



# FIADYS

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN APLICADA  
EN DELINCUENCIA Y SEGURIDAD

# LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CENTROS MIXTOS. Análisis de las barreras de acceso al tratamiento

Carla Martínez Ventura, Meritxell Pérez Ramírez y Andrea Giménez-Salinas Framis

Financiado por:



En colaboración con:



2025

Editado por Fiadys en Madrid.

Serie: Informes Fiadys.

#14

ISSN: 3020-2639.

ISBN: 978-84-09-67046-8

**FIADYS**

## EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

- Carla Martínez Ventura
- Meritxell Pérez Ramírez
- Andrea Giménez-Salinas Framis
- Gadea Velasco Fernández

## EQUIPO DE LA SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

- Sandra Chiclana de la Fuente
- Florencia Pozuelo Rubio
- Elena García-Bravo Coronado

## EQUIPO DE TRABAJO

- Equipo técnico del Centro Penitenciario Tenerife II.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Mallorca.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Madrid VII.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Albacete.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Madrid VI.
- Equipo técnico del Centro Penitenciario de Asturias.

## AGRADECIMIENTOS

Las responsables de este estudio quieren agradecer a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, del Ministerio del Interior, y a sus profesionales, por su imprescindible ayuda a la hora de poder plantear este estudio, diseñar la investigación y acceder a los centros penitenciarios para recoger los datos de las muestras. Sin su colaboración, este estudio no se hubiese podido realizar.

RESUMEN EJECUTIVO	5
1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS	9
3. METODOLOGÍA	10
3.1. Muestra	10
3.2. Fuentes de información	12
3.2.1. Escalas y cuestionarios psicológicos	12
3.2.2. Entrevistas	15
3.3. Procedimiento	16
3.4. Análisis de los datos	17
4. RESULTADOS	18
4.1. Diferencias entre las mujeres consumidoras en prisión en función del tratamiento	18
4.1.1. Variables sociodemográficas	19
4.1.2. Características psicológicas	20
4.1.3. Valoración del consumo	22
4.2. Diferencias entre las mujeres y los hombres consumidores en prisión	25
4.2.1. Diferencias entre las mujeres y los hombres que reciben tratamiento en prisión	29
4.3. Factores que influyen en el tratamiento para la deshabitación de consumo en las mujeres consumidoras en prisión.	30
4.3.1. Barreras de acceso al tratamiento	31
4.3.2. Dificultades de adherencia al tratamiento	33
5. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES	36
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
7. ANEXOS	43
Anexo I. Cuestionario sociodemográfico	43
Anexo II. Tabla sobre los análisis en las diferencias entre mujeres y hombres que reciben tratamiento en prisión	45

# RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo principal de esta investigación es conocer las dificultades de acceso al tratamiento de las mujeres que cumplen una condena privativa de libertad en centros mixtos con el fin de mejorar la atención de las mujeres consumidoras en prisión.

Los resultados de esta investigación apuntan a que las mujeres consumidoras en prisión suelen ser mayoritariamente españolas, con una media de edad de 40 años, solteras, con los estudios básicos finalizados y con hijos/as a su cargo. Muchas de ellas afirman tener problemas de salud mental y, en consecuencia, tomar medicación psiquiátrica. Con respecto a las características psicológicas, las mujeres consumidoras manifiestan sentir bajo bienestar emocional y físico y baja autoestima. Aun así, se perciben capaces de gestionar y resolver sus problemas. Por último, en relación con las características del consumo, este suele iniciarse alrededor de los 18 años, siendo el cannabis la sustancia más consumida, aunque el 71,4% de las mujeres ha estado en situaciones de policonsumo. Las situaciones que propiciaron el consumo fueron los contextos de ocio o la relación de pareja con hombres consumidores, en ocasiones, en el marco de la de violencia de género.

A diferencia de los hombres, las mujeres consumidoras en prisión tienen más responsabilidades y cargas familiares, acumulan más sanciones y participan en menos actividades en prisión. También perciben peor bienestar físico y emocional, tienen círculos de apoyo más reducidos, muchas veces solo circunscrito a ciertos miembros de la familia y, según ellas mismas, gestionan peor los problemas. En relación con las características del consumo, los hombres muestran un consumo más severo aunque también tienen más recursos para su deshabituación. En cambio, las mujeres han consumido más en el último mes y presentan menor predisposición a cambiar sus hábitos de consumo.

Por último, se han identificado tres factores que dificultan el acceso al tratamiento:

- Falta de recursos y de información acerca de los programas que ofrece del centro.
- Carencia de programas específicos para mujeres.
- Baja predisposición al cambio.

Finalmente, se exponen otros tres factores que estarían relacionados con una mejor adherencia al tratamiento en el caso de las mujeres que consumen:

- Contar con un círculo de apoyo externo.
- Establecer objetivos y motivaciones realistas al terminar de cumplir la condena.
- Tener experiencias positivas con tratamientos anteriores.

Entre estos aspectos, destaca que las mujeres que residen en módulos únicamente para mujeres se sienten menos satisfechas con el tratamiento o ayuda recibidos, valoran peor el módulo en el que residen y se sienten más solas que las mujeres que residen en módulos mixtos.

# 1. INTRODUCCIÓN

El consumo abusivo de sustancias empeora la salud de la persona que lo padece, altera su comportamiento, estilo de vida y, en algunas ocasiones, puede derivar en comportamientos delictivos (Galán et al., 2012). Aunque la conducta delictiva es consecuencia de múltiples factores de riesgo, el consumo de sustancias psicoactivas es uno de los factores más influyentes (Håkansson y Jesionowska, 2018). Esta conducta adictiva en la población reclusa supone un grave problema para la Administración Penitenciaria. Según datos del Plan Nacional de Drogas a partir de la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Población Interna en Instituciones Penitenciarias (ESDIP), más del 75,1% de la población penitenciaria privada de libertad tiene o ha tenido problemas de consumo de sustancias (Ministerio de Sanidad, 2022) y, según estudios internacionales, el consumo en la población reclusa es más prevalente en las mujeres que en los hombres (Fazel et al., 2006). Pese a la elevada frecuencia del consumo de sustancias, solo el 24,1% de las personas privadas de libertad reciben tratamiento para dejar el consumo en prisión y son los hombres los que mayormente reciben esta ayuda (Ministerio de Sanidad, 2022).

En prisión, las mujeres representan un porcentaje bajo, pues la población reclusa está representada casi en su totalidad por hombres (92,9% versus 7,1%) (Ministerio del Interior, 2022). Actualmente en España hay 91 centros penitenciarios y solo tres centros acogen exclusivamente a mujeres: Centro Penitenciario Brieva, en Ávila; Centro Penitenciario Wad-Ras, en Barcelona; y el Centro Penitenciario Madrid-I. Debido al reducido número de centros penitenciarios exclusivos para mujeres, existen alrededor de 75 módulos femeninos distribuidos en diferentes centros del territorio, integrados dentro de los centros para hombres (Almeda, 2005). Estos módulos albergan la mayor parte de la población reclusa femenina y se denominan centros mixtos. En ellos, es posible encontrar a mujeres conviviendo con hombres en departamentos o módulos mixtos, cuyo objetivo es adaptar el tratamiento a las necesidades de colectivos específicos, como personas en proceso de deshabitación y madres con hijos. Como consecuencia, el tratamiento penitenciario ofertado en la mayoría de los centros sigue un enfoque genérico y no suele contemplar las necesidades específicas de las mujeres. La

necesidad de conocer los factores de riesgo que influyen en el consumo de las mujeres es fundamental para realizar intervenciones más específicas y, de esta forma, mejorar sus posibilidades de reinserción. Los estudios internacionales ha identificado algunos de estos factores entre los que destaca el altísimo porcentaje de internas que han sido víctimas de violencia (física, psicológica o sexual) en la infancia y la adolescencia, así como víctimas de violencia de género durante la juventud y edad adulta (Schonbrun et al., 2017; Edwards et al., 2022). En España, otros estudios han llegado a conclusiones parecidas (Fontanil et al., 2013; Loinaz y Andrés-Pueyo, 2017; Yurrebaso, et al., 2022). Otros factores de riesgo que afectan específicamente a las mujeres son el estigma y las cargas familiares (Plan Nacional de Drogas, 2021). En el año 2023, la Fundación FIADYS, en colaboración con Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, llevó a cabo un estudio en el que se identificaron posibles factores de riesgo para el consumo de las mujeres en prisión (Ministerio del Interior, 2023). Los resultados de dicha investigación concluyen que las mujeres consumidoras, a diferencia de los hombres consumidores, asumen más cargas familiares, presentan más antecedentes de consumo en la familia, consumen menos, pero las problemáticas asociadas al consumo son mucho mayores y acceden menos a los programas de tratamiento.

La prevalencia de mujeres consumidoras que reciben tratamiento, tanto en la comunidad como en prisión, es más baja en comparación con los hombres (Plan Nacional de Drogas, 2021). Estudios nacionales e internacionales identifican el estigma, el rol de cuidadora principal del núcleo familiar y las victimizaciones en la infancia y adolescencia como factores explicativos a esas dificultades de acceso y adherencia al tratamiento (Del Pozo Serrano, 2015; Moller, 2009). En una investigación de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2023), el motivo principal por el que las mujeres que no reciben tratamiento es la falta de conciencia de la problemática que sufren.

El estudio que se presenta a continuación tiene como objetivo ampliar el conocimiento de las barreras de acceso al tratamiento y las dificultades de adherencia al tratamiento de las mujeres consumidoras en prisión. Para ello, se plantea identificar las diferencias de acceso al tratamiento entre las mujeres consumidoras que viven en módulos solo de mujeres y aquellas que residen en módulos mixtos. Con ello, se pretende poder prevenir la recaída en el consumo de las mujeres, atendiendo a las necesidades específicas que estas manifiestan.



# 2. OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es conocer las dificultades de acceso al tratamiento de las mujeres con problemas de consumo en centros mixtos. Para ello se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las características, factores de riesgo y vulnerabilidad, motivación para el consumo, así como las diferencias de género, de las mujeres consumidoras en prisión.
2. Explorar las diferencias en los factores de riesgo y vulnerabilidad entre mujeres y hombres consumidores que reciben tratamiento en prisión.
3. Describir las barreras de acceso al tratamiento de las mujeres en prisión, comparando módulos mixtos y módulos exclusivos de mujeres.
4. Conocer las dificultades para la adherencia al tratamiento de las mujeres en prisión, comparando ambos tipos de módulo.
5. Proponer recomendaciones y propuestas de mejora con perspectiva de género de la atención de las mujeres con problemática de consumo de drogas en prisión.

# 3. METODOLOGÍA

Con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación, se ha llevado a cabo una metodología mixta (cuantitativa y cualitativa) utilizando datos de diferentes fuentes según el tipo de metodología empleada. Para la parte cuantitativa, se ha utilizado un protocolo de evaluación con una parte de variables sociodemográficas y otra parte de variables psicológicas medidas con diferentes instrumentos. El estudio cualitativo se llevó a cabo mediante la realización de entrevistas semiestructuradas con las internas con problemas de consumo.

## 3.1. Muestra

La muestra de este estudio está compuesta por mujeres y hombres que cumplen una condena privativa de libertad y tienen problemas de consumo de sustancias. Por un lado, para poder conocer las características y dificultades de acceso a tratamiento de las mujeres y con la ayuda del personal técnico de los centros penitenciarios, se contactó con un total de 139 mujeres con problemas de consumo de sustancias entre todos los centros penitenciarios, de las cuales 61 rechazaron participar en el estudio (43,6%). Entre los principales motivos de rechazo se encuentran, en primer lugar, el rechazar la cumplimentación del cuestionario y, en segundo lugar, no reconocer los problemas con el consumo. En la Tabla 1 se expone de forma más detallada los motivos de rechazo.

Tabla 1. Motivos para rechazar la participación en el estudio

Motivo de rechazo	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
No quiere participar	17	27,9
No tiene problemas de consumo	16	26,2
Dificultades con el idioma	4	6,6
No se encuentra en el módulo	5	8,2
Curso/Trabajo/Taller/Escuela	2	3,3
Está de permiso	1	1,6
Juicio u otras citas	2	3,3
Aislamiento	2	3,3
Miedo a las represalias	2	3,3
No se ha presentado	7	11,5
Sanación	3	4,9
Tercer grado	1	1,6
Discapacidad intelectual	1	1,6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Por lo tanto, se ha podido contar con la participación de 78 mujeres de edades comprendidas entre los 19 y los 63 años ( $M=39,9$ ;  $DT=8,3$ ). El 71,4% de las mujeres que componen la muestra residen en un módulo solo de mujeres mientras que un porcentaje más bajo (28,6%) reside en un módulo mixto tales como la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) o módulos familiares.

