombres como en mujeres, queda siempre en segundo plano, y nunca es prioritaria. Hasta el momento se forman solamente aquellos usuarios que llegan al tratamiento con estudios previos.

* Así mismo, se aprecia que si hay que quitar algo en los programas (por falta de recursos) se elimina siempre lo último añadido, es decir, lo novedoso. Por tanto, las medidas que se desarrollan para facilitar el empleo de los usuarios son de las primeras que se pierden. Así, por ejemplo, cursos de formación ocupacional que se impartían antes en la Comunidad Terapéutica dejaron de realizarse por la sobrecarga de trabajo que suponía su organización y control (para los equipos terapéuticos). Sería necesario un cambio de mentalidad en los equipos terapéuticos (así como en la dirección terapéutica), favoreciendo la formación desde el principio, y flexibilizando la estructura de los programas para hacerlo posible.

* Surge aquí una discusión sobre si es incompatible, con nuestras estructuras, atender simultáneamente a lo formativo y a lo terapéutico. Hay personas que lo consideran así, aunque otras consideran que se está hablando de lo mismo, y que la inserción laboral debería considerarse una parte más del proceso terapéutico. En cualquier caso, habría que integrar ambos aspectos.

* Nos condiciona la experiencia de trabajo que tenemos (que hasta ahora dio buenos resultados en el ámbito terapéutico), y nos da miedo cambiarla (por ejemplo, que alguien se pase todo el tiempo que dura la rehabilitación estudiando); tenemos la idea de que en la fase de reinserción todos tienen que trabajar.

Sobre su propia intervención, los terapeutas reconocen en primer lugar que ellos mismos tienen sesgos machistas ("los terapeutas somos ciudadanos del mundo... y eso tiene que notarse"), que se reflejan en la intervención terapéutica. La misma distribución de usuarios en la estructura funcional de las Comunidades Terapéuticas refleja este machismo, distribuyendo las responsabilidades en función de los estereotipos "adecuados" al sexo del usuario (las mujeres están en los sectores de limpieza, lavandería... y son excepciones en sectores de trabajo "masculinos", como el mantenimiento del centro, y en los casos en los que están en ellos se espera un menor rendimiento de una mujer que de un hombre).

* En cuanto a si los terapeutas conceden la misma importancia a que se formen hombres y mujeres, se reconocen más exigentes con el trabajo de los hombres.

* En algunos casos, se comenta que ahora se "mima" más a las mujeres ("discriminación positiva"; coincide con la visión de las usuarias, incluso en relación a sus compañeros varones a tratamiento).

* Se plantean algunas sugerencias de mejora; aunque en el tratamiento ya se trabaja para cambiar la mentalidad de los usuarios ante los roles sexistas, y en relación al cuidado de los hijos, se insiste en la necesidad de favorecer una reflexión ("hacer visible lo invisible", que los usuarios se fijen en los sesgos existentes en la realidad social y se replanteen su postura al respecto) sobre este tema que facilite un cambio de actitudes. En este sentido se sugieren sesiones grupales donde se aborden temas de género, de socialización, sobre las familias....

* También los terapeutas detectan carencias en sí mismos respecto a orientar en la búsqueda de empleo a través de las nuevas tecnologías, desconocimiento de los recursos

existentes, dónde informarse...

* Se sugiere, además, que se rentabilicen más las habilidades laborales en las que se hace mucho hincapié durante la intervención terapéutica (habilidades sociales, responsabilidad en sus tareas, etc.), de cara a la inserción laboral, ya que son cualidades positivas para el empleo que los potenciales empleadores podrían valorar.

Respecto a la **relación con los hombres** de las usuarias, en el grupo de opiáceos sobre todo se comentan algunas ideas:

* Incluso durante el tratamiento, las mujeres buscan establecer relaciones de dependencia con los hombres. Esto pasa de forma clara en opiáceos, pero hay más dudas sobre si se da en cocaína o alcohol. Esta dependencia se da buscando relaciones que ayuden a no sentirse sola ante la vida, ante los problemas... también a nivel económico (que puedas tener tu casa, atender tus hijos, y trabajar unas horas).

* En las situaciones afectivas que surgen en las Comunidades Terapéuticas (donde los sentimientos están "más a flor de piel"), las mujeres buscan más afectividad (sentirse protegidas, sentirse queridas...), mientras que para los hombres la relación tiene más connotaciones sexuales.

* Las mujeres buscan pareja en otros usuarios del centro porque se sienten menos rechazadas.

Sobre la **accesibilidad** del programa para las mujeres, se apunta que nuestros programas de tratamiento, desde el exterior, se ven como muy estrictos, muy rígidos, y adecuados sólo para "yonkies", lo que retrae a las mujeres a venir (en este último caso, por la estigmatización que supone para ellas ser catalogadas como drogodependientes, ya que en la mayoría de los casos esta catalogación se asocia indefectiblemente con prostitución). Las mujeres parecen preferir centros de carácter ambulatorio, donde puedan recibir terapia unas horas al día, y el resto del tiempo estar en su casa, con sus hijos y familia.

* Asimismo, no se dan casos de mujeres que acudan directamente a tratamiento; todas son derivadas de otros servicios (Servicios Sociales, UTTs...) y vienen forzadas por hijos, salud,... (esto no pasa en el caso de los hombres).

* Parece que las mujeres heroínómanas están sobre todo en programas de tratamiento con metadona. Aunque, por otra parte, parece haber consenso en que hay menos mujeres consumidoras de heroína que hombres. La proporción de mujeres es mayor en el caso del alcohol.

* También hay un grupo de consumidoras importante en el ámbito de la prostitución (heroína y cocaína), pero son personas que están fuera del circuito asistencial específico de drogodependencias, y acuden más a las consultas de Salud Mental.

* Por otra parte, tal como ya se mencionó, las mujeres tienen más difícil llegar a un recurso al tener menos apoyos para ello por parte de la familia ("pasa olímpicamente"). A las mujeres, las familias las echan a la calle ("lo que te mete en círculos cada vez más..." "cerrados").

Otras ideas que se tratan en los grupos, de forma más esporádica, son:

* Socialmente, está peor aceptada la mujer toxicómana o ex-toxicómana (relación automática con prostitución).

* La sustancia que se consumió como droga principal determinó el estilo de vida.

* Las mujeres suelen llegar a los programas más marginadas y desestructuradas.

* Faltan apoyos externos: guarderías, apoyo económico... que posibiliten la inserción laboral.

6.2.2. GRUPOS DE DISCUSIÓN: USUARIAS

En la comparación de los dos grupos realizados con usuarias de los diferentes programas, han quedado patentes algunas similitudes y diferencias entre ellas en función de la droga que consumían de forma principal, y que para ellas es la referencia al tratamiento.

Las mayores similitudes se dan en el **área laboral**. Todas ellas han trabajado, pero en el momento de llegar al centro o bien habían perdido el trabajo (programa de opiáceos) o bien era un trabajo con connotaciones negativas en su historia de consumo (programas de alcohol y cocaína). Es de señalar un único caso en que la usuaria del programa de alcohol ha podido pedir la baja por enfermedad (Incapacidad Temporal) para realizar el proceso terapéutico; en este caso, además, la usuaria recibió el apoyo de su jefa (era una mujer), lo que fue valorado por el resto del grupo como "encuentras una entre mil".

