

**LA MUJER DROGODEPENDIENTE
ESPECIFICIDAD DE GÉNERO Y
FACTORES ASOCIADOS**

**ELISABETE AROSTEGI SANTAMARIA
AURORA URBANO ALJAMA**

Índice

| | Págs. |
|---|--------------|
| 1. PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DEL INFORME..... | 6-9 |
| 2. METODOLOGÍA..... | 10-14 |
| 3. EL CONSUMO DE DROGAS EN EL COLECTIVO FEMENINO... | 15-50 |
| 3.1 Análisis de la literatura y de la investigación en torno a las adicciones desde una perspectiva de género..... | 15 |
| 3.2 Análisis de la prevalencia del uso de drogas legales e ilegales en la población femenina. Una primera aproximación a las consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas..... | 18 |
| 3.2.1 Drogas legales..... | 19 |
| 3.2.1.1 Consumo de tabaco. Consecuencias..... | 19 |
| 3.2.1.2 Consumo de alcohol. Consecuencias..... | 23 |
| 3.2.1.3 Consumo de psicofármacos. Consecuencias.... | 29 |
| 3.2.2 Consumo de drogas ilegales. Consecuencias..... | 31 |
| 3.3 Factores de riesgo y Factores de protección asociados a la adicción femenina..... | 34 |
| 3.3.1 Factores de riesgo asociados a la toxicodependencia en la mujer..... | 36 |
| 3.3.1.1 Factores de riesgo sociales..... | 44 |
| 3.3.1.2 Factores de riesgo individuales..... | 45 |
| 3.3.1.3 Factores de riesgo relacionales..... | 47 |
| 3.3.2 Factores que protegen