Para conocer las barreras de acceso a tratamiento y poder profundizar en las historias de consumo, se han realizado entrevistas a aquellas mujeres que en el momento de la investigación no recibían tratamiento para la deshabituación del consumo. De las 78 mujeres de la muestra total, 33 de ellas accedieron a hacer la entrevista (42,3% de la muestra). La Tabla 2 muestra la proporción de entrevistas realizadas en cada centro penitenciario.

Tabla 2. Número de entrevistas realizadas en función del centro penitenciario

Centro penitenciario	Frecuencia (n)	Porcentaje válido (%)
Tenerife II	14	42,4
Mallorca	9	27,3
Madrid VII	5	15,2
Albacete	1	3,0
Madrid VI	3	9,1
Asturias	1	3,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Por otro lado, para poder conocer las diferencias entre las mujeres y los hombres con problemas de consumo en prisión, se ha contado con la participación de un número similar de hombres de los mismos centros penitenciarios con edades comprendidas entre los 24 y los 54 ( $M=38,7$ ;  $DT=8,2$ ). De esta forma, la muestra total se compone de 153 personas, 78 mujeres y 75 hombres que presentan problemas de consumo de sustancias psicoactivas. En la Tabla 3 se muestra el número de cuestionarios recogidos entre todos los centros penitenciarios visitados.

Tabla 3. Distribución de la muestra total del estudio

Centro penitenciario	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	Muestra total N (%)
Tenerife II	18 (23,1)	22 (29,3)	40 (26,1)
Mallorca	17 (21,8)	10 (13,3)	27 (17,6)
Madrid VII	14 (17,9)	19 (25,7)	34 (22,2)
Albacete	7 (9,0)	5 (6,7)	12 (7,8)
Madrid VI	12 (15,4)	8 (10,7)	20 (13,1)
Asturias	10 (12,8)	10 (13,3)	20 (13,1)
<b>Total</b>	<b>70 (100,0)</b>	<b>75 (100,0)</b>	<b>153 (100,0)</b>

## 3.2. Fuentes de información

La información de este estudio se ha recogido mediante la administración de cuestionarios psicológicos y la realización de entrevistas estructuradas. En este apartado, se describen los distintos cuestionarios y escalas administrados, así como el guion de entrevista.

### 3.2.1. Escalas y cuestionarios psicológicos

- Cuestionario sociodemográfico (ver Anexo I): edad, nacionalidad (española/extranjera), número de años residiendo en España, nivel de estudios (estudios básicos sin finalizar, estudios básicos, secundaria, universidad), estado civil (soltero/a, casado/a o pareja de hecho, separado/a o divorciado/a, viudo/a), número de hijos/as, relación con los hijos/as, progenitores y hermanos/as (sí/no), número de hermanos/as, diagnóstico de salud mental (sí/no), toma medicación psiquiátrica (sí/no). Se pregunta por la participación en el Programa de Prevención de suicidios (PPS) y Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM), el número de sanciones y permisos y las actividades realizadas en prisión (escuela/destino/curso formativo/taller ocupacional/ trabajo remunerado/deporte o gimnasio/lectura/otros). Por último, se pregunta por el consumo de algunas sustancias (alcohol/ porros/ cocaína/ heroína/ tranquilizantes/ anfetaminas/drogas de diseño/otros), estancia en prisión (módulo mixto residencial/módulo solo mujeres con tratamiento en módulo mixto/ módulo solo mujeres/módulo solo hombres con tratamiento en módulo mixto/módulo solo hombres), satisfacción con el módulo (muy satisfecho/a, satisfecho/a, suficiente, insatisfecho/a, muy insatisfecho/a) y aspectos positivos y negativos del módulo (respuesta libre).
- Escala de autoeficacia general (Baessler y Schwarzer, 1996; Adaptación española de Sanjuán Suárez et al., 2000). La autoeficacia se define como la capacidad de control frente a la acción personal. La escala de autoeficacia está diseñada para evaluar la percepción de dicha capacidad. Se compone de 9 ítems puntuados mediante escala Likert del 0 (Totalmente en desacuerdo) al 6 (Totalmente de acuerdo). A mayores puntuaciones, mayor nivel de autoeficacia percibida. La adaptación española obtuvo puntuaciones de consistencia interna buenas, con valores Alpha entre 0,75 y 0,90.

- Test screening sobre el abuso de drogas [Drug Abuse Screening Test, DAST-10] (Bohn et al., 1991; Adaptación Española de Pérez Gálvez et al., 2010). Se trata de un cuestionario formado 10 ítems, donde a través de sus respuestas sí/no, se procura establecer la gravedad de la adicción del sujeto. Cada "No" se puntúa con 0 puntos y cada "Sí" con 1 punto (con excepción del tercer ítem, donde un "no" será puntuado con 1 punto). Teniendo en cuenta esto, será interpretado como nivel moderado de adicción a partir de la suma de 3 puntos. La consistencia interna de la versión española ha registrado valores Alpha de Cronbach de 0,89.
- Encuesta de salud [12-Item Short Form Survey, SF12] (Jekinson y Layte, 1997; Versión española de Vera-Villaroel et al., 2014). Este cuestionario evalúa el grado de bien estar mediante diferentes dimensiones relacionadas con la salud, tanto física como emocional. Se compone de 12 ítems agrupados en dos grandes dimensiones: dimensión física y dimensión emocional. Mediante una escala tipo Likert, cuyas opciones de respuesta varían dependiendo del ítem, se mide frecuencia o intensidad con la que experimentan ciertas situaciones divididas en: percepción general de salud física y mental, limitaciones a causa de problemas de salud física y emocional, dolor corporal y vitalidad. A mayores puntuaciones, mayor es el nivel de bienestar percibido. Los resultados de consistencia interna para la adaptación española son buenos, obteniendo valores Alpha que oscilan entre 0,63 y 0,72 dependiendo de las dimensiones.
- Cuestionario de satisfacción con el tratamiento [Treatment Perceptions Questionnaire, TPQ] (Marsden et al., 1998; Versión española de Rodríguez et al., 2002). Se mide el nivel de satisfacción del usuario por el tratamiento recibido debido al consumo. Este cuestionario está compuesto por 10 ítems con respuesta de "Sí" o "No". Cada respuesta marcada como "Sí" suma un punto y, por el contrario, las respuestas marcadas como "No" no suman ningún punto. Las puntuaciones oscilan entre el 0 y el 10 y, cuanto más altas son las puntuaciones, mayor es el nivel de satisfacción con el tratamiento. Los índices de consistencia interna en la versión española son adecuados mostrando un valor Alpha de 0,77 (Iraurgi et al., 2004).

- Escala de apoyo social percibido [Support Social Scale, SSS] (Funch et al., 1986). Esta escala evalúa de forma cuantitativa el número de personas que apoyan al usuario/a y el grado de satisfacción con el apoyo recibido en diferentes situaciones. Además, también se contempla las fuentes de apoyo (familia, amigos, pareja, etc...). Los resultados se obtienen en tres fases. Por un lado, se obtiene la media de personas con las que el/la usuario/a puede contar. Por otro lado, se determinan las fuentes principales de apoyo y, finalmente, mediante una escala Likert con puntuaciones que oscilan entre el 0 (Nada satisfecho/a) y 3 (Muy satisfecho/a) se determina el grado de satisfacción con el apoyo recibido. A puntuaciones más altas, mayor satisfacción. Los valores Alpha para esta escala son adecuados y muestran valores de consistencia interna entre 0,61 y 0,84.
- Escala de evaluación del cambio [University of Rhode Island Change Assessment Scale, URICA] (Prochaska y DiClemente, 1984; Adaptación española de Gómez Peña et al., 2011). Evalúa la percepción con respecto a pedir ayuda con respecto al consumo. El cuestionario original se compone de 32 ítems divididos en cuatro subescalas: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Esta escala se evalúa mediante una escala tipo Likert puntuada del 1 (Totalmente en desacuerdo) y 5 (Totalmente de acuerdo). Para este estudio, se han seleccionado 16 ítems, reduciendo el cuestionario a la mitad. Las puntuaciones en la versión de este estudio oscilan entre 16 y 80. A mayores puntuaciones, mayor predisposición al cambio y a pedir ayuda. Los valores de consistencia interna son muy buenos para la escala completa, con valores Alpha de 0,81.
- Cuestionario de variables de interacción psicosocial (VIP) (Pedrero Pérez et al., 2005). Este cuestionario evalúa las habilidades de afrontamiento en tres dimensiones de la vida diaria: afrontamiento hacia la tarea, afrontamiento hacia una emoción y búsqueda de apoyo social. El cuestionario original se compone de 84 ítems. Sin embargo, para este estudio, se han seleccionado cuatro ítems de cada dimensión reduciendo el cuestionario a 13 afirmaciones. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert puntuadas del 1 (Muy en desacuerdo) y 5 (Muy de acuerdo), obteniendo puntuaciones que oscilan entre 13 y 65. A mayores puntuaciones, mayor interacción prosocial. Los valores de consistencia interna son muy buenos para el cuestionario completo, con valores Alpha de 0,93.

- Inventario de situaciones precipitantes de recaída [Incident Severity Rating, ISR] (Litman et al., 1983; Versión española de Alonso y García, 2002). Evalúa aquellas situaciones de riesgo de consumo para los usuarios mediante cuatro factores: estados afectivos negativos, vigilancia cognitiva, momentos de ocio y acontecimientos previamente relacionados con el consumo. El primer factor considera situaciones en las que estados de ánimo como la tristeza, la ira o situaciones de injusticia e impotencia pueden precipitar el consumo; el segundo factor, atiende a situaciones en las que se debe estar alerta y preparado para actuar ante cualquier señal; el tercer factor describe situaciones recreativas y de ocio que implican emociones positivas; el cuarto y último factor recoge situaciones que se han relacionado con el consumo previo, como lugares en los que se ha consumido o personas con las que se ha compartido el consumo. Este instrumento se compone de 25 ítems que se puntúan mediante una escala tipo Likert con puntuaciones del 1 al 5. El 1 refleja que la situación es muy percibida como muy peligrosa para consumir y el 5 supone que esa situación no es percibida como peligrosa. A mayor puntuación obtenida, menos situaciones de riesgo se han identificado. Los resultados de consistencia interna para la adaptación española son buenos habiendo obtenido un coeficiente Alfa de 0,91.
- Autoestima. Este aspecto se evalúa a partir de un solo ítem mediante una escala tipo Likert puntuado del 1 ((Muy en desacuerdo) al 5 (Muy de acuerdo).
- Sinceridad. Evaluada mediante un ítem con una escala tipo Likert puntuado del 1 ((Muy en desacuerdo) al 5 (Muy de acuerdo).

### 3.2.2. Entrevista

Las entrevistas realizadas se han llevado a cabo siguiendo un guion dividido en 7 grandes bloques:

1. Historia de la adicción. El primer bloque recoge información acerca del inicio del consumo, la experiencia sobre los tratamientos recibidos antes de ingresar en prisión, así como recaídas e intentos de dejar el consumo.
2. Percepción sobre la necesidad de tratamiento. Este bloque aborda cuestiones sobre la autopercepción de bienestar de las mujeres, su consumo actual y sus necesidades de apoyo o recursos para abandonar el consumo de sustancias psicoactivas.
3. Barreras para acceder al tratamiento. El tercer bloque reúne información sobre los obstáculos que impiden a las mujeres recibir tratamiento como malas experiencias previas con el tratamiento o profesionales de la salud, el cuidado de personas dependientes o el estigma percibido.

4. Preocupaciones, miedos y motivaciones al cambio. El cuarto bloque describe aquellas cuestiones que preocupan, asustan, a la hora de variar su situación de consumo abusivo de sustancias.
5. Apoyo social y familiar. El quinto bloque busca conocer el entorno y el contexto de apoyo que tienen las mujeres con la familia, amigos y otras personas de confianza.
6. Objetivos personales. El sexto bloque identifica las metas que se plantean las mujeres al salir de prisión y qué situación les gustaría conseguir tras dejar de consumir.
7. Aspectos prácticos y logísticos. Este último bloque recoge información sobre el conocimiento previo de las mujeres acerca de los recursos tratamientos y la información proporcionada por el equipo técnico sobre los recursos que ofrece el centro penitenciario.