Como se ha dicho, las usuarias de los programas de alcohol y cocaína relacionan el trabajo anterior con el inicio o el mantenimiento del consumo de drogas; estos trabajos estaban relacionados con la hostelería y con tiendas de moda, por lo que no sólo tenían acceso fácil hacia la sustancia (hostelería) sino también relación con personas consumidoras. Por ello, todas plantean buscar empleo en otros sectores, invalidándose así en gran manera su experiencia laboral.

Por ello, en todos los casos estamos frente a mujeres sin formación y con una experiencia laboral que apenas pueden utilizar. Junto a esto, en los dos grupos aparecen otras dos dificultades para buscar empleo: la edad (menos la usuaria del programa de menores todas son mayores de 30 años) y porque no hay trabajo en Asturias.

Reconocen la diferencia en sueldo y calidad de trabajo entre los hombres y las mujeres. Los hombres se pueden independizar con el trabajo que consiguen, las mujeres no. Los trabajos a los que ellas acceden son mal pagados, de muchas horas y, a menudo, sin asegurar. Esto las lleva a preguntarse: ¿qué puedo hacer? Tienen gastos, normalmente responsabilidades familiares, y con un mal sueldo (único en la familia) no es suficiente.

Prácticamente todas las usuarias verbalizan que encontrar trabajo les parece muy difícil, y que el hecho de ser mujer influye en esa dificultad. Las ideas que expresan como posibilidades de empleo coinciden plenamente con los estereotipos de género, lo que puede demostrar que los tienen asumidos, o simplemente que hablan a partir de su experiencia pasada; así, mencionan tiendas, supermercados, venta al público, limpiar pisos.

Las usuarias ven necesario que exista formación laboral de algún tipo, durante el tratamiento, para poder encontrar otro trabajo que no sea el que ya tenían ("...y ahí [*en los programas*] no te forman, porque podían, no sé, compaginarlo con algún cursillo que te pudiera servir o algo", "yo se de sitios en los que tienes tus dos horas en las que te formas").

Se emplea el tiempo en trabajo práctico en los sectores de la Comunidad Terapéutica, en cursos sueltos (no lo especifican, pero posiblemente se refieran a cursos impartidos por voluntarios, ya que el momento de realizarse los grupos no se desarrollaban cursos de formación dentro de la Comunidad). Las usuarias demandan actividades más útiles, y que aporten una certificación que luego les sirva para acreditar la formación recibida..

Valoran el trabajo como forma de prevenir una recaída (tanto por tener dinero como por estar ocupadas y sentirse útiles), reconociendo sus implicaciones sobre su estado de ánimo (si no lo encuentras "te puede llegar a frustrar" ("no valgo ni pa limpiar"), aunque, cuando lo consigues, "te sientes muy bien").

En el grupo de opiáceos consideran un problema, a la hora de buscar trabajo, verse forzadas a mentir, para ocultar su historia de consumo. Aunque terminan haciéndolo, es una situación que les provoca miedo e inseguridad en las entrevistas de trabajo. En parte, esta reticencia es resultado del énfasis hecho en la fase de Comunidad Terapéutica en la honestidad como valor, unido al cambio brusco entre la fase de Comunidad Terapéutica residencial y la de Reinserción, ambulatoria, en la que tienen que buscar trabajo, que es para ellas un momento de desorientación ("parez que te volviste testigo de Jehová"), en tanto se produce la normalización del sobreaprendizaje realizado en la Comunidad Terapéutica.

En lo que se refiere a su **historia de consumo de drogas**, ésta apenas ha sido comentada en el grupo de opiáceos (salvo en lo que se refiere a su relación de pareja y con los hombres), pero sí fue considerada importante en el segundo grupo:

En general, se nota miedo a la verbalización de conceptos que ellas mismas ven peyorativos en relación a las mujeres. Así, evitan palabras, referidas a ellas, como *emborracharse* (hablan de beber), *vicio*...

Con el alcohol, la forma de consumirlo es distinta a la de los hombres. Buscan evadirse ("dormirme", "morirme lentamente, porque no tenía valor para cortarme las venas", "anestesiarse", "ni sentir ni padecer", "que el tiempo pase rápidamente y ya está"), para no afrontar los problemas, no por placer.

Aunque dependiendo de la sustancia consumida manifiestan formas distintas de hacerlo (dormirse frente a pasártelo bien sin pensar en nada), en todos los casos reconocen que lo que buscan es evadirse. Esta idea de evasión también ha salido de forma tangencial en el grupo de opiáceos.

Muchas de ellas consumían a escondidas, en casa. En general, el consumo en casa no se produce cuando viven con los padres, pero sí cuando viven con la pareja, aunque lo hacen a escondidas de ella ("cuando salía a trabajar"). Incluso esconden la bebida a sus parejas (en el cubo de la fregona...); sintiendo vergüenza si se la encontraban.

Al principio consumen fuera de casa, en discotecas o bares; luego, cuando ya están "enganchadas", en general prefieren consumir en casa y salir poco, casi exclusivamente a conseguir la sustancia.

Las mujeres del Programa de Alcohol tienen muy claro lo que la sociedad considera que está bien y mal, e incluso asumen estos valores. Se dejan influir mucho por la opinión de la gente, la visión que tiene la sociedad de una mujer alcohólica.

Fuera de casa no se emborrachaban. Dicen que "no bebían fuera de casa", sí tomaban unas sidras o unas cervezas, pero cuando se emborrachaban era en casa. "No quería que me vieran, porque yo me sentía mal, yo sabía que estaba mal".

Ellas mismas tienen peor impresión de las mujeres que beben que de los hombres. "Me da muchísima más pena que un hombre". En cambio, el hombre consume de una forma más social. Y si se emborracha, socialmente no pasa nada.

En el caso de la cocaína, la situación es distinta. Se relaciona con la fiesta, y no se esconden, hay igualdad, e incluso existe una rivalidad entre sexos. "Yo no me escondía para nada, y si yo me meto, me meto, y cuanto más me meta mejor". Incluso la usuaria refiere ahora esta rivalidad con su pareja (también a tratamiento en otro centro) "a ver quien puede llegar a estar más fuerte en este problema".

Valoran diferencias en el comportamiento según la sustancia; el alcohol, como hemos visto, lo consumen en casa; a las otras sustancias les dan un sesgo más externo.

Se reflejan diferencias en la que consideran la percepción social de una mujer casada y con hijos que bebe (tiene una gran carga negativa) frente a jóvenes que salen de marcha y consumen (mejor imagen). Lo relacionan con la sustancia, aunque posiblemente tenga más que ver con las características personales de las mujeres que estaban en el grupo (están de acuerdo en que se valoraría mucho peor a una mujer casada, con dos hijos y "drogadicta").

Consideran que la adicción a la cocaína te degrada físicamente mucho antes ("si empieza muy joven, a los 30 años está muerto o está ya..."), mientras que los problemas por el alcohol surgen más lentamente y se reflejan a mayor edad. En esto influye la normalización social del consumo de alcohol, que incluso hace que no se reconozcan problemas que existen.

En el caso de la cocaína, puedes alejarte de las personas que te la ofrecen, pero en el alcohol es imposible. Además es mucho más accesible, lo que unido a una situación de crisis, hace más fácil la recaída, tanto para las alcohólicas, como para las adictas a otras sustancias (los alcohólicos siempre recaen con su droga de referencia; otros toxicómanos recaen también con el alcohol a menudo, aunque no sea su droga de referencia).

En lo que se refiere a su **relación con los hombres**, aunque su historia anterior viene marcada por experiencias diversas, en todos casos el resultado es de una muy baja autoestima, cuando no desprecio a sí misma.