### 3.3. Procedimiento

La búsqueda de las personas que conforman la muestra del presente estudio ha sido facilitada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, a través de los miembros de sus Equipos técnicos. Se han recogido casos en los siguientes centros penitenciarios seleccionados por conveniencia y facilidad de acceso a la muestra: Centro Penitenciario de Tenerife II, Centro Penitenciario de Mallorca, Centro Penitenciario Madrid VII, Centro Penitenciario de Albacete, Centro Penitenciario Madrid VI y Centro Penitenciario de Asturias.

En cada uno de los centros los miembros del equipo de investigación, con la ayuda del personal técnico del propio centro penitenciario, contactó con todas las mujeres con problemáticas de consumo para plantearles la posibilidad de participar en el estudio. Se contactó de la misma forma con los hombres que componen la muestra de este estudio, aunque se intentó que participaran el mismo número de hombres que de mujeres. La participación en el estudio ha sido voluntaria, sin contraprestación de ningún tipo y totalmente anónima, aplicando los derechos de protección de datos y confidencialidad de la información obtenida, según lo establecido en la legislación vigente. Antes de cumplimentar los instrumentos de evaluación, los hombres y mujeres que accedían a participar debían firmar un consentimiento informado, dando acceso al uso de la información que dieran en los diferentes cuestionarios. Una vez recogido el consentimiento informado se les administró el protocolo de evaluación ad-hoc y los instrumentos psicológicos comentados anteriormente. El equipo de trabajo de FIADYS ofreció apoyo a aquellas personas que no tenían buenas habilidades lectoras, leyendo las preguntas y ayudándoles en sus respuestas.



Posteriormente, se ha realizado entrevistas a aquellas mujeres que en el momento de aplicación del protocolo no recibían ningún tratamiento para ahondar en los aspectos de barreras de acceso al tratamiento en el centro. El plan de análisis estadístico llevado a cabo se basa en tres partes. En primer lugar, se realiza análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y psicológicas de las mujeres. En segundo lugar, se realiza la comparación de

### 3.4. Análisis de datos

El plan de análisis estadístico llevado a cabo se divide en tres partes. En primer lugar, se realiza el análisis de las diferencias de las mujeres consumidoras en prisión en función de si reciben tratamiento. Debido al pequeño tamaño de la muestra, para realizar este análisis se ha utilizado la prueba estadística U de Mann-Whitney. Además, en este punto también se realiza un análisis descriptivo del perfil de las mujeres consumidoras en prisión. En segundo lugar, se realiza la comparación de las variables entre mujeres y hombres consumidores que cumplen condena en prisión, para la cual se ha utilizado la prueba estadística de Chi-cuadrado para las variables categóricas y la prueba de T de Student para las variables numéricas. En tercer y último lugar, se analizan las diferencias entre las mujeres que residen en módulos mixtos y las que residen en módulos solo de mujeres, en relación con el tercer y cuarto objetivo sobre barreras de acceso y adherencia al tratamiento, cuyas diferencias también se analizan empleando la prueba de U de Mann-Whitney.

Los análisis estadísticos realizados fueron llevados a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 29.0.1.0).

Respecto al estudio de la información cualitativa recogida en los cuestionarios y las entrevistas, este se ha desarrollado a través de la técnica de análisis de contenido.

# 4. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados acerca de las características sociodemográficas y psicológicas de las mujeres condenadas a cumplir una pena de prisión y tienen problemas con el consumo de sustancias. La información se expone mediante cuatro grandes bloques. El primero describe las diferencias entre las mujeres consumidoras en función de si reciben tratamiento. Además, se señalan las características sociodemográficas, psicológicas y de consumo de las mujeres, así como las motivaciones para el inicio del consumo. El segundo bloque identifica las diferencias en las características del perfil y factores de riesgo entre las mujeres y los hombres con problemas de consumo en prisión. El tercer bloque expone las barreras percibidas por las mujeres en el acceso al tratamiento para la deshabituación del consumo y, el cuarto bloque, refleja los factores que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento de las mujeres con problemas de consumo.

## 4.1. Diferencias entre las mujeres consumidoras en prisión en función del tratamiento

A continuación, para abordar el primer objetivo de esta investigación, se presenta la información sobre las mujeres consumidoras en prisión, haciendo hincapié en las diferencias entre las mujeres que reciben tratamiento y las que no. Los resultados descritos se extraen principalmente de la batería de cuestionarios administrados, aunque la información acerca de la valoración del consumo se complementa con citas extraídas de las mujeres entrevistadas.

De las 78 mujeres que componen la muestra, el 56,4% no estaba recibiendo tratamiento en el momento de administrar los cuestionarios. Por el contrario, el 43,6% restante sí estaba recibiendo tratamiento, la mayoría de carácter integral en módulos específicos como la UTE (Unidad Terapéutica Educativa), o bien, aunque en una frecuencia menor, de carácter ambulatorio de la mano de entidades externas como Proyecto Hombre.

#### 4.1.1. Variables sociodemográficas y penitenciarias

Del total de la muestra de mujeres, se observa en la Tabla 4 que la mayoría de ellas están solteras (57,1%) o separadas (16,9%) y con hijos e hijas a su cargo ( $M=2,2$  hijo/as;  $DT=2,1$ ; máx.12; mín.1). El 42,1% de las mujeres afirma tener problemas de salud mental y el porcentaje de ellas que toma medicación psiquiátrica asciende al 50,6%, siendo los antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos los medicamentos más frecuentes. Aun así, la frecuencia de las mujeres que ha participado en programas de tratamiento para la enfermedad mental (PAIEM) es baja en ambos grupos. De la misma forma ocurre, aunque la frecuencia es superior, con el programa la prevención de suicidios (PPS). Por lo que respecta a las sanciones, el 35,6% de las mujeres está cumpliendo sanción en el momento que se administraron los cuestionarios y solo el 16,7% de ellas ha disfrutado de permisos penitenciarios. Por último, en relación con las actividades realizadas en prisión, la más frecuente es el taller ocupacional (55,1%), seguido muy de cerca de la escuela (53,8%) y el destino, en el que realizan algún trabajo fuera del módulo en el que se reside (52,6%).

Al explorar las diferencias en las variables sociodemográficas y penitenciarias de las mujeres que reciben tratamiento de las que no, se han identificado diferencias en las siguientes variables: nivel de estudios, tipo de módulo en el que reside y la valoración de este. En relación con el nivel de estudios, se puede ver en la Tabla 4 que las mujeres que reciben tratamiento tienen menos formación, no habiendo finalizado los estudios básicos (33,3%), o bien, solo finalizaron la formación académica básica (36,4%). Por el contrario, las mujeres que no están recibiendo tratamiento muestran niveles superiores de estudios, dónde el 52,3% de estas han finalizado los estudios de secundaria. Con respecto al módulo en el que residen, las mujeres que reciben tratamiento están repartidas casi de forma equitativa en módulos exclusivos de mujeres (54,5%) y módulos mixtos (45,5%), mientras que las mujeres que no reciben tratamiento se encuentran, la gran mayoría en módulos solo de mujeres (84,1%). La valoración de dicho módulo también muestra diferencias estadísticamente significativas, dónde las mujeres que están recibiendo tratamiento parecen estar más satisfechas con el módulo en el que residen. En cambio, la mayoría las mujeres que no están recibiendo tratamiento, valoran el módulo negativamente.

Tabla 4. Diferencias en las variables sociodemográficas en función del tratamiento

Variables sociodemográficas	Mujeres total N=78 (%)	Sí Tratamiento n=34 (%)	No tratamiento n=44 (%)	U	p
Lugar de nacimiento (N=71)				662,0	0,400
España	87,3	83,9	90,0		
Extranjero	12,7	16,1	10,0		
Nivel de estudios (N=77)				511,0	0,020*
Estudios básicos sin finalizar	22,1	33,3	13,6		
Estudios básicos	31,2	36,4	27,3		
Secundaria	39,0	21,2	52,3		
Estudios universitarios	7,8	9,1	6,8		
Situación civil (N=77)				833,0	0,219
Soltera	57,1	60,6	54,5		
Casada	16,9	12,1	20,5		
Separada	16,9	15,2	18,2		
Viuda	9,1	12,1	6,8		
Tiene hijos (Sí) (N=78)	68,8	80,0	70,6	724,0	0,777
Relación con los hijos (Sí) (N=59)	83,0	80,0	70,6	465,0	0,416
Relación con los progenitores (Sí) (N=70)	74,3	77,4	71,8	638,5	0,595
Tiene hermanos/as (Sí) (N=78)	94,9	88,2	90,0	728,0	0,701
Relación con los/as hermanos/as (Sí) (N=71)	73,2	79,3	69,0	671,5	0,340
Problemas de salud mental (Sí) (N=76)	42,1	51,5	34,9	827,5	0,148
Toma medicación psiquiátrica (Sí) (N=77)	50,6	54,5	47,7	775,5	0,556
Ha estado en PAIEM (Sí) (N=75)	8,0	8,8	7,3	707,5	0,812
Ha estado en PPS (Sí) (N=78)	25,6	26,5	25,0	759,0	0,883
Tiene sanciones (Sí) (N=73)	35,6	34,5	36,4	626,0	0,870
Ha salido de permiso (Sí) (N=72)	16,7	23,3	11,9	702,0	0,203
Ha realizado estas actividades en prisión (Sí)					
Escuela (n=62)	53,8	72,4	63,6	520,5	0,464
Destino (n=57)	52,6	76,9	67,7	440,0	0,446
Curso formativo (n=55)	30,8	46,2	41,4	395,0	0,453
Trabajo remunerado (n=52)	30,8	54,2	39,3	386,0	0,288
Taller ocupacional (n=58)	32,0	38,5	46,9	381,0	0,524
Gimnasio (n=65)	55,1	73,3	60,0	595,0	0,261
Lectura (n=58)	41,0	53,6	56,7	407,0	0,814
Módulo en el que reside (N=77)				511,5	0,005**
Módulo mujeres	71,4	54,5	84,1		
Módulo mixto	28,6	45,5	15,9		
Valoración del módulo en el que reside (N=77)				432,5	0,001**
Muy satisfecha	10,4	18,2	4,5		
Satisfecha	18,2	30,3	9,1		
Suficiente	20,8	18,2	22,7		
Insatisfecha	20,8	15,2	25,0		
Muy insatisfecha	29,9	18,2	38,6		

Nota: PAIEM = Programa de Atención Integral al Enfermo Mental; PPS = Programa de Prevención de Suicidios; \*p<0,05;

\*\*p<0,01.

#### 4.1.2. Características psicológicas

Con respecto a las características psicológicas, en la Tabla 5 se muestra que no se encuentran diferencias en ninguna de las variables exploradas entre mujeres que reciben tratamiento y las que no.

Sin embargo, si se atiende a los resultados de la muestra total de mujeres, se observa que han obtenido una puntuación media de autoeficacia de 37 (DT=11,8; máx. 54; mín. 7) por lo que, de forma general, la mayoría de las mujeres se sienten capaces de tomar el control frente cualquier situación. Por otro lado, respecto a su bienestar físico y emocional, las mujeres de la muestra obtienen puntuaciones medias de entre 12,7 y 13,3 respectivamente. Estas puntuaciones reflejan un bajo bienestar de salud, por lo que las mujeres han dejado de realizar tareas o actividades debido a su salud física o estado anímico durante el último mes según el cuestionario administrado. En relación con la interacción prosocial, se observa que las mujeres obtienen puntuaciones medias de 38,7 (DT=8,6; máx. 57; mín. 17), lo que refleja que poseen buenas habilidades de afrontamiento ante los problemas, son capaces de gestionar sus recursos para solventar la situación y cuentan con el apoyo de personas de confianza que les ayuden a solucionar el problema. También se muestra en la Tabla 5 la valoración de la autoestima (M=3,1; DT=1,5; máx. 5; mín. 1), así como la del ítem de sinceridad (M=2,8; DT=1,4; máx.5; mín. 1). Ambas valoraciones reflejan puntuaciones medias. Con respecto al apoyo social, las mujeres pueden contar, de media, con 2 personas de su entorno (M=2,2; DT=1,3; máx. 6; mín. 0), siendo los padres y otros miembros de la familia cercana el círculo de apoyo más frecuente. En la misma línea, la satisfacción con el apoyo recibido es percibida como buena (M=3,4; DT=0,6; máx. 4; mín. 2). Finalmente, en la evaluación de la predisposición al cambio, las mujeres obtienen puntuaciones medias de 58,6 (DT=10,5; máx. 76; mín. 24) lo cual refleja un mayor interés en recibir ayuda y solventar sus problemas de consumo.

Tabla 5. Diferencias en las características psicológicas en función del tratamiento

Características psicológicas	Mujeres total N=78 M (DT)	Sí Tratamiento n=34 M (DT)	No tratamiento n=44 M (DT)	U	p
Autoeficacia (N=74)	37,0 (11,8)	37,9 (10,6)	36,4 (12,8)	713,0	0,654
Bienestar general (N=76)	23,7 (5,0)	23,2 (5,2)	24,0 (4,9)	636,0	0,414
Bienestar físico (N=76)	12,7 (3,5)	12,2 (3,4)	13,2 (3,5)	588,5	0,188
Bienestar emocional (N=76)	13,3 (2,6)	13,0 (2,6)	13,5 (2,5)	635,5	0,409
Interacción prosocial (N=67)	38,7 (8,6)	39,8 (8,3)	37,9 (8,8)	642,5	0,246
Sinceridad (N=69)	2,8 (1,4)	2,8 (1,4)	2,8 (1,4)	583,0	0,970
Autoestima (N=68)	3,1 (1,5)	3,0 (1,6)	3,1 (1,5)	529,5	0,697
Número de personas de apoyo (N=69)	2,2 (1,3)	2,5 (1,4)	2,0 (1,3)	686,0	0,221
Satisfacción con el apoyo (N=68)	3,4 (0,6)	3,5 (0,7)	3,4 (0,6)	654,0	0,259
Predisposición al cambio (N=69)	58,6 (10,5)	60,6 (10,9)	57,0 (9,9)	745,0	0,060

#### 4.1.4. Consumo actual

En este apartado se expone, mediante la información extraída de los cuestionarios y complementariamente de las entrevistas, las motivaciones para el consumo.

En la Tabla 6 se exponen las diferencias encontradas entre las mujeres que reciben tratamiento y las que no. Las únicas dos variables en las que se destacan diferencias estadísticamente significativas son en las sustancias consumidas durante el mes previo a la administración de los cuestionarios y la satisfacción con la ayuda recibida en prisión. Por un lado, en referencia al consumo previo al último mes, se aprecia que el consumo que manifiestan las mujeres realizar, en general, es notablemente inferior entre las mujeres que reciben tratamiento, a excepción del alcohol, que es mayor en este grupo. Las sustancias en las que se han identificado diferencias estadísticamente significativas son los tranquilizantes o pastillas para dormir. Dicha sustancia es la más común entre ambos grupos, aunque el 71,1% de las mujeres que no reciben tratamiento afirman haberla tomado, el grupo de mujeres que si recibe tratamiento reduce ese porcentaje hasta el 37,9%. Por otro lado, en relación con la satisfacción con la ayuda recibida, más allá del tratamiento que puedan estar recibiendo, esta es peor valorada entre el grupo de mujeres que no recibe tratamiento (M=4,6; DT=2,3; máx. 9; mín1) en comparación con las mujeres que sí están recibiendo tratamiento, cuya media asciende a 6,1(DT=1,9; máx.9; mín.2).

Tabla 6. Diferencias en las características psicológicas en función del tratamiento

Consumo	Mujeres total N=78 M (DT)	Sí Tratamiento n=34 M (DT)	No tratamiento n=44 M (DT)	U	p
Abuso de sustancias (N=75)	7,1 (2,3)	7,6 (2,0)	6,8 (2,5)	816,5	0,183
Situaciones de riesgo de recaída (N=71)					
Estados de ánimo negativos	36,5 (15,2)	38,2 (15,3)	35,3 (15,2)	680,5	0,446
Vigilancia cognitiva	10,6 (4,5)	10,1 (4,6)	11,0 (4,4)	534,5	0,347
Situaciones de ocio	17,8 (5,9)	18,4 (6,0)	17,4 (5,8)	683,5	0,424
Estímulos relacionados al consumo	10,8 (4,8)	11,3 (5,2)	10,5 (4,4)	667,0	0,544
Consumo último mes (Sí) (N=72)	70,8	59,4	80,0	508,0	0,057
Sustancia consumidas					
Alcohol (n=64)	10,0	13,3	8,8	533,0	0,567
Cannabis (n=66)	34,9	23,3	44,4	426,0	0,075
Cocaína (n=62)	14,5	10,1	18,2	441,0	0,386
Heroína (n=61)	13,1	10,7	15,2	441,5	0,612
Hipnóticos (n=67)	56,7	37,9	71,1	368,5	0,007**
Anfetaminas (n=60)	3,3	3,6	3,1	450,0	0,924
Drogas de diseño (n=37)	5,4	5,9	5,0	171,5	0,964
Satisfacción con la ayuda recibida (N=72)	5,3 (2,2)	6,1 (1,9)	4,6 (2,3)	879,0	0,005**

Nota: \*\*p<0,01.

No se han identificado diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables exploradas. Sin embargo, es de interés mencionar aspectos destacados durante las entrevistas a las mujeres. En primer lugar, las mujeres han obtenido una puntuación media de 7,1 en la escala de valoración del abuso de sustancias (DT=2,3; máx.10; mín. 0), lo que indica que las mujeres tienen un nivel de adicción muy alto. Entre las mujeres entrevistadas, la edad de inicio del consumo suele ser a los 18 años (M=18,9; DT=6,6; máx. 38; mín. 8) y el motivo de consumo más frecuente es por razones de curiosidad en situaciones de ocio (37,9%) o debido al consumo de su pareja (31%). Para las mujeres que iniciaron el consumo debido a la pareja, normalmente se inicia en situaciones de violencia y malos tratos hacia ellas. El testimonio de la mujer 12 del Centro Penitenciario Tenerife II lo ejemplifica:

"Él consumía y cuando se drogaba pues el chico empezó a maltratarme, a abusar de mí y yo me hacía la loca porque como yo también tenía un problema de drogodependencia, me hacía la loca".

La droga de inicio entre las mujeres entrevistadas acostumbra a ser el cannabis, aunque el 71,4% de ellas han probado distintas sustancias después del primer contacto con las drogas. Así lo cuentan algunas mujeres:

"Tenía 17 años y cuando pasaba por los pabellones y así veía a todo el mundo fumando porros y cosas así. Y nada, lo probé una vez y no me gustó. Pero un día salí de fiesta y como ya sabía lo que había volví a probarlo y también conocí las drogas alucinógenas, que fue ahí donde me enganché" (Mujer 1 del Centro Penitenciario Madrid VII).

"Yo empecé tarde, a los 21 años. Pero, de no tomar nada, ni fumar porros, a meterme directamente por la vena. El padre de mi hijo consumía y yo caí. Caí porque como me decía que me quería, pues yo decía, bueno, pues si me quiere tanto como él me dice, entonces lo dejará por mí. Y lo que hice fue lo que no debía haber hecho. Pero la culpa fue mía, porque yo puse el brazo" (Mujer 1 del Centro Penitenciario de Madrid VI).

Son muchas las mujeres entrevistadas que explican que su situación de consumo era tan grave que llegaron a consumir estando embarazadas, recurrieron a la prostitución o cometieron hurtos o robos para conseguir dinero para consumir. "Yo me llegué a prostituir y todo, por una micro que vale 10 euros" cuenta la mujer 3 del Centro Penitenciario de Madrid VII. Como consecuencia de la adicción, muchas mujeres entrevistadas relatan que han perdido la custodia de sus hijos e hijas, además de distanciarse de familiares y otros seres queridos. Debido a ello, se sienten muy solas y confían en muy pocas personas. Así lo viven las mujeres:

"Lo único que a mí me duele es que mis hijos cuando crezcan me echen en cara que no pude estar con ellos todo este tiempo que fueron al colegio y que no estaba su madre. Eso es lo único que más me duele, y más... que no sé si ellos van a llegar a perdonarme. Me siento más sola porque allá está mi madre, mis hijos... los tengo tan lejos... tengo ese miedo de que un día no quieran venir a verme porque se hayan gastado mucho dinero, porque no sé, porque la vida se les complique y que se olviden de que yo estoy aquí"(Mujer 1 del Centro Penitenciario de Tenerife II).

"Me han quitado a mi hijo porque pasaba de él. Fui tonta, prefería las drogas a pasar tiempo con mi hijo" (Mujer 6 del Centro Penitenciario de Mallorca).

Dada su situación de consumo abusivo, el 80% de las mujeres entrevistadas han buscado y recibido ayuda para dejar de consumir antes de ingresar en prisión. Los tratamientos más frecuentes han sido la intervención integral a la conducta adictiva a través de recursos como Proyecto Hombre, las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) o Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD). El tratamiento farmacológico también es recurrente (40,7%), como por ejemplo la metadona o la medicación psiquiátrica para aliviar la sintomatología ansiosa debida a la dependencia. En último lugar, también se encuentra el internamiento en centros de rehabilitación (26,1%). Así es la experiencia de las mujeres:

"Estuve en un CAD, el psicólogo, el psiquiatra, pues me ayudaron bastante a mi consumo. Yo solo consumía cuando había dinero. Entonces pues me dieron varias opciones y estuvimos trabajando juntos. Pero bueno, te digo que eso está en la mente y si tú quieres consumir vas a consumir igual" (Mujer 2 del Centro Penitenciario Tenerife II).

"Acudí al médico. Porque me vieron muy afectada. Empecé a tener crisis nerviosas, crisis de agresividad, crisis mal. E intenté pedir ayuda a los profesionales, a la medicina y le dije, mira mándeme algo para poder dormir, para dejar de tener mono y cosas. Intenté buscar ayuda. Me dieron el Alprazolam y Lorazepam de dos miligramos" (Mujer 12 del Centro Penitenciario Tenerife II) .

Pese a la ayuda recibida, el 92,6% de las mujeres entrevistadas recayó posteriormente. La mayoría de ellas tuvo una recaída debido a malas épocas o situaciones de estrés como problemas con la familia, ruptura con la pareja o fallecimiento de un ser querido. La experiencia de la mujer 4 en el Centro Penitenciario Madrid-VII lo detalla: "yo mejoré mucho, pero después de la muerte de mi madre, he recaído en la droga otra vez. Consumo drogas menos pesadas, pero no dejan de ser droga". Un porcentaje menor recayó tras haber cumplido una pena privativa de libertad o un internamiento en un centro de rehabilitación. Según cuenta la mujer 2 en el Centro Penitenciario de



Madrid-VI "duré un mes, porque yo que ya llevo muchos años consumiendo, y en el momento en el que salí de prisión fumé heroína dos veces y ya. Caí otra vez". La mujer 6 del Centro Penitenciario de Mallorca cuenta:

"Me alejé de las amistades, del ambiente... pero pasas un día por la calle, te los encuentras y te remueve porque ves a uno, ves a otro y... Sí, a la larga no era el mejor ambiente para para poder quitarte de la droga, porque casi todas mis amistades consumían. Recaí al tiempo de salir de prisión".

Estas afirmaciones concuerdan con los datos en la escala de evaluación situaciones de riesgo de recaída (ver Tabla 6). Según esa escala, las mujeres perciben como situaciones de mayor riesgo los estímulos relacionados con el consumo y estados de vigilancia cognitiva, obteniendo las puntuaciones más bajas. Es decir, las situaciones de mayor riesgo para las mujeres son, por ejemplo, visitar lugares en los que se consumía, relacionarse con personas con las que se han compartido momentos de consumo o recordar o pensar en momentos de consumo. Por el contrario, los estados de ánimo negativos como la ira, la tristeza o la exaltación no son percibidos como situaciones peligrosas para el consumo.

#### **4.2. Diferencias entre las mujeres y los hombres consumidores en prisión**

A continuación, para alcanzar el segundo objetivo de esta investigación, se describen las diferencias encontradas entre las mujeres y los hombres consumidores en prisión. En primer lugar, se identifican las diferencias en las variables sociodemográficas y penitenciarias. En segundo lugar, las diferencias en el perfil psicológico y, en tercer y último lugar, las diferencias en las variables de consumo de sustancias.