En el grupo de opiáceos, han salido varias historias de prostitución, que se relacionan también con la pareja. Obtenían dinero a través de la prostitución. Lo conseguían para ella y su pareja, a la que parecía que no le importaba (las mujeres en la calle "son un chollu"). Su situación (personal y física) se fue degradando cada vez más. Esto genera actualmente problemas de relación con los hombres ("les cogí asco", "tengo que pensar que no vienen a relacionarse conmigo a lo que yo pensaba que venían todos"). Tiene también influencias a la hora de plantearse ingresar en el centro, les asusta pensar que van a tener que vivir "con cuarenta y pico tíos". Les cuesta confiar en ellos.

Los malos tratos parecen haber sido bastante comunes, siendo explotadas por sus parejas para conseguir dinero, e incluso sin que la pareja fuese consumidora ("malos tratos físicos y psicológicos").

La mayoría de sus parejas han sido consumidoras, relatándose historias en el grupo de inicio en el consumo a través de la pareja, como una forma de unirse a él. Verbalizan situaciones de dependencia emocional de sus parejas ("necesito a una persona al lado que me cuide").

En general, es difícil diferenciar relación de pareja y consumo de drogas, hasta que al final sólo queda el consumo como nexo de unión.

A la hora de la reinserción, les cuesta trabajo encontrar una pareja que asuma su historia de drogodependencia y prostitución. ¿Qué le cuentas? ¿Cuándo se lo cuentas? ¿Como se lo cuentas? Son preguntas que salen en el grupo y a las que no pueden dar respuesta.

Por otro lado, en algún caso reconocen que les cuesta mantener relaciones sexuales, ya en Reinserción, por su historia pasada ("te sientes sucia").

Aunque hayan dejado a la pareja consumidora, siguen haciendo referencia a ella incluso al final del proceso de rehabilitación (se hacen cosas, se tienen miedos, sentimientos, relacionados con la ex-pareja); hasta cuando buscan pareja, en algunos casos buscan a alguien parecido. Creen que esto se puede solucionar con una experiencia positiva con una nueva pareja, pero su historia pasada les dificulta enfrentarse a ello. Valoran también el riesgo de utilizar esta pareja para subir la autoestima (valorarse porque su pareja sea valiosa).

En el grupo de alcohol y cocaína, a la pareja, en general la conocieron cuando ya consumían (en todos los casos salvo uno, la pareja también consumía), pero consideran por un

lado que, si no hubiese consumido, no habrían salido con ella -no estarían en el mismo ambiente-, pero por otra parte, se potenciaban al consumir juntos. No obstante, la idea es que en general no les influyó.

Otro tema que surge en relación a la pareja es el apoyo durante el tratamiento: a los hombres sus parejas les ayudan en la rehabilitación; a las mujeres no.

Todas estas cuestiones tienen influencias importantes a la hora del **tratamiento**, que pueden ser similares en los dos grupos:

A la hora de *iniciar un proceso*, llegan con la autoestima muy baja: "Cuando vienes al centro, piensas que eres una mierda. En el centro descubres que tienes un montón de valores, aunque en la calle siempre te dijeron que no valías para nada, aunque nunca te echan una mano."

Reflejar aquí un problema que ya había salido antes, que es el miedo a ingresar en el centro por tener que convivir con una mayoría de hombres, tras sus experiencias negativas en su relación con ellos.

La primera situación que señalan es la de ser muy pocas mujeres. En algunos grupos del tratamiento tienen que hablar de todas sus vivencias delante de una mayoría de hombres, lo que para la mujer es más difícil al ser minoría, y por miedo a que se divulgue (a que se sepa su historia pasada, no sólo lo que ellas cuenten, sino también por lo que otros den por supuesto). Esta situación influye más al inicio del tratamiento; con el tiempo manifiestan ir cogiendo confianza y superándolo.

Cuando superan el miedo, consideran que incluso participan en los grupos mucho más que los hombres, y se sienten comprendidas por ellos; hablar de los problemas les sirve para desdramatizarlos. Para ellas es más fácil además hablar de sus sentimientos que para los hombres, porque "los hombres quieren hacerse los duros", "los hombres no pueden llorar", "les cuesta más quitar el caparazón", tienen más arraigado que no pueden demostrar los sentimientos. Las mujeres se apoyan más entre ellas ("más complicidad"), hablan más entre ellas.

En el Programa para Usuarios a Tratamiento con Metadona, al no realizarse grupos históricos, estas cosas no se hablan, o sólo con el terapeuta. De todas formas, no evita que se piense que cuando un hombre habla con ellas "¡pues este viene...!". Además, no facilita la confianza la movilidad de los usuarios (incorporaciones y salidas del tratamiento).

Nunca se habían planteado el tema de que se las pudiera tratar diferente por ser mujeres. No les parece que haya diferencias; en todo caso, se las trata mejor ("yo creo que éramos las mimadas las mujeres"). Los ejemplos que ponen se refieren siempre a sus compañeros de tratamiento varones: se interesan más por ellas si las ven mal, las ayudan en tareas o las hacen por ellas... Este mimo puede significar "como que te tienen ahí un poco cristalizada", como "protegida".

En los centros, nunca se sintieron descalificadas por haber consumido ("ni una palabra despectiva por ser mujer y alcohólica").

En lo que se refiere a su **relación con los terapeutas**, coinciden en que se crea un vínculo positivo con ellos, pero no llegan a un acuerdo sobre la influencia del sexo del terapeuta: algunas creen que es indiferente; otras se abren más con terapeutas mujeres (especialmente para ciertos temas, como la maternidad); otras hablan de más roces con terapeutas mujeres ("choqué más con las mujeres que con los hombres").

Por último, sobre el **entorno social y familiar**, ambos grupos consideran que el hecho de que

una mujer se drogue está peor visto que el que lo haga un hombre (aunque en cuanto a la cocaína se apunta que la visión de la sociedad es la misma –mala- para ambos sexos). La sociedad identifica droga con prostitución, aunque no te hayas prostituido. Este prejuicio lo llevan incluso a dentro del Programa de tratamiento, ya que piensan que va a existir esta valoración entre los usuarios... quizá porque ellas mismas están de acuerdo con ella.

En cuanto a la familia, se sienten rechazadas tanto por los padres como por el entorno de amistades familiares, en el trabajo...

Una demanda concreta que surge de los grupos es la petición de instrumentos para afrontar el deseo de consumo; la intervención a este respecto la tachan las usuarias de muy técnica ("como cuando vas al colegio").

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Hipótesis 1: Las mujeres atendidas en los programas de tratamiento tienen niveles más bajos de formación y de experiencia laboral previas a su entrada en el tratamiento que los hombres.

- Aunque tanto hombres como mujeres han trabajado previamente al inicio del tratamiento, se confirma la presencia de estereotipos de género en cuanto a los trabajos desempeñados por uno u otro sexo. Así, los hombres predominan en los sectores de construcción, industria y similares; las mujeres en hostelería, limpieza, y cuidado de personas. Incluso dentro de estos sectores, las mujeres desempeñan puestos asimismo diferenciados por el género; así por ejemplo, las mujeres que han trabajado en hostelería lo han hecho más en puestos de camarera y cocinera que los hombres; en el sector de comercio, como dependientas frente a los hombres que trabajan más de mozos de almacén o repartidores; en el sector de limpieza sólo son mujeres quienes trabajan en casas particulares; lo mismo ocurre con los puestos dedicados al cuidado de personas.
- No existen diferencias entre sexos en cuanto a la formación reglada que poseen cuando inician el tratamiento (la mayoría tienen estudios de EGB como máximo).
- Sí existen diferencias, sin embargo, en cuanto a la formación ocupacional realizada en el pasado, donde vuelven a darse las diferencias mencionadas más arriba en cuanto a los roles de género.
- En todo caso, los trabajos para ambos sexos ostentaban condiciones precarias, siendo la mitad de los contratos de modalidad temporal, y un importante porcentaje sin asegurar (el 14,3%). La mitad de la muestra tenía además jornadas de más de ocho horas de duración.