A nivel sociodemográfico, tal como se muestra en la Tabla 7, se identifican diferencias estadísticamente significativas en si tienen hijos o hijas. Las mujeres son madres en mayor proporción (68,8%) que los hombres (52%), así como ellas también tienen mayor número de hijos e hijas ( $M=2,2$ ;  $DT=2,1$ ) que los hombres ( $M=1,5$ ;  $DT=1,4$ ), estableciéndose diferencias significativas entre los dos grupos ( $T=2,002$ ;  $gl=93$ ;  $p=0,024$ ). Referente a las variables penitenciarias, se muestran diferencias significativas en las sanciones actuales y las actividades realizadas en prisión. Por un lado, se observa que las mujeres tienen más sanciones (36,6%) que los hombres (14,1%), llegando ellas a tener de media más de dos sanciones en el momento que se les administró el cuestionario ( $M=2,7$ ;  $DT=2,2$ ), mientras que ellos tienen una sanción ( $M=1,8$ ;  $DT=2,2$ ). Por otro lado, también se identifican diferencias estadísticamente significativas en las actividades realizadas en prisión. En general, las mujeres participan menos en todas las actividades impartidas en

prisión, pero destaca la diferencia en la realización de deporte. El 66,2% de las mujeres afirma practicar actividades físicas o ir al gimnasio, mientras que casi todos de los hombres (90%) practican dichas actividades. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables exploradas (lugar de nacimiento, nivel de estudios, situación civil, problemas de salud mental, entre otros).

Tabla 7. Diferencias en las variables sociodemográficas entre las mujeres y los hombres consumidores en prisión

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N	Mujeres n=78 (%)	Hombres n=75 (%)	X <sup>2</sup>	gl	p
Lugar de nacimiento	140			7,730	3	0,052
España		87,3	97,1			
Latinoamérica		8,5	1,4			
Europa		4,2	0,0			
Marruecos		0,0	1,4			
Nivel de estudios	151			3,198	3	0,362
Estudios básicos sin finalizar		22,1	25,7			
Estudios básicos		31,2	21,6			
Secundaria		39,0	48,6			
Estudios universitarios		7,8	4,1			
Situación civil	146			4,733	3	0,192
Soltera		57,1	14,5			
Casada		16,9	15,9			
Separada		16,9	68,1			
Viuda		9,1	1,4			
Tiene hijos/as (Sí)	152	68,8	52,0	4,505	1	0,046*
Relación con los/as hijos/as (Sí)	103	74,6	65,9	0,917	1	0,385
Relación con los progenitores (Sí)	136	74,3	75,8	0,039	1	1,000
Tiene hermanos/as (Sí)	153	94,9	89,3	1,623	1	0,240
Relación con los hermanos/as (Sí)	136	73,2	84,6	2,618	1	0,142
Problemas de salud mental (Sí)	150	42,1	37,8	0,284	1	0,620
Toma medicación psiquiátrica (Sí)	151	50,6	36,5	3,076	1	0,101
Ha estado en PAIEM (Sí)	149	8,0	10,8	0,346	1	0,588
Ha estado en PPS (Sí)	151	25,6	21,9	0,288	1	0,703
Tiene sanciones (Sí)	144	35,6	14,1	8,900	1	0,004***
Ha salido de permiso (Sí)	144	16,7	26,4	2,014	1	0,223
Ha realizado estas actividades en prisión (Sí)						
Escuela	134	53,8	70,8	0,150	1	0,711
Destino	122	52,6	73,8	0,057	1	0,841
Curso formativo	116	30,8	52,5	0,902	1	0,359
Trabajo remunerado	99	30,8	34,0	1,504	1	0,305
Taller ocupacional	120	32,0	59,7	3,296	1	0,100
Gimnasio	135	55,1	90,0	11,363	1	0,000***
Lectura	119	41,0	65,6	1,346	1	0,266

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p<0,000

Con respecto a las características psicológicas, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables de bienestar físico y emocional, en el número de personas en las que pueden confiar e interacción prosocial. En relación con el bienestar general, físico y emocional, en la Tabla 8 se muestra que las mujeres obtienen puntuaciones más bajas en esas escalas en comparación con los hombres. Es decir, las mujeres perciben que su salud física y emocional es peor y han dejado de realizar tareas y/o actividades debido a su condición física y estado anímico. Respecto a las

personas con las que pueden confiar, se observa que las mujeres cuentan con un número menor de personas ( $M=2,2$ ;  $DT=1,3$ ) para resolver situaciones complicadas o como vínculo emocional en comparación con los hombres ( $M=3,1$ ;  $DT=2,3$ ). En ambos grupos el círculo de apoyo principal es la familia. Sin embargo, los hombres, a diferencia de las mujeres, cuentan con más redes de apoyo como los amigos. Por último, las mujeres muestran puntuaciones más bajas en la escala de interacción prosocial en comparación con los hombres. En otras palabras, las mujeres afrontan peor los problemas, gestionan de forma menos eficiente las emociones y buscan menos ayuda para solventar sus problemas.

No se han identificado diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables exploradas

Tabla 8. Diferencias en el perfil psicológico entre mujeres y hombres consumidores en prisión

Características sociodemográficas	N	Mujeres n=78 M (DT)	Hombres n=75 M (DT)	t	gl	p
Autoeficacia	146	37,0 (11,8)	40,0 (10,8)	-1,594	144	0,057
Bienestar general	150	23,7 (5,0)	26,6 (4,0)	-4,011	143,188	0,000***
Bienestar físico	150	12,7 (3,5)	14,7 (2,8)	-3,790	143,067	0,000***
Bienestar emocional	150	13,3 (2,6)	14,1 (2,3)	-2,004	148	0,023*
Número de personas con las que puede contar	136	2,2 (1,3)	3,1 (2,3)	-2,728	105,951	0,004**
Satisfacción con el apoyo recibido	139	3,4 (0,6)	3,4 (0,7)	0,060	137	0,476
Interacción prosocial	134	38,7 (8,6)	44,2 (7,8)	-3,850	132	0,000***
Sinceridad	137	2,8 (1,4)	3,1 (1,3)	-1,339	135	0,091
Autoestima	136	3,1 (1,5)	3,3 (1,4)	-0,857	134	0,197

Nota: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,000$

Por último, se han analizado las diferencias entre hombres y mujeres en las características del consumo. La Tabla 9 muestra diferencias estadísticamente significativas en prácticamente todas variables exploradas. En primer lugar, en relación con el abuso de sustancias, se observa que los hombres presentan más problemas con el consumo de sustancias en comparación con las mujeres, obteniendo puntuaciones más altas en dicha escala. En segundo lugar, con respecto a la pregunta sobre el consumo de sustancias en el último mes, destaca que un mayor porcentaje de mujeres ha consumido (70,8%) en comparación con los hombres (39,1%). La sustancia más consumida entre ambos grupos son los tranquilizantes, las pastillas para dormir y el cannabis, en el que identifica mayor consumo por parte de las mujeres en las sustancias mencionadas. En la misma línea, aunque no se han encontrado diferencias entre ambos grupos en el resto de sustancias exploradas (alcohol, cocaína, heroína, anfetaminas y drogas de diseño), el consumo sigue siendo mayor en las mujeres en comparación con los hombres. En tercer lugar, referente al tratamiento para la deshabituación del consumo, se observa que

el 86,3% de los hombres recibe tratamiento por el consumo de drogas, mientras que solo el 41% de mujeres manifiesta recibir tratamiento, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cuarto lugar, con respecto a la predisposición al cambio, se identifica que las mujeres obtienen puntuaciones más bajas ( $M=58,6$ ;  $DT=10,5$ ) que los hombres ( $M=62,7$ ;  $DT=9,2$ ), lo que significa que las mujeres están menos dispuestas a recibir ayuda para dejar el consumo habitual de sustancias. Por último, en relación con las situaciones de mayor riesgo de recaída, las situaciones de ocio y los estados de vigilancia cognitiva son las situaciones que mayor riesgo suponen tanto para hombres como para las mujeres. Sin embargo, los estados de vigilancia cognitiva preocupan más a las mujeres que a los hombres, siendo las diferencias estadísticamente significativas. Es decir, las mujeres perciben más peligro de recaer en aquellas situaciones que requieren permanecer en un estado de alerta debido a pensamientos o situaciones relacionadas con el consumo.

La única variable que no ha mostrado diferencias entre mujeres y hombres es la referente a la satisfacción con el tratamiento. Sin embargo, es necesario mencionar que las mujeres muestran una satisfacción ligeramente menor con el tratamiento ( $M=5,3$ ;  $DT=2,2$ ) que los hombres ( $M=5,9$ ;  $DT=2,4$ ).

Tabla 9. Diferencias en las características de consumo entre mujeres y hombres consumidores en prisión

Características de consumo	N	Mujeres M (DT)	Hombres M (DT)	t	X2	gl	p
Abuso de sustancias	150	7,1 (2,3)	8,1 (2,1)	-2,129		148	0,017*
Ha consumido en el último mes (Sí)	141	70,8	39,1		14,327	1	0,000***
Sustancias consumidas							
Alcohol	123	11,0	5,1		2,095	3	0,553
Cannabis	127	34,9	13,2		8,302	3	0,040
Cocaína	122	14,5	10,0		1,401	3	0,705
Heroína	119	13,1	5,1		2,963	3	0,397
Tranquilizantes	130	56,7	27,0		13,820	3	0,003**
Anfetaminas	117	3,3	0,0		1,933	3	0,496
Drogas de diseño	79	5,4	2,4		3,170	3	0,366
Recibe tratamiento (Sí)	151	41,0	86,3		33,129	1	0,000***
Predisposición al cambio	139	58,6 (10,5)	62,7 (9,2)	-2,448		137	0,008**
Satisfacción con el tratamiento	145	5,3 (2,2)	5,9 (2,4)	-1,633		143	0,052
Situaciones de riesgo de recaída							
Estados de ánimo negativos	140	36,4 (15,2)	40,1 (14,9)	-1,404		138	0,081
Vigilancia cognitiva	140	10,6 (4,5)	8,9 (4,3)	2,367		138	0,01**
Situaciones de ocio	139	17,8 (5,9)	19,1 (5,0)	-1,326		137	0,094
Estímulos relacionados al consumo	139	10,8 (4,8)	10,7 (4,4)	0,161		137	0,436

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,000

#### 4.2.1. Diferencias entre las mujeres y los hombres que han recibido tratamiento en prisión

A continuación, debido a la disparidad en la prevalencia de recibir tratamiento entre hombres y mujeres, se describen las diferencias identificadas solo entre los hombres y mujeres que han recibido tratamiento por problemas de consumo en prisión. Se tienen en cuenta las mismas características y variables: sociodemográficas, psicológicas y variables referentes al consumo. Los datos descritos están detallados en las tablas que se encuentran en el Anexo II.

En relación con las variables sociodemográficas y penitenciarias, se evidencian diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: lugar de nacimiento, tener hijos, sanciones y actividades realizadas en prisión. En primer lugar, con respecto al lugar de nacimiento, sigue siendo más prevalente la nacionalidad española en ambos grupos. Sin embargo, es de interés destacar que entre las mujeres que reciben tratamiento, el número de mujeres de nacionalidad extranjera es mayor (17,2%) que los hombres extranjeros (3,4%). Por otro lado, anteriormente se ha descrito que las mujeres son madres en mayor proporción que los hombres. Cuando se analizan las diferencias entre las personas que reciben tratamiento, esa diferencia sigue prevaleciendo, aunque el porcentaje de hombres que tienen hijos aumenta y las diferencias dejan de ser significativas. Seguidamente, cuando se analizan las sanciones interpuestas, estas se reducen en ambos grupos que reciben tratamiento, aunque siguen siendo las mujeres las que más sanciones acumulan. Por último, el porcentaje de actividades realizadas

en prisión aumenta cuando analizamos las personas que reciben tratamiento, aunque las mujeres siguen participando menos que los hombres.

Con respecto a las variables psicológicas, se destaca que el número de personas con las que pueden contar las mujeres ( $M=2,4$ ;  $DT=1,4$ ) y los hombres ( $M=2,9$ ;  $DT=1,9$ ) que reciben tratamiento es similar y las diferencias entre ambos grupos dejan de ser significativas. De la misma forma ocurre con la interacción prosocial, cuyas puntuaciones son similares entre mujeres ( $M=40,3$ ;  $DT=7,9$ ) y hombres ( $M=43,5\%$ ;  $DT=8,0$ ).

Por último, en relación con las características de consumo, la única variable a destacar es que el consumo en el último mes disminuye entre los dos grupos que reciben tratamiento y, pese a que las diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas, el consumo sigue siendo superior entre las mujeres.

#### **4.3. Factores que influyen en el tratamiento para la deshabituación de consumo en las mujeres consumidoras en prisión.**

En este apartado, se abordan las cuestiones que pueden impedir acceder al tratamiento o influir en su adherencia a este en función del módulo en el que residen las mujeres en prisión, alcanzando así el tercer y cuarto objetivo del estudio.