La hipótesis no se confirma con los datos obtenidos, en cuanto a un menor nivel de formación o de experiencia laboral; sin embargo, se constatan diferencias significativas referentes a la adopción de roles diferenciados por sexos en cuanto al tipo de actividad laboral. Otro factor que habría que añadir aquí, y que surgió sólo en los grupos de discusión, es que en muchos casos el trabajo que conocen las mujeres por haberlo desempeñado en el pasado y en el cual tienen experiencia y posibilidades de encontrar trabajo, no es el más adecuado para su reinserción, puesto que se relaciona con ambientes condicionados con situaciones de consumo, que podrían propiciar una recaída (por ejemplo, la hostelería).

Hipótesis 2: Las usuarias tienen un perfil psicológico y social diferente al de los hombres. Estas diferencias influyen en su inserción laboral.

PERFIL PERSONAL

- No hay diferencias entre sexos en cuanto a la edad, el estado civil (salvo el de viudedad, significativamente mayor en mujeres), ni el concejo de residencia. En el perfil personal, la única diferencia es que las mujeres de la muestra tienen hijos en mayor proporción que los varones.
- En el momento del acceso al tratamiento, solamente se dan casos de mujeres que conviven con sus hijos, o que son apoyadas por estos para iniciar el tratamiento. Para ambos sexos, cuando se tienen hijos la madre es quien asume la responsabilidad de su cuidado.
- Durante la realización del tratamiento, hay un mayor porcentaje de varones que conviven con su familia de origen que de mujeres, así como de convivencia con su pareja, donde no

aparece ningún caso de mujeres. Se mantiene la diferencia significativa respecto a la convivencia con los hijos a favor de las mujeres, si bien durante el tratamiento ya existen casos de varones que conviven con sus hijos.

- Los hombres acceden al tratamiento a través de familiares o amigos que se lo recomiendan; las mujeres más por consejo de profesionales.
- No existen diferencias entre sexos en cuanto a los problemas crónicos de salud; destaca, sin embargo, más de un veinte por ciento de mujeres que padecen asma.
- Las mujeres muestran una menor tasa de antecedentes penales que los hombres.
- La influencia de la pareja para diversos temas es claramente superior para el grupo de mujeres que para el de hombres:
 - Aunque ambos sexos estaban emparejados en igual proporción, sólo las mujeres tenían pareja con problemas de adicción, estando todas ellas a tratamiento. Parece que los varones no mantienen la pareja en el caso de que ésta tenga también problemas de adicción, en tanto las mujeres sí en un importante porcentaje.
 - Por otro lado, las mujeres estuvieron emparejadas durante más tiempo a lo largo de su vida que los hombres, incluso durante el tiempo en que fueron adictas a las drogas.
 - Durante el tratamiento, sin embargo, las mujeres rompen su relación de pareja o inician otra nueva con más frecuencia que los hombres.
 - En algunos casos, las mujeres valoran la pareja como algo más innecesario que los varones, dato que podría tener que ver con malas experiencias pasadas o con evitar la dependencia afectiva. Un dato significativo a este respecto es que casi la mitad de la mujeres de la muestra habían sufrido malos tratos (físicos y psicológicos) por parte de su pareja, situación que sólo ocurrió en un caso de la muestra de hombres.
 - Las situaciones de malos tratos, o al menos de falta de respeto, son comunes y asumidas por las mujeres como algo normal, en relación con su falta de autoestima, la dependencia emocional de la pareja, e incluso la dependencia económica en muchos casos, y el propio estereotipo aprendido de las pautas de relación entre la pareja.
 - Otro dato de la importancia de la pareja para las mujeres se aprecia en los motivos de pérdida de empleo en el pasado, donde éstas señalan motivos relacionados con la pareja o los hijos en tanto los varones nunca lo hacen.
 - Asimismo, las mujeres señalan consumir principalmente con la pareja, mientras que en los hombres esto se señala en muy pocos casos; además, las mujeres señalan a la pareja como principal motivo para iniciarse en el consumo, en tanto los hombres no lo señalan en ningún caso.
 - En la resocialización, las mujeres tienden a emparejarse con hombres que han pasado por su misma experiencia de rehabilitación, con quienes les resulta más fácil sentirse aceptadas; en varones sucede lo contrario.
 - Incluso durante su rehabilitación, en ocasiones las mujeres tienden a reproducir patrones dependientes con sus compañeros de tratamiento.
- Aunque en ambos sexos existe apoyo familiar durante el tratamiento, las mujeres tienen menor porcentaje de seguimiento completo que los varones, dividiéndose el resto entre visitas o salidas puntuales con su familia. Para iniciar el tratamiento, solamente aparecen casos de mujeres apoyadas por los hijos.
- En el caso de que la pareja no sea consumidora, los usuarios suelen tener su apoyo para el tratamiento, al contrario que las usuarias; para las mujeres esta labor de apoyo entra dentro de su rol de "cuidadora", en tanto para los varones apoyar a su pareja implica reconocer y consentir a una mujer "transgresora", lo que le supone una descalificación social.
- En relación a los ingresos económicos, tanto durante el consumo como al inicio del tratamiento, los hombres los perciben en mayor grado por parte del trabajo; las mujeres

en mayor proporción por parte de la pareja, de distintas ayudas sociales o pensiones, y de la prostitución.

PERFIL PSICOLÓGICO

- Al contrario de lo que se planteaba en el diseño de la investigación, no se encuentran diferencias entre los sexos en el cuestionario de autoestima aplicado. En los análisis cualitativos, la degradación de la autoestima con la que llegan a los programas es un tema manifiesto, verbalizado muchas veces; no obstante, esta característica podría ser común a los varones asimismo, y consecuencia del estilo de vida derivado del consumo de drogas, y especialmente en el momento de ingresar en el tratamiento, que puede ser uno de los momentos de mayor deterioro o conciencia del mismo. La falta de diferencias por género en cuanto a la autoestima puede ser debida a este motivo.
- Existe un importante porcentaje de casos de patología dual (38,7%), así como de intentos de suicidio (36,2%), aunque sin diferencias entre los sexos. Tampoco las hay en los trastornos psiquiátricos previos a la adicción, inexistentes en la mayoría de los casos, lo que nos indica la influencia de la adicción como desencadenante de dichos trastornos. En cuanto a los diagnósticos, la depresión es el más común para ambos sexos.
- Las mujeres muestran con mayor frecuencia dependencia afectiva de sus parejas, tal como se ha señalado más arriba en la descripción de la influencia de la pareja.

PERFIL TOXICOLÓGICO

- La mitad de la muestra –sin diferencias por sexos- ha sufrido sobredosis o episodios de urgencias por causa del consumo de drogas.
- La principal sustancia motivo de demanda en la muestra son los opiáceos (la mitad de la muestra evaluada); se aprecia una ligera superioridad de casos en mujeres en los programas de alcohol y de hombres en los de cocaína/ estimulantes.
- Se da un elevado tiempo de consumo de la sustancia principal para ambos sexos (media de 11 años); existen diferencias a este respecto, mostrando el grupo de varones una media superior de tiempo de consumo.
- No se observan diferencias entre los sexos en cuanto al número de tratamientos previos realizados para la adicción ni en los motivos de no finalización de los mismos.
- Tampoco hay diferencias entre los sexos en cuanto a la existencia de familiares consumidores; sólo una cuarta parte de la muestra manifiesta no tener familiares consumidores, y de las otras tres cuartas partes, la mitad tienen más de un familiar consumidor; la mayoría de estos familiares son consumidores de más de una sustancia.

Aunque las diferencias entre sexos no son tan grandes como se podría haber esperado, sobre todo en las variables psicológicas y de consumo, aparecen algunas cuestiones que deben ser tenidas en cuenta para la optimización del diseño de los programas de tratamiento y para la inserción laboral. Respecto al perfil personal, las mujeres tienen hijos en mayor proporción y mayor relación con ellos, así como mayor responsabilidad sobre su cuidado; esta responsabilización sobre los hijos proviene tanto de la familia, como de sí mismas, como incluso de la propia actitud de los profesionales que las atienden. Asimismo, la pareja es un tema con mayor influencia en el grupo de mujeres para diversas cuestiones, incluyendo el inicio en el consumo. Sin embargo, las diferencias esperadas en cuanto a autoestima no se hacen patentes en la muestra estudiada.

Por el contrario, los varones muestran una media de tiempo de consumo superior a las mujeres, tienen mayor tasa de antecedentes penales, acceden al tratamiento más por medio de

familiares o amigos y tienen un acompañamiento familiar más completo. Las mujeres son más derivadas al tratamiento a través de profesionales.

Otras diferencias reseñables son respecto a los ingresos económicos, que las mujeres perciben por parte de su pareja y los hombres de su actividad laboral.

Hipótesis 3: Los perfiles de las usuarias varían de un programa a otro, con repercusión en su inserción laboral.

El bajo número de casos hallados en las muestras de algunos de los programas impide la extrapolación de conclusiones específicas para cada programa de tratamiento. Por otro lado, los casos en los que se dispone de información sobre la inserción laboral son aún más escasos, al encontrarse sólo una parte de dichas muestras en el momento de búsqueda de empleo, y sólo una porción de estos casos han materializado su inserción laboral en el momento de la recogida de información.

El mayor porcentaje de personas que encuentran trabajo durante el tratamiento se produce en los Programas de Opiáceos, con más del 70% de los casos de obtención de empleo.

Hipótesis 4: Los programas no están suficientemente adaptados a las peculiaridades del colectivo femenino.

- El menor número de mujeres en los programas, y la adaptación a este fenómeno de la estructura de los mismos, conlleva dificultades de adaptación para las mujeres, especialmente en las fases iniciales del tratamiento. Estas dificultades son especialmente significativas en los centros de carácter residencial, al tener que convivir todo el día con una mayoría de hombres, con los cuales, además, suelen tener problemas de relación debido a conflictos en su historia. Esta cuestión influye en la accesibilidad de los tratamientos, si bien aquellas personas que llegan a iniciarlos superan esas dificultades en las primeras fases.
- El carácter residencial de algunos de los programas de tratamiento puede ser en algunos casos una barrera para la accesibilidad de las mujeres a los mismos; por varios motivos, entre los que se encuentran su responsabilidad sobre los hijos, y la preservación de la intimidad de su problema, pueden preferir tratamientos ambulatorios, que les permitan compatibilizar estos con su vida e incluso con el trabajo.
- El deseo de cambiar de vida es el principal motivo para iniciar el tratamiento para ambos sexos, seguido del deterioro físico y psicológico. La única diferencia observada se refiere a quienes alegan que los hijos les motivaron a iniciar el tratamiento, situación que se dio sólo en mujeres, y en un importante porcentaje (el 40% de la muestra de usuarias).
- El tratamiento de Proyecto Hombre es percibido positivamente por la mayoría de los usuarios de ambos sexos, así como por los profesionales. La imagen positiva de Proyecto Hombre y el conocimiento previo del tratamiento fueron las razones para elegirlo.
- La satisfacción con el tratamiento es muy positiva para ambos sexos, tanto la valoración global (ligeramente mejor por parte de las mujeres), la facilidad para el acceso a los programas, la atención proporcionada por los terapeutas, las infraestructuras, la rapidez en la atención, y la intervención para la inserción laboral (ésta siendo, sin embargo, la cuestión peor valorada del tratamiento).
- En las preguntas específicas para las mujeres, la valoración es igualmente positiva: la mayoría consideraron que los programas se adaptaban bien a sus necesidades como mujeres, y no se sintieron discriminadas por razón de género durante el tratamiento.

- Las mujeres consideraron, además, que sus problemas no diferían de los de los varones (aunque algunas señalan dificultades más generales como la peor percepción social de las mujeres drogodependientes, y el responsabilizarse de los hijos como traba para iniciar un tratamiento residencial).
- Cerca de la tercera parte de la muestra de ambos sexos declaraba influirle el sexo de su terapeuta, siendo a las mujeres a quienes más influye esta cuestión. La mayoría prefiere para el tratamiento un terapeuta de su mismo sexo.
- Preguntados sobre las necesidades a las que el tratamiento no da respuesta, la mayoría de la muestra responde que los programas son completos. En segundo lugar se reclaman actividades que mejoren sus posibilidades de inserción laboral. Por último, sólo las mujeres solicitan una escuela de padres donde se trate la relación con sus hijos.
- Respecto a necesidades no cubiertas relacionadas con la inserción laboral, ambos sexos coinciden en señalar tres categorías principales: asesoramiento individualizado para la búsqueda de empleo, desarrollo de cursos de formación ocupacional, y mediación con empresas. Aparecen diferencias por sexos en el orden con que se priorizan: así, las mujeres ponen en primer término el asesoramiento, y los hombres la formación. Este dato puede tener que ver con la mayor facilidad percibida por parte de los hombres para encontrar un trabajo, motivo por el que centran sus necesidades en estar mejor formados para acceder a trabajos más cualificados, en tanto las mujeres priorizan el asesoramiento desde una percepción de mayor dificultad o desorientación para acceder al empleo.
- Sobre actividades concretas, mayoritariamente se demanda el desarrollo de cursos de formación ocupacional paralelos al proceso de tratamiento, siendo la más apuntada la formación en informática.

Hipótesis 5: Los programas de reinserción precisan mejorar su intervención para la inserción laboral de las usuarias.

* La comparación sobre la metodología utilizada en los diferentes Programas para la inserción laboral, muestra las siguientes características:

- En todos los Programas se realiza una evaluación inicial del punto de partida de los usuarios en relación a su situación formativa y laboral.
- También se presta atención a la formación reglada (desde la concepción de que todos los usuarios deben obtener una formación reglada básica), con actividades bien dentro de los propios Programas, bien externas. La formación ocupacional recibe mucha menos atención, por las dificultades que conlleva de ejecución compatibilizada con las actividades propiamente terapéuticas.
- En todos de los Programas se trabajan habilidades laborales básicas, realizando este trabajo en algunos casos con prácticas de dichas habilidades en sectores de trabajo de los centros con estructura residencial.
- En la mayoría de los casos la inserción laboral se trabaja en conjunto, aunque de forma individualizada, con el resto de las áreas personales (a través de establecimiento de objetivos, seguimiento de los mismos en las diferentes fases del proceso, etc.).
- Solamente en el Programa de Tratamiento para la Adicción a Opiáceos existen actividades específicas para la inserción laboral, aunque en todos los Programas se realiza alguna actividad de asesoramiento.
- En algún caso, aunque de forma no sistematizada, se utilizan recursos externos de formación ocupacional.
- En ningún caso se realizan actividades de inserción laboral específicas para mujeres.