El 71,4% de las mujeres que componen la muestra residen en un módulo solo de mujeres mientras que un porcentaje más bajo (28,6%) reside en un módulo mixto tales como la Unidad Terapéutica Educativa (UTE) o módulos familiares.

Tal y como se observa en la Tabla 10, existen diferencias estadísticamente significativas en cuatro variables entre las mujeres según el módulo de residencia: la satisfacción con la ayuda recibida, la recepción de tratamiento, el consumo en el último mes y la valoración del módulo.

En primer lugar, en relación con la satisfacción con la ayuda recibida, esta es mayor entre las mujeres que residen en módulos mixtos ( $M=6,2$ ;  $DT=2,4$ ), mientras que las mujeres que viven en módulos exclusivamente femeninos obtienen puntuaciones más bajas ( $M=4,9$ ;  $DT=2,1$ ). Estos resultados coinciden con otra de las variables en las que se han identificado diferencias estadísticamente significativas: la recepción de tratamiento. Las mujeres que residen en módulos exclusivamente femeninos reciben menos tratamiento que aquellas que viven en módulos mixtos (30,4% y 68,2%, respectivamente). Por otro lado, el consumo de sustancias entre las mujeres de los módulos

femeninos duplica al de aquellas que residen en módulos mixtos (84% y 40,9%, respectivamente). Finalmente, en cuanto a la valoración del módulo, las mujeres que residen en módulos exclusivamente femeninos presentan una percepción más negativa en comparación con aquellas que viven en módulos mixtos, quienes lo valoran de manera más positiva.

Tabla 11. Diferencias en las variables referentes al consumo y al tratamiento entre las mujeres que residen en un módulo mixto o en un módulo solo de mujeres

Características de consumo	N	Módulo mixto % M (DT)	Módulo solo mujeres % M (DT)	U	p
Abuso de sustancias	75	6,8 (2,4)	7,3 (2,3)	649,0	0,437
Recibe tratamiento (Sí)	78	68,2	30,4	383,0	0,002**
Predisposición al cambio	69	58,8 (14,7)	58,5 (8,2)	419,0	0,267
Satisfacción con el tratamiento	29	7,1 (1,8)	5,5 (1,5)	48,0	0,012
Valoración del módulo	77			981,0	0,000***
Muy satisfecha		27,3	3,6		
Satisfecha		36,4	10,9		
Suficiente		22,7	20,0		
Insatisfecha		4,5	27,3		
Muy insatisfecha		9,1	38,3		
Consumo en el último mes (Sí)	72	40,9	84,0	787,0	0,000***
Sustancias consumidas					
Alcohol	64	0,0	16,7	528,0	0,041*
Cannabis	66	9,1	47,7	650,0	0,003**
Cocaína	62	4,5	20,0	508,0	0,101
Heroína	61	4,5	17,9	476,0	0,131
Tranquilizantes	67	39,1	65,2	597,0	0,046*
Anfetaminas	60	0,0	5,3	418,0	0,441
Drogas de diseño	37	7,1	4,3	156,5	0,889
Situaciones de riesgo de recaída	71				
Estados de ánimo negativos		35,7 (13,9)	36,9 (15,8)	541,0	0,840
Vigilancia cognitiva		10,9 (3,7)	10,5 (4,8)	474,0	0,519
Situaciones de ocio		17,4 (6,1)	18,0 (5,8)	560,5	0,654
Estímulos relacionados al consumo		9,9 (4,7)	11,2 (4,8)	599,0	0,350

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p<0,000

La información que se presenta a continuación es extraída principalmente de las entrevistas realizadas, aunque se complementan con los análisis de los cuestionarios mencionados anteriormente. Se describen, por un lado, las barreras de acceso al tratamiento y, por otro lado, se identifican aquellos aspectos que dificultan la adherencia al tratamiento.

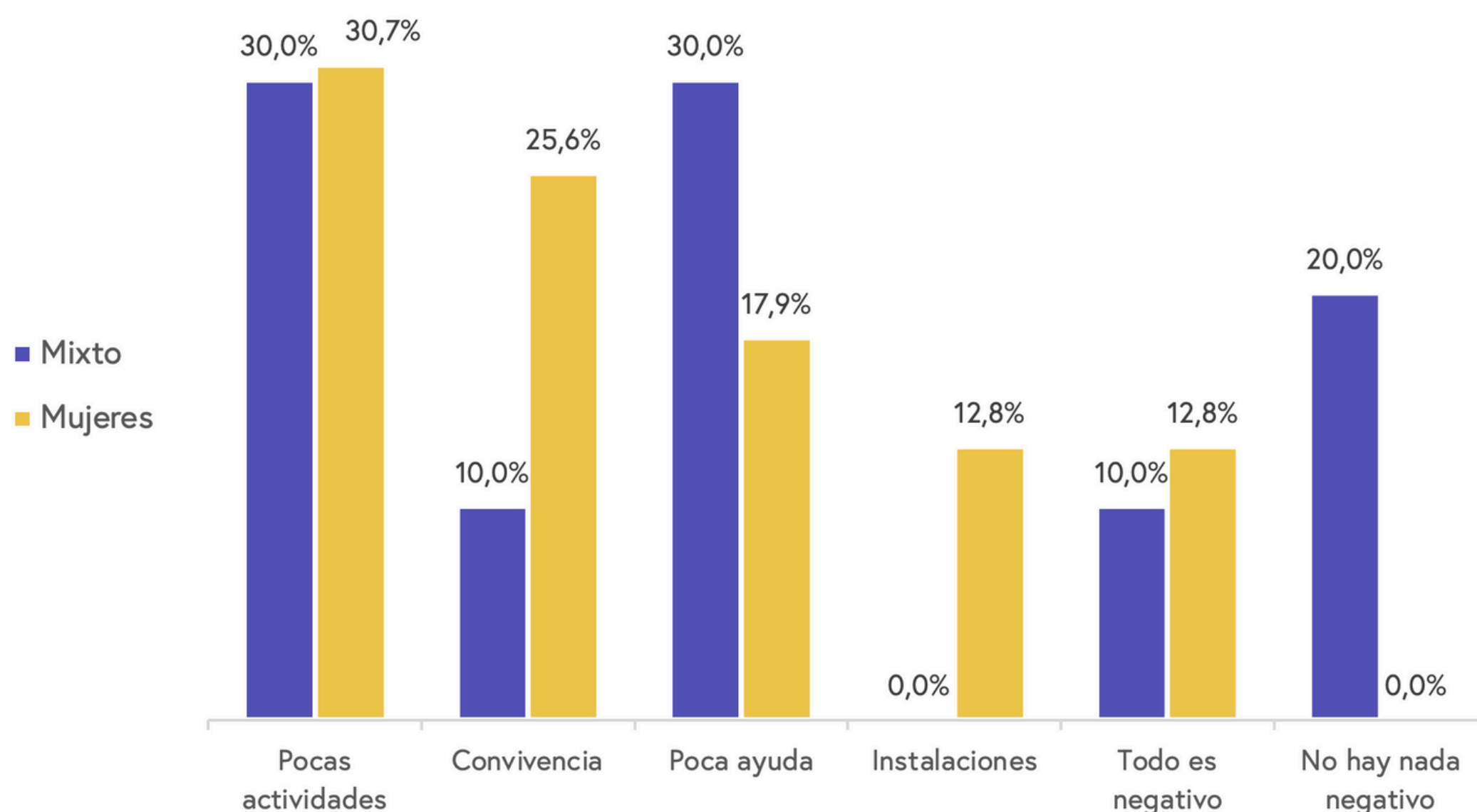
#### 4.3.1. Barreras de acceso al tratamiento

A lo largo de las entrevistas se han identificado tres factores que impiden acceder a los programas de tratamiento: la falta de información y recursos del centro, la escasez de recursos específicos para mujeres y la baja predisposición al cambio.

En relación con la falta de recursos del centro, las mujeres que residen en módulos solo de mujeres explican que reciben muy pocas visitas de educadores/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as y personal médico, sintiéndose desamparadas y abandonadas frente a su situación. Esta problemática coincide con la valoración del módulo mencionada previamente

y se destaca la poca ayuda recibida como uno de los principales aspectos negativos, sobre todo entre las mujeres que viven en módulos mixtos (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Aspectos negativos del módulo



Asimismo, el desconocimiento acerca de los programas y tratamientos que ofrece el centro puede ser otra explicación de por qué las mujeres no están recibiendo tratamiento pues ninguna de las mujeres entrevistadas dice haber sido informada sobre estos aspectos. Solo una mujer del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca menciona conocer el Proyecto Donna, un recurso ofertado a mujeres en riesgo de exclusión social. Así lo viven:

"Solo queremos un poquito más de atención, más apoyo psicológico aquí para todas. Da igual si tiene un problema con la drogodependencia, da igual. Una psicóloga que estuviera haciendo un control, ¿sabes? Un control para poder ayudar, para así poder tener una reinserción" (Mujer 1 del módulo de mujeres Centro Penitenciario Madrid-VII).

"Es muy poco, o sea la prestación que nos dan, la atención que nos tendrían que dar. Por ejemplo, con el médico. Muchas veces ni tenemos médico. Hay veces que estamos días seguidos malas porque no hay médico, el médico te ve por una videoconferencia" (Mujer 6 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca).

Otra barrera de acceso identificada durante las entrevistas es la escasez de recursos específicos para ellas. Tal como explica la mujer 9 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Tenerife: "somos muy pocas... 30 mujeres contra 900 hombres... pues se les suele priorizar a ellos". Muchas internas señalaron que, aunque se les ofreció la posibilidad de participar en programas de deshabituación del consumo, estos se realizaban conjuntamente con hombres, lo que llevó a la mayoría a rechazarlos por no



sentirse cómodas compartiendo espacios con ellos. La vivencia de la mujer 1 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca lo ejemplifica:

"Las mujeres no tenemos la ventaja de tener una UTE. Ahora lo quieren hacer mixto, pero... Yo estaría a favor si hicieran una UTE todo de mujeres. Estaría más cómoda. ¿Por qué tienen que hacerlo ahora mixto? Solo puedo ir a la UTE si accedo a estar con hombres, y no me gusta el rollo que llevan... como no me va el roneo y la tontería pues no voy. Lo evito" (Mujer 1 módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca).

Esta carencia de recursos no solo limita las actividades dentro del módulo, sino que también afecta la dinámica de convivencia, que se ha identificado como uno de los principales aspectos negativos del módulo (el 25,6% de las mujeres que reside en módulos femeninos destaca la convivencia como un aspecto negativo del módulo). A diferencia de los módulos masculinos, donde los internos suelen ser separados en función de su conducta en prisión, en los módulos femeninos todas las mujeres conviven juntas sin distinción. Esto genera un entorno de alta conflictividad dificultando la participación en las actividades y programas de tratamiento. Así lo describe la mujer 9 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca:

"Aquí estamos todas mezcladas, primer grado, segundo grado... se juntan asesinas con ladronas y hay muy mal ambiente, muchas peleas. Solo tienes el patio para dar vueltas. Aquí la gente se mata porque no están ocupadas. Si todos los talleres que están ahí cerrados los abrieran la gente estaría más ocupada en hacer cosas que en drogarse o pelearse".

Por último, el tercer aspecto identificado como una barrera de acceso es la baja predisposición al cambio. Algunas de las mujeres entrevistadas explican que han rechazado participar en programas de tratamiento por no ser plenamente conscientes de su adicción. Tal y como lo describe la mujer 14 de la UTE mixta del Centro Penitenciario de Tenerife II "la mente me hacía rechazar cualquier ayuda. El vicio puede más que muchas cosas". Esta sensación es compartida entre otras mujeres, que afirman no haber querido dejar de consumir porque "les gusta la sensación que les produce y no quieren dejarlo" tal como ha explicado la mujer 6 del módulo de mujeres Centro Penitenciario de Mallorca.

#### **4.3.2. Dificultades de adherencia al tratamiento**

Se han identificado tres factores que dificultan la adherencia al tratamiento: falta de apoyo, no disponer de motivaciones u objetivos futuros y experiencias negativas con tratamientos previos.