* Desde los programas, se prioriza la rapidez en la obtención de un trabajo, por lo que no se reflexiona sobre si se reproducen esquemas machistas en la planificación de la búsqueda del mismo. Quizá habría que hacer reflexionar a las usuarias sobre estos temas, y que ellas tomaran la decisión.

* Esta urgencia por encontrar empleo hace que no se potencie la formación de aquellas usuarias que lo necesitan, lo que las avoca a trabajos de baja cualificación y malas condiciones laborales.

* Se deberían tener unas miras más altas en la búsqueda de empleo (menos inmediatez) y valorar las consecuencias a largo plazo.

* La estructura de los programas es muy rígida. Quizá se debería de flexibilizar, al menos para las mujeres (discriminación positiva), aunque debería ser para todos.

* Se deberían de crear nuevas formas de intervención con las mujeres. No obligar a las mujeres a adaptarse a un programa residencial porque sí, sino adaptar el programa a la realidad de las mujeres, trabajando con ellas de forma diferente a como se hace con los usuarios varones.

* Se detectan las dificultades para la inserción laboral de las mujeres, pero no se interviene "ni a tiempo, ni con tiempo". Deberían iniciarse desde los primeros meses actividades dirigidas a mejorar la empleabilidad, no tan sólo centrarlo en el momento en que hay que buscar trabajo.

* Se considera que sería positivo ofrecer formación a los usuarios durante el proceso terapéutico, a pesar de las dificultades que pudiera generar con la estructura de los programas. La formación, tanto en hombres como en mujeres, queda siempre en segundo plano, y nunca es prioritaria. Esta demanda se efectúa tanto por los usuarios como por los propios técnicos de los programas.

* La formación ocupacional durante el tratamiento es una demanda que se observa tanto en las entrevistas y cuestionarios de los usuarios, como en los grupos de discusión tanto de usuarios como de terapeutas. Aunque se apunta la dificultad que para el desarrollo actual de las actividades terapéuticas podría suponer la incorporación de este tipo de actividades (a nivel de organización interna de los programas, necesidad de obtener recursos económicos que la financien, y personal cualificado que la imparta, talleres donde desarrollar las prácticas, coordinación con recursos externos de formación, etc.), se ve claramente la necesidad de abordar esta cuestión de cara al futuro diseño y/o adaptación de los programas.

* Las actividades de inserción laboral en general deberían preservarse, ya que se reconoce su importancia; así, habría que tener esto en cuenta en momento de reorganización de los programas, de su diseño, o del personal dedicado a los mismos. Hasta el momento son de las actividades que más "sufren" con los cambios, llegando a suprimirse al priorizar las actividades propiamente "terapéuticas". Aunque no se llega a una conclusión clara, en muchos casos los técnicos valoran que la inserción laboral debería considerarse una parte más del proceso terapéutico; tanto por parte de las usuarias como por parte de algunos técnicos, la obtención de empleo se reconoce como un factor de protección frente a las recaídas en el consumo de drogas, lo que sitúa a esta cuestión como una actividad netamente terapéutica.

* Los propios técnicos reconocen que ellos mismos tienen sesgos machistas, que se reflejan en la intervención terapéutica. Este hecho se hace patente, por ejemplo, en la distribución de tareas por usuarios que se practica en las Comunidades Terapéuticas (sectores de trabajo como mantenimiento del edificio, invernaderos, etc. suelen atribuirse a los varones), encargando de responsabilidades "adecuadas" al sexo del usuario.

* Por otra parte, los esquemas se mantienen también en la importancia que los propios técnicos dan a que se formen hombres y mujeres. Se reconocen más exigentes con el trabajo de los hombres.

* Los Programas de Proyecto Hombre, tienen una imagen hacia el exterior de ser tratamientos muy duros, muy estrictos, muy rígidos, lo que podría retraer a las mujeres a venir. Ellas podrían buscar más centros de tipo ambulatorio, que les permitiesen mantener responsabilidades como el cuidado de sus hijos. Otra imagen negativa que podría existir en el

exterior es que es un tratamiento "para yonkies", una catalogación de la que las mujeres tratarían de huir por la connotación social negativa que conlleva (más grave para las mujeres). Este tipo de visiones de los Programas podrían mantener a muchas mujeres fuera del tratamiento, como es el caso de las consumidoras que se encuentran en el ámbito de la prostitución, que están fuera de los recursos asistenciales de drogodependencias, aunque puedan mantener mayor contacto con la red de salud de atención primaria y salud mental.

Hipótesis 6: Las usuarias obtienen -durante el tratamiento- peores porcentajes de empleo y empleos en peores condiciones (remuneración, horario, valoración social, etc.) que los hombres.

- La formación ocupacional desarrollada durante la realización del tratamiento muestra un bajo porcentaje (20%), sin diferencias entre sexos.
- Los hombres obtienen empleo durante la realización del tratamiento en mucha mayor proporción que las mujeres. Los trabajos obtenidos son sin embargo de baja cualificación para ambos sexos, siendo la categoría más común la de peón (en varones).
- Los empleos obtenidos siguen, igual que antes del tratamiento, los patrones estereotípicos de género. En muchos casos se corresponden con el empleo planificado por el propio usuario y su técnico de seguimiento, pero el análisis de estos empleos planificados muestra que también siguen los estereotipos de los roles de género.
- La impresión de las usuarias, además, es de que encontrar trabajo es para ellas muy difícil.
- Las mujeres obtienen trabajos temporales en el doble de los casos que los hombres, y su porcentaje de trabajos sin contrato es aún superior. En el caso de los hombres casi la mitad tienen contratos hasta fin de obra que, sin dejar de ser temporales, suelen ser de una duración mayor, al tratarse en la mayoría de los casos del sector de la construcción. Así, la duración de los contratos en las mujeres es menor que la de los hombres.
- Aunque la mayoría de los trabajos obtenidos por ambos sexos son de jornada completa, las mujeres trabajan sin contrato y en contratos temporales con mayor frecuencia que los hombres, lo que supone una mayor precariedad de su inserción laboral.
- Los varones se manifiestan más satisfechos que las mujeres con el empleo encontrado.
- Las formas más frecuentes de encontrar empleo son a través de familiares o amigos y preguntando directamente en las empresas (para ambos sexos).
- Los varones de la muestra se sienten mejor remunerados en función de sus necesidades. La mitad de las mujeres perciben que su sueldo cubre sólo un 25% de sus necesidades o menos. En el grupo de varones en casi un 60% su sueldo cubre todas sus necesidades económicas.

Esta hipótesis se ve confirmada en su totalidad. Las mujeres obtienen menos empleos, con características más precarias que los varones (mayor temporalidad, falta de contrato, peor remuneración), y que les proporcionan menor satisfacción. Además, no se logra romper el estereotipo de género en cuanto a los trabajos a los que acceden, manteniéndose las mujeres en empleos de menor valoración social, como la limpieza, la hostelería y el cuidado de ancianos y niños.

Con perfiles similares en cuanto a baja cualificación laboral, las mujeres tienen que enfrentarse normalmente a trabajos en sectores con menor remuneración que los varones (la construcción, por ejemplo, es un sector al que los hombres tienen fácil acceso sin especial cualificación, siendo la remuneración muy superior a la de trabajos de similar cualificación para mujeres en sectores como el cuidado de niños o ancianos).

Por otra parte, el rol de género no existe sólo por parte de la sociedad (y por tanto de los empleadores), sino de las propias mujeres, que asumen dichos roles y se comportan durante su búsqueda de empleo en base a ellos.

Esta situación queda patente, por ejemplo, en el cuidado de los hijos, del que las mujeres se suelen responsabilizar y priorizar frente a la consecución de un empleo, en tanto que para los varones la situación es a la inversa. Además, este esquema es el que potencia la sociedad en su conjunto, "penalizando" a quien se sale de él. En algunos casos, las mujeres llegan a ni siquiera plantearse trabajar, independientemente de su realidad económica, dependiendo por lo tanto de ayudas sociales, pensiones, o de su pareja.

Aquellas mujeres que priorizan la inserción laboral, se encuentran con problemas añadidos al responsabilizarse de los hijos, puesto que los sueldos bajos que perciben les dificultan acciones como contratar a alguien que cuide de los niños mientras ellas trabajan (llegando en ocasiones casi a equipararse lo que pagan por este cuidado con lo que perciben por su trabajo). En los casos de problemas con la custodia de los hijos, desde los Servicios Sociales no se tiene en cuenta esta situación, exigiendo a las usuarias que sean responsables con su papel de madres, y por tanto dediquen tiempo a sus hijos, y por otro lado que trabajen y sean económicamente autónomas para darles la custodia.

Además, el hecho de obtener un sueldo que no cubre todas sus necesidades les hace más difícil que a los hombres el independizarse.

DISCUSIÓN

Los resultados confirman en general la situación de desventaja de las mujeres, no sólo respecto al empleo, sino también respecto a algunas cuestiones relacionadas con su accesibilidad a los tratamientos.

El problema de base parece estar en los propios estereotipos sociales, y los roles que se atribuyen a cada género. La sociedad aplica esos estereotipos, y sus miembros siguen esa inercia con mayor o menor resistencia. Así, las mujeres tienen acceso al mundo laboral, lo mismo que tienen acceso al tratamiento de su problema de adicción, pero con ciertas restricciones asociadas a su rol de género. En apariencia, tanto las mujeres como los hombres tienen similares niveles de formación y experiencia laboral, y consiguen empleo en la fase de reinserción de los programas, pero cuando se mira con más detalle, esos empleos y esa formación son distintas para ambos sexos, y las mujeres salen perdiendo en cuanto a calidad y estabilidad de los trabajos, remuneración, y prestigio social derivado de su actividad.

El rol de género femenino marca también otros comportamientos y responsabilidades que limitan sus posibilidades de inserción, y en casos también su entrada a tratamiento, especialmente en lo que se refiere a su papel de madre. Su responsabilidad en este tema, asumida por las propias mujeres, por su familia, e incluso por los equipos de tratamiento, impiden en muchos casos la plena inserción laboral; el miedo a no poder cuidar de los hijos si son ingresadas en un tratamiento residencial, o a no poder mantenerlos al ser incompatible su rehabilitación con la actividad laboral, las puede frenar también para empezar un tratamiento.

Las propias mujeres tienen interiorizados estos roles profundamente; lo muestran en la elección de la formación que realizan, y de los trabajos que buscan o se plantean encontrar en el futuro, o en la actitud de algunas de ellas (sobre todo las mayores) que ni siquiera se plantean trabajar; lo verbalizan en la importancia que conceden, frente a sus compañeros varones, a los temas relacionados con la maternidad o la pareja, e incluso en las pautas o estilos de consumo de drogas (mayor ocultación y vergüenza, mayor culpabilización); también es visible en las situaciones que a menudo asumen como casi normales, como los frecuentes casos de malos tratos o explotación sexual (prostitución para el consumo propio y de su pareja).

Como ya se expuso previamente, el porcentaje de mujeres que acuden a tratamiento es, en general, muy inferior al de varones; aunque las prevalencias de consumo son también, para la

mayoría de las sustancias, menores en las mujeres, los roles sociales pueden también estar influyendo en la menor entrada de éstas en los tratamientos de adicciones.

La asunción de estos patrones actitudinales y comportamentales, junto con su historial de consumo de drogas, se asocia en muchos estudios con un bajo nivel de autoestima, que no se ha confirmado en nuestra investigación. Los motivos pueden ser variados, incluyendo el instrumento utilizado, que las personas de la muestra efectivamente no tuviesen diferencias en su autoestima con sus compañeros varones, o los propios efectos del tratamiento sobre la autoestima, ya que la media de tiempo de tratamiento era bastante elevada (la media para las mujeres estaba en torno a los 300 días, aunque casi la mitad se agrupaba en menos de 250).

La adaptación del tratamiento a las necesidades de las mujeres parece buena, a juzgar por la valoración que ellas realizan, aunque obviamente sólo estamos contemplando la opinión de aquellas mujeres que han accedido a él. Se proponen, no obstante, adaptaciones en los programas tanto por parte de las usuarias como de los terapeutas, y otras pistas se desprenden de las propias conclusiones de la investigación, siendo expuestas en el apartado siguiente de recomendaciones.

Por último, algunos estudios plantean menores índices de éxito terapéutico en las mujeres que en los hombres; en nuestros programas, pese a las dificultades que ostentan las usuarias que acceden a ellos en comparación con los varones, obtenemos sin embargo el resultado contrario: las mujeres atendidas finalizan los tratamientos en un porcentaje significativamente mayor que sus compañeros varones (considerando el global de los atendidos hasta 2003 inclusive, en la totalidad de los programas de Proyecto Hombre de Asturias, se obtiene una $\chi^2=2,53$; significación [2 colas]= 0,011).

8. RECOMENDACIONES:

- El nivel de formación reglada observado en ambos sexos es bajo en general (la mayoría tienen un máximo de EGB). Si bien esta cuestión afecta a ambos sexos, se ve la conveniencia de potenciar los estudios de formación reglada, en la línea que ya se viene haciendo en la actualidad, procurando impulsar aquellos casos que tengan mayores posibilidades (por ejemplo, estudios medios o superiores ya comenzados), desde los primeros momentos del tratamiento.
- Los estereotipos sobre los roles de género están presentes tanto en el historial pasado formativo y ocupacional de las personas que participaron en el estudio, como en la inserción laboral que obtienen dichas personas durante el tratamiento. En ocasiones, estos estereotipos se plantean incluso desde los propios equipos de tratamiento en la orientación laboral que realizan.
 - En este sentido se plantea la necesidad de romper esta tendencia ya desde los comienzos del planteamiento de inserción individualizado de cada usuario, profundizando en sus motivaciones y expectativas, trabajando sobre los prejuicios e ideas erróneas, a fin de establecer un plan de inserción lo más ajustado a la persona, sin basarse únicamente en los estereotipos (aunque estos tengan que tomarse en consideración como parte del análisis, ya que son parte de la realidad del mercado laboral).
- Los trabajos asociados a estos estereotipos conducen, además, a las mujeres a trabajos peor remunerados y en peores condiciones (por ejemplo, cuidado de niños en casas sin contrato). La meta para las mujeres debería incluir, igual que en el caso de los varones, satisfacer las necesidades económicas y posibilitar la independencia de la persona, aún más cuando en muchos casos las mujeres tienen hijos a su cargo de los que se tienen que responsabilizar tanto en cuanto a sus cuidados como económicamente.
- El rol de género se manifiesta asimismo en los empleadores, quienes tienden a contratar a varones o mujeres en función de los trabajos. Habría que valorar la conveniencia de efectuar algún tipo de acción sensibilizadora sobre estos agentes con el fin de superar la existencia de estos prejuicios.
- La realidad de las mujeres respecto a sus hijos (mayor contacto con éstos que los varones, asunción de mayor responsabilidad, etc.), no puede obviarse ni servir para justificar una inserción laboral más limitada. Aquí cobra importancia el iniciar este trabajo desde lo antes posible en el tratamiento, así como considerar la búsqueda de recursos alternativos de apoyo para las madres con hijos, iniciar colaboración con recursos existentes, o incluso contemplar la creación de algún recurso de apoyo propio dentro de la estructura de la organización. Todo ello para soslayar las barreras a la accesibilidad al tratamiento que pueden suponer para las mujeres la maternidad y el cuidado de sus hijos.
 - Por otra parte, la mayor trascendencia vital que tiene para las mujeres el embarazo y la maternidad, podrían utilizarse como un elemento motivador para o dentro del tratamiento.
- Las mujeres acuden al tratamiento en mayor proporción derivadas de profesionales que los varones. Esta situación puede servirnos como pista para valorar la necesidad de potenciar la comunicación con los mismos, agilizando o incrementando las derivaciones y, en los casos en los que sea factible, utilizando las redes de estos profesionales en el momento de la inserción laboral para implicarles en la misma.
- Las mujeres muestran un acompañamiento familiar más débil que los hombres; este dato indicaría la necesidad de incrementar el trabajo en los momentos iniciales del tratamiento para retomar y profundizar la relación familiar, que podría estar más deteriorada, planteando incluso posibilidades mayores que para los varones (mayores contactos con la familia, visitas más frecuentes, salidas al hogar familiar más continuas o durante más tiempo, etc.).