En el transcurso de las entrevistas se ha identificado la falta de apoyo como un factor que dificulta la adherencia al tratamiento. En este sentido, no disponer de una red de personas en las que confiar acaba conduciendo a

sentimientos de soledad y abandono, desmotivando a las mujeres a continuar con el tratamiento. Es de interés mencionar que las mujeres que residen en módulos únicamente con mujeres se sienten más solas porque coincide que la relación con sus familiares ha sido más complicada y carecen de su principal apoyo. Asimismo, el 33,3% de las mujeres de dicho módulo menciona que no ha tenido relación con su familia debido a su situación de consumo e ingreso en prisión. El testimonio de las mujeres lo ejemplifica:

"Con mi familia siempre he tenido una relación muy inestable. De hecho, he salido de prisión y no he tenido una puerta a la que llamar" (Mujer 1 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Asturias).

"Estoy sola. Mi madre falleció y solo la tenía a ella para hablar y para ayudarme. Tengo a mi hermano, pero él no demuestra ganas de que vuelva con ellos por mi pasado y mi consumo. No le importo a nadie" (Mujer 4 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario Madrid-VII).

Otro factor que dificulta la adherencia al tratamiento es no tener un objetivo o motivación para el futuro. Aquellas mujeres que tienen una motivación para dejar de consumir son más conscientes de sus problemas de consumo y la motivación para dejar el consumo persiste. Durante las entrevistas se ha destacado que la principal motivación de las mujeres para dejar el consumo son sus hijos e hijas, además de su familia. Estas mujeres explican que, gracias a ellos, se ven capaces de dejar el consumo. Otros objetivos recurrentes que tienen las mujeres son encontrar un trabajo para tener independencia, vivir de forma autónoma en su propia casa y poder recuperar el contacto con su familia. Así lo cuentan ellas:

"Actualmente no consumo. Cuando me dan ganas, se me viene a la mente la imagen de mis hijos y uf... no quiero saber nada" (Mujer 7 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca).

"Quiero seguir mis sueños, continuar mi carrera. Quiero continuar mi vida normal, tener mis sueños de vuelta, estar con mi familia que siempre me ha apoyado" (Mujer 1 del Centro Penitenciario Madrid VII).

"Cuando salga de aquí voy a mis hijos, a recuperar y luchar por su custodia porque como estaba consumiendo con el embarazo, pues... Los cogieron mis padres" (Mujer 14 de la UTE mixta del Centro Penitenciario Tenerife II).

"Todo lo que he conseguido en la vida ha sido por mi hijo y por mi madre, han sido mi motivación. Y mi nieta que va a cumplir ahora 3 meses" (Mujer 3 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario Madrid VII).

El tercer factor identificado como dificultad de adherencia hace referencia a las experiencias negativas con tratamientos previos. De las mujeres entrevistadas, el 40% de afirma haber tenido mala experiencia con tratamientos anteriores. Cuentan que en ocasiones se sentían atacadas, juzgadas o no se sentían cómodas compartiendo sus vivencias pues sentían que se reían de ellas. Asimismo, destaca una gran desconfianza o rechazo al tratamiento farmacológico pues de ellas tienen miedo a las consecuencias o efectos que pueden producir en ellas. Consideran que no les sienta bien o que les da miedo lo que les pueda provocar. Debido a ello, muchas dejan el tratamiento:

"En Proyecto Hombre me han atacado más que en otros programas que he estado. No tengo buena experiencia y eso que he estado ingresada y como persona de acompañamiento. Me sentía muy atacada y juzgada por consumir y yo estaba ahí para intentar salir del consumo" (Mujer 1 del módulo de mujeres Centro Penitenciario de Asturias).

"Hice el programa Nueva Frontera, que es un centro de rehabilitación. Pues vivíamos en un chalet. Estuve 4 meses. Hasta que de repente empezaron a decir que... porque aquello era de la Iglesia Evangélica, pero no me empezaba a gustar mucho el rollo que tenían del trato vejatorio que tenían hacia las mujeres. Era como si los hombres los ensalzaran y las mujeres fuéramos lo peor" (Mujer 1 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario de Mallorca).

"Aquí dentro probé de ponerme bien con las pastillas, pero creo que más me dejó un poco tocada. Pero era una solución fácil, supongo, que no me fue bien" (Mujer 1 del módulo de mujeres del Centro Penitenciario Madrid VII).

Además de los prejuicios derivados de tratamientos previos, el temor a no poder controlar el consumo fuera de prisión lleva a muchas mujeres de ambos módulos a abandonar el tratamiento, ya que en experiencias anteriores han recibido tratamiento sin éxito y han recaído en el consumo. Así lo relatan:

"Me quedan 3 meses y 3 semanas para irme en libertad y estoy temblando. Tengo a mi padre con problemas con el alcohol y no sé cómo voy a reaccionar. No es lo mismo estar aquí (en prisión), que esto es una burbuja, que salir y afrontar lo que es la reinserción social, que no es fácil. Y para mí, mi segunda casa ha sido la prisión" (Mujer 4 del módulo de enfermería del Centro Penitenciario Tenerife II).

"Me da mucho miedo la recaída, porque yo he salido de prisión y he recaído. Aquí dentro ni pienso en ello, estoy entretenida, pero fuera lo tengo más a mano y es mucho más fácil que caiga" (Mujer 3 del módulo de mujeres Centro Penitenciario de Mallorca).

# 5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

El consumo en la población reclusa supone un gran problema, pues más del 75% de dicha población manifiesta haber consumido o tener problemas de consumo antes de entrar en prisión (Ministerio de Sanidad, 2022). Tradicionalmente, el consumo de sustancias es el factor de riesgo que más se asocia a conductas delictivas y, según estudios internacionales, el consumo en los centros penitenciarios es mayor entre las mujeres que en los hombres (Fazel et al., 2017). Pese a ello, el acceso al tratamiento para las mujeres privadas de libertad es limitado ya que hay menos oferta de programas para ellas comparado con los hombres (Barberet y Jackson, 2017). El objetivo de este estudio es ampliar el conocimiento de las barreras de acceso al tratamiento y las dificultades de adherencia al tratamiento de las mujeres consumidoras en prisión. La principal novedad de este estudio es la inclusión de entrevistas para poder ahondar en las dificultades de adherencia y barreras de acceso al tratamiento, al mismo tiempo que se recoge información a través de cuestionarios. Además, se exploran diferencias en las barreras de acceso a tratamiento en función del tipo de módulo en el que residen las mujeres.

Los resultados de esta investigación revelan que el perfil sociodemográfico de las mujeres internas consumidoras es mayoritariamente el de españolas de unos 40 años, solteras, con estudios básicos finalizados y con hijo/as a su cargo. Muchas de ellas presentan problemas de salud mental y requieren medicación psiquiátrica, lo que coincide con estudios previos tanto nacionales como internacionales (Ministerio de Sanidad, 2022; Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, 2023; Wright et al., 2012). Psicológicamente, las mujeres consumidoras muestran un bajo bienestar emocional y físico, además de baja autoestima, aunque se perciben capaces de gestionar sus problemas. En cuanto a las características del consumo, el cannabis es la sustancia más utilizada, aunque el 71,4% de las mujeres han estado en situaciones de policonsumo, iniciando su consumo en torno a los 18 años en contextos de ocio o en relaciones de pareja donde el consumo era habitual. En muchos casos, esto ha derivado en situaciones de violencia de género, identificándose esta problemática como un factor de riesgo relevante entre las mujeres en prisión (Edwards et al., 2022; Fontanil et al., 2013; Loinaz y Andrés-Pueyo, 2017; Schonbrun et al., 2017; Yurrebaso et al., 2022.). En cuanto a las diferencias

entre las mujeres en función del tratamiento, se destaca que las mujeres que están recibiendo ayuda tienen un nivel educativo más bajo y residen principalmente en módulos mixtos, los cuales valoran positivamente.

Las diferencias de género en el consumo dentro de prisión son notables. Las mujeres consumidoras tienen más hijos, menor apoyo social y acceden con menor frecuencia a programas de tratamiento que los hombres con problemas de consumo. Además, su bienestar físico y emocional es menor que el de los hombres, y presentan mayores dificultades para gestionar y resolver problemas. Sin embargo, al controlar la variable de acceso a tratamiento, las diferencias de género desaparecen, lo que sugiere que el menor acceso a recursos específicos influye significativamente en la situación de las mujeres consumidoras en prisión. Estudios previos (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2023), indican que las mujeres asumen más responsabilidades familiares y, aunque consumen menos que los hombres en términos generales, en este estudio se ha identificado que la prevalencia de consumo femenino es el doble que la de los hombres (70,8% frente a 30,1%). Esto podría explicarse por el hecho de que el 86,3% de los hombres en el estudio ha recibido o está recibiendo tratamiento, mientras que solo el 41% de las mujeres ha accedido a programas de deshabituación.

Por otro lado, las diferencias identificadas entre las mujeres en función del módulo en el que residen han sido la satisfacción con la ayuda recibida, la recepción de tratamiento, el consumo en el último mes y la valoración del módulo. Estos resultados pueden ser explicados por el hecho de que las mujeres que se encuentran en espacios compartidos con hombres suelen estar allí debido a su participación en un tratamiento integral para la deshabituación del consumo. Es por ello que pueden sentirse más satisfechas, presenten un menor consumo, reciban más tratamiento y valoren el módulo de manera más positiva. En cambio, las mujeres que residen en módulos exclusivamente femeninos reciben un tratamiento de tipo ambulatorio o, en algunos casos, no reciben ningún tipo de ayuda.

Además, la falta de información sobre los recursos en el centro, la carencia de recursos específicos o solo para mujeres y la baja predisposición al cambio han sido identificados como las principales causas de no acceder al tratamiento. Muchas mujeres desconocen la oferta de programas de tratamiento que ofrece el centro o bien, rechazan participar en programas de tratamiento con hombres por sentirse incómodas compartiendo espacios con ellos, lo que confirma la necesidad de mejorar el acceso a tratamientos específicos y adaptados a sus necesidades.

Finalmente, la adherencia al tratamiento se ve influenciada por múltiples factores, como la falta de apoyo externo, sobre todo de la familia, o de objetivos y motivaciones para un futuro, así como las experiencias negativas

con tratamientos previos.

Sin embargo, aunque estos resultados son muy relevantes para entender las diferencias en el acceso al tratamiento entre mujeres en centros mixtos, hay que tener en cuenta las limitaciones con las que se ha encontrado esta investigación. La principal limitación del estudio está relacionada con la composición de la muestra. Todas las mujeres están cumpliendo condena en centros penitenciarios mixtos. La mayoría de ellas residen en módulos dedicados exclusivamente a mujeres (71,4%), mientras que el 28,6% restante reside en módulos mixtos, conviviendo con hombres. No se ha contado con la participación de mujeres que residen en centros penitenciarios exclusivos de mujeres y este hecho puede afectar a los resultados encontrados, pues se desconocen las dificultades de las mujeres en este tipo de centros. Por otro lado, muchas mujeres accedieron a responder a la batería de cuestionarios, pero se negaron a realizar la entrevista, pues desconfiaban y temían consecuencias por lo que pudieran contar. Además, algunas de las mujeres que accedían a participar en la entrevista, se negaban a la grabación de esta, lo que dificultó el registro de la información.

A pesar de ello, se puede concluir que, tras los resultados expuestos, aunque limitados por la composición de la muestra, reflejan que las mujeres en prisión tienen más cargas y responsabilidades familiares, consumen más, sobre todo en situaciones de violencia de género, y las consecuencias a nivel físico y emocional son peores para ellas, si las comparamos con los hombres en prisión con problemas de consumo. Asimismo, en este estudio se constata que la prevalencia de las mujeres que reciben tratamiento y residen en módulos solo de mujeres es mucho menor. A partir de las entrevistas realizadas con las mujeres que no están recibiendo tratamiento, uno de los motivos que ellas mencionan para no acceder a los programas que se les ofrecen es el rechazo a compartir espacios con hombres. Por tanto, esto podría tenerse en cuenta de cara a ofertar espacios y programas dónde las mujeres puedan recibir ayuda sin esta barrera de acceso. Estos resultados pueden ayudar a mejorar con perspectiva de género las intervenciones existentes para mujeres en centros mixtos y plantear programas dirigidos únicamente a mujeres atendiendo a sus necesidades específicas.