- La dependencia de la pareja se hace patente en numerosas variables de la investigación en el grupo de mujeres; en ocasiones se sigue manteniendo en las últimas fases del proceso. Aunque este tema se trata habitualmente en los Programas, a través de la individualización del tratamiento, podría existir la necesidad de realizar un trabajo terapéutico más intenso con las mujeres que atendemos sobre esta cuestión, con instrumentos creados específicamente para ese fin, más allá de la metodología terapéutica general con la que se abordan todos los casos.
- Aunque no se observan diferencias en la autoestima entre los sexos, los motivos por los que uno y otro sexo se devalúan personalmente son diferentes; habría que incidir en el tratamiento en esos problemas específicos, y especialmente en lo referente a la inserción laboral, para lograr que las mujeres cobren confianza en encontrar empleo, y en no limitarse a los empleos de baja cualificación en los que trabajaron en el pasado. En este sentido es fundamental potenciar su autoestima, pero también ofrecer alternativas válidas desde el asesoramiento e ir brindando apoyo escalonadamente, con refuerzo de los éxitos pequeños. El trabajo en este sentido, especialmente a nivel cognitivo, tendría que comenzarse lo antes posible sin esperar al momento de la búsqueda de empleo.
- La patología dual afecta a una tercera parte de la muestra estudiada (sin diferencias por sexos). En los casos más severos, su influencia en la inserción laboral es clara, por lo que se hace necesario potenciar el contacto con los profesionales de la red de salud mental, buscando el modo de implicar a los terapeutas de seguimiento de los recursos externos en la reinserción de las personas con estas patologías.
- La tercera parte de la muestra (y especialmente de las mujeres) manifestaba que le influía el sexo del terapeuta, prefiriendo por lo general (aunque no siempre) un terapeuta de su mismo sexo, especialmente para ciertos temas. Esta circunstancia debería tenerse en cuenta, valorándola en los equipos de tratamiento, a la hora de asignar los casos o la persona responsable de dirigir algunos grupos o de realizar algunas intervenciones.
- Los cursos de formación ocupacional contemporáneos a la realización del tratamiento son una demanda tanto de los usuarios de ambos sexos como de los propios técnicos de los programas. Se propone valorar su implementación dentro de la estructura de los programas como forma óptima de garantizar la correcta organización de las actividades terapéuticas, realizar el seguimiento directo de los participantes, y aislar variables indeseables (como el contacto con consumidores en activo que se da con asiduidad en los recursos formativos externos). Sin embargo, como alternativa se plantea la colaboración con entidades dedicadas a la formación ocupacional (entidades públicas, sindicatos, asociaciones, etc.), estableciendo protocolos de actuación para los casos que se puedan derivar, solicitando reserva de plazas, etc. Asimismo sería preciso buscar formas de financiación de estos procesos formativos en el caso de que la organización decidiese asumir la organización y desarrollo de los mismos.
 - Dentro de la formación ocupacional, la más demandada por los usuarios es la informática.
- El tiempo dedicado a la búsqueda de empleo en los diferentes programas parece demasiado escaso, lo que lleva a precipitarse en las actividades de búsqueda y a conformarse en casos con el primer trabajo que se encuentra, a veces contradiciendo el propio plan de inserción individualizado que se tenía elaborado. Los propios técnicos plantean la necesidad de comenzar este trabajo desde los primeros momentos del tratamiento (en la medida adecuada a cada momento del proceso terapéutico), pero sin perder de vista que para conseguir empleo no basta con esforzarse durante la búsqueda; antes hay que poner las bases para que esa búsqueda se oriente adecuadamente.
- Desde el cambio de mentalidad propuesto para favorecer la formación ocupacional de los usuarios y las usuarias, habría que replantearse la obligatoriedad de que todos busquen trabajo en la fase de reinserción, planteando itinerarios alternativos para la formación, personalizando la duración y los momentos de verificación del tratamiento.
- Los programas de Proyecto Hombre tienen una imagen adecuada de eficacia hacia el exterior, tanto para los profesionales que realizan derivaciones, como para los propios

usuarios (al menos los que llegan a iniciar el tratamiento). No obstante, persiste una imagen de especial "dureza" o "rigidez" que podría estar reprimiendo a algunas personas de utilizar el recurso. Esta es una cuestión difícil de abordar a corto plazo, y que quizá requeriría un estudio más a fondo que estableciese la imagen real del tratamiento dentro de los usuarios potenciales del mismo.

- El escaso número de mujeres en los tratamientos es en sí mismo una variable que debe ser tenida en cuenta, sobre todo en la adaptación a las condiciones del mismo en los momentos iniciales, y especialmente en aquellos programas con régimen residencial. La convivencia con una gran mayoría de varones puede ser en sí misma una dificultad, especialmente para aquellas mujeres con un historial de relaciones conflictivas con los hombres. Habría que valorar en qué medida sería favorecedor organizar actividades específicas para mujeres en los momentos iniciales o de mayor crisis, en vez de actividades conjuntas para ambos sexos.
- Dado que queda suficientemente demostrado que la situación de la incorporación laboral de las mujeres está en desventaja frente a la de los hombres, se plantea la posibilidad de trabajar en conjunto con organizaciones que trabajen en el apoyo a estos colectivos, tales como las asociaciones de mujeres de nuestro entorno, e incluso potenciar, a través de la participación en los foros a los que tiene acceso la organización, la creación de recursos públicos que palien las dificultades de las mujeres en cuanto a la incorporación laboral, facilitándoles apoyo en los puntos que más dificultan su inserción, tales como la formación ocupacional, el cuidado de los hijos, etc.
- Por último, habría que atender (o al menos revisar este aspecto) la demanda expresa que hacen las usuarias en los grupos de discusión, donde catalogan la intervención sobre el deseo de consumo como excesivamente teórica, y reclaman instrumentos para afrontarlo de forma efectiva. Asimismo, las mujeres demandan la existencia de escuelas de padres en los tratamientos, que deberían orientarse hacia ambos sexos.