# 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeda, E. (2005). Pasado y presente de las cárceles femeninas en España. *Sociológica. Revista de Pensamiento Social*, (6), 75-106.
- Alonso, M., & García, R. (2002). Adaptación española del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud*, 2, 329-342.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Barberet, R., & Jackson, C. (2017). UN rules for the treatment of women prisoners and non-custodial sanctions for women offenders (the Bangkok Rules): A gendered critique. *Papers: Revista de Sociología*, 102(2), 215-230.
- Bohn, M. J., Babor, T., & Kranzler, H. R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers. *Problems of Drug*
- Caravaca-Sánchez, F., & García-Jarillo, M. (2017). Factores de riesgo asociados a la reincidencia entre el colectivo femenino penitenciario en España. *Cuadernos de Medicina Forense*, 23(3-4), 76-81.
- Del Pozo Serrano, F. J. (2015). Prevención y tratamiento en el ámbito penitenciario: las mujeres reclusas drogodependientes en España. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (26), 173-199.
- Edwards, L., Jamieson, S. K., & Bowman, J. (2022). A systematic review of post-release programs for women exiting prison with substance-use disorders: Assessing current programs and weighing the evidence. *Health & Justice*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s40352-021-00162-6>
- Expósito, F., Moya, M. C., & Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13(2), 159-169. <https://doi.org/10.1174/021347498760350641>
- Fazel, S., Bains, P., & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191.

- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, 112(10), 1725-1739.
- Fontanil, Y., et al. (2013). Mujeres en prisión: un estudio sobre la prevalencia del maltrato. *Revista Española de Sociología*, 20, 21-38.
- Funch, D. P., Marshall, J. R., & Gebhardt, G. P. (1986). Assessment of a short scale to measure social support. *Social Science & Medicine*, 23(3), 337-344. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90356-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90356-4)
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Gómez-Peña, M., Penelo, E., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Álvarez-Moya, E., Santamaría, J. J., Moragas, L., Aymamí, M. N., Bueno, B., Gunnard, K., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2011). Motivation to change and pathological gambling: Analysis of the relationship with clinical and psychopathological variables. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 196-210.
- Håkansson, A., & Jesionowska, V. (2018). Associations between substance use and type of crime in prisoners with substance use problems - a focus on violence and fatal violence. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.2147/SAR.S143251>
- Iraurgi, I., Rodríguez, M., Carreras Prieto, I., Landabaso, M., Larrazabal, A., Muñoz, J., Estébanez, M., & Jiménez-Lerma, J. (2004). Análisis de fiabilidad y estructura factorial de la versión española del TPQ - Cuestionario de Percepción del Tratamiento en Drogodependencias. *Adicciones*, 16(1), 31-36. <https://doi.org/10.20882/adicciones.416>
- Jenkinson, C., & Layte, R. (1997). Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). *Journal of Health Services Research & Policy*, 2, 14-18.
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M., & Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapse. *Addiction*, 78(4), 381-389. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02526.x>
- Loinaz, I., & Andrés-Pueyo, A. (2017). Victimización en la pareja como factor de riesgo en mujeres en prisión. *Revista Criminalidad*, 59(3), 153-162.



- Marsden, J., Stewart, D., Gossop, M., Rolfe, A., Bacchus, L., Griffiths, P., Clarke, K., & Strang, J. (2000). Assessing client satisfaction with treatment for substance use problems and the development of the treatment perceptions questionnaire (TPQ). *Addiction Research & Theory*, 8(5), 455-470. <https://doi.org/10.3109/16066350009005590>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en instituciones penitenciarias (ESDIP)*. Disponible en <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
- Ministerio del Interior. (2022). *Informe general de Instituciones Penitenciarias*. Disponible en <https://www.interior.gob.es/>
- Pedrero-Pérez, E. J. (2016). Evaluación de variables psicológicas en el tratamiento de personas con adicción: Propiedades psicométricas del cuestionario VIP. *Acción Psicológica*, 13(1), 91-106. <https://doi.org/10.5944/ap.13.1.15363>
- Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., Vicente Manzanaro, M. P., Oliveras Valenzuela, M. A., & Lahoz Lafuente, M. (2010). Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y Drogas*, 10(1), 35-50.
- Plan Nacional de Drogas. (2021). *Mujeres, usos de drogas y las adicciones*. Disponible en <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Velicer, W. F. (1985). Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10(4), 395-406.
- Rodríguez, M., Jiménez-Lerma, J. M., Iraurgi, I., Murua, F., Bacigalupe, L., Chavarri, M. R., & Balsategi, B. (2002). Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del "Treatment Perception Questionnaire" (TPQ). *Adicciones*, 14(4), 1-8.
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2023). *Investigación sobre las características y necesidades terapéuticas de las mujeres privadas de libertad: Análisis de la drogodependencia desde la perspectiva de género y abordaje de los procesos de victimización de género*. Ministerio del Interior. <https://www.interior.gob.es/>

- Schonbrun, Y. C., Johnson, J. E., Anderson, B. J., Caviness, C., & Stein, M. D. (2017). Hazardously drinking jailed women: Post-release perceived needs and risk of reincarceration. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(16), 1819-1832. <https://doi.org/10.1177/0306624X16634702>
- Vera-Villarroel, P., Silva, J., Celis-Atenas, K., & Pavez, P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: Verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1275-1283. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>
- Wright, E. M., Van Voorhis, P., Salisbury, E. J., & Bauman, A. (2012). Gender-responsive lessons learned and policy implications for women in prison: A review. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1612-1632.
- Yurrebaso, A., Picado, E., Guzmán, R., et al. (2022). Factores de riesgo diferenciales entre hombres y mujeres en prisión. *Boletín Criminológico*, 213, 1-22.

# 7. ANEXOS

## Anexo I: Cuestionario sociodemográfico

Edad:

Hombre  Mujer

Nacionalidad:

En caso de nacionalidad no española, número de años residiendo en España:

**1. Marca la casilla correspondiente a tu nivel de estudios:**

Estudios básicos sin finalizar

Estudios básicos  Secundaria  Estudios universitarios

**2. Marca la casilla que se corresponda con tu situación civil:**

Casada  Viuda  Separada  Soltera

**3. Escribe el número de hijos/as:**

4. ¿Tienes relación con ellos/as? No  Sí

5. ¿Tienes relación con tus padres? No  Sí

**6. Escribe el número de hermanos/as que tienes:**

7. ¿Tienes relación con ellos/as? No  Sí

**8. ¿Has sido diagnosticado/a de alguna enfermedad mental/psicológica?**

No  Sí

**9. ¿Tomas medicación psiquiátrica?**

No  Sí  Especificar:

**10. ¿Has estado alguna vez en el programa para enfermos mentales (PAIEM)?**

No  Sí

**11. ¿Has estado alguna vez en PPS? (Programa prevención suicidios)**

No  Sí

**12. Por favor, escribe los siguientes datos penitenciarios:**

12.1. ¿Tiene sanciones actualmente? No  Sí

12.2. En el que caso de que tengas, por favor, escribe el número de sanciones:

12.3. ¿Sale de permiso? No  Sí

12.4. En caso afirmativo, por favor, escribe el número de permisos disfrutados:

12.5. Por favor, marca la casilla de las actividades que realizas en prisión:

Escuela  Destino  Cursos formativos

Trabajo remunerado  Taller ocupacional

Gimnasio/deporte  Lectura  Otros  Especificar:

**14. ¿En el último mes has consumido alguna de estas sustancias?**

Sustancia	Nunca 0	Una o dos veces 1	A menudo 2	Todos los días 3
Alcohol				
Porros				
Cocaína				
Heroína				
Tranquilizantes o pastillas para dormir				
Anfetaminas				
Drogas de diseño: éxtasis, MDA...				
Otros (especificar)				

## Anexo II: Diferencias entre mujeres y hombres que reciben tratamiento en prisión por problemas de consumo de sustancias

Tabla 11. Diferencias en las variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas	N	Mujeres (%)	Hombres (%)	X <sup>2</sup>	gl	p
Lugar de nacimiento	87			11,400	5	0,044*
España		82,8	96,6			
Latinoamérica		6,9	1,7			
Europa		10,3	0,0			
Marruecos		0,0	1,7			
Nivel de estudios	93			6,110	3	0,106
Estudios básicos sin finalizar		35,5	27,4			
Estudios básicos		32,3	19,4			
Secundaria		22,6	48,4			
Estudios universitarios		9,7	4,8			
Situación civil	89			4,879	3	0,181
Soltera		58,1	69,0			
Casada		12,9	13,8			
Separada		16,1	15,5			
Viuda		12,9	1,7			
Tiene hijos (Sí)	95	71,9	52,4	3,332	1	0,08
Relación con los hijos (Sí)	61	79,2	67,6	0,974	1	0,391
Relación con los padres (Sí)	86	80,0	80,4	0,002	1	1,000
Tiene hermanos (Sí)	95	90,6	88,9	0,068	1	1,000
Relación con los hermanos (Sí)	81	77,8	85,2	0,691	1	0,534
Problemas de salud mental (Sí)	93	51,6	41,9	0,782	1	0,388
Toma medicación psiquiátrica (Sí)	94	53,1	38,7	1,783	1	0,196
Ha estado en PAIEM (Sí)	94	6,3	12,9	0,983	2	0,486
Ha estado en PPS (Sí)	94	25,0	25,8	0,007	1	1,000
Tiene sanciones (Sí)	86	33,3	11,9	5,638	1	0,034
Ha salido de permiso (Sí)	88	21,4	23,3	0,039	1	1,000
Ha realizado estas actividades en prisión (Sí)						
Escuela	88	71,4	71,7	0,001	1	1,000
Destino	78	76,0	75,5	0,003	1	1,000
Curso formativo	75	46,2	57,1	0,824	1	0,467
Trabajo remunerado	58	52,2	37,1	1,279	1	0,290
Taller ocupacional	75	36,0	70,0	7,945	1	0,007**
Gimnasio	87	72,4	94,8	8,794	1	0,005**
Lectura	75	50,0	75,5	4,974	1	0,039*

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p<0,000

Tabla 12. Diferencias en el perfil psicológico

Características sociodemográficas	N	Mujeres M (DT)	Hombres M (DT)	t	gl	p
Autoeficacia	90	38,4 (9,9)	39,5 (11,3)	-0,474	88	0,318
Bienestar general	94	23,1 (5,2)	26,5 (4,0)	-3,299	50,1	0,000***
Bienestar físico	94	12,1 (3,5)	14,6 (2,6)	-3,524	49,573	0,000***
Bienestar emocional	94	12,9 (2,7)	14,0 (2,3)	-1,997	92	0,024*
Número de personas con las que puede contar	85	2,4 (1,4)	2,9 (1,9)	-1,051	83	0,148
Satisfacción con el apoyo recibido	87	3,5 (0,6)	3,4 (0,7)	1,042	85	0,150
Interacción prosocial	85	40,3 (7,9)	43,5 (8,0)	-1,736	83	0,043*
Sinceridad	84	3,0 (1,6)	3,2 (1,4)	-0,354	83	0,362
Autoestima	85	2,9 (1,4)	3,0 (1,3)	-0,8000	82	0,213

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p<0,000

Tabla 13. Diferencias en las características de consumo

Características de consumo	N	Mujeres M (DT)	Hombres M (DT)	t	X2	gl	p
Abuso de sustancias	94	7,5 (2,1)	8,5 (1,7)	-2,306		92	0,012*
Ha consumido en el último mes (Sí)	88	58,1	38,6		3,069	1	0,116
Sustancias consumidas							
Alcohol	78	13,3	4,2		2,185	1	0,197
Cannabis	78	20,7	10,2		1,654	1	0,312
Cocaína	78	10,3	8,2		0,106	1	1,000
Heroína	75	10,7	4,3		1,176	1	0,356
Tranquilizantes	81	37,9	25,0		1,493	1	0,310
Anfetaminas	74	3,6	0,0		1,665	1	0,378
Drogas de diseño	48	5,9	3,2		0,194	1	1,000
Predisposición al cambio	88	60,5 (11,1)	64,5 (8,3)	-1,931		86	0,028*
Satisfacción con el tratamiento	91	6,3 (1,9)	6,0 (2,3)	0,491		89	0,312
Situaciones de riesgo de recaída	87	76,2 (25,4)	73,2 (23,8)			85	0,297
Estados de ánimo negativos	87	39,1(14,8)	39,2 (14,6)			85	0,481
Vigilancia cognitiva	87	10,4 (4,5)	8,4 (4,0)			85	0,022*
Situaciones de ocio	86	18,7 (5,8)	18,7 (4,8)			84	0,475
Estímulos relacionados al consumo	86	11,4 (5,2)	10,1 (4,1)			45,973	0,126

Nota: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p<0,000



FIADYS

[secretaria@fiadys.org](mailto:secretaria@fiadys.org)  
[fiadys.org](http://fiadys.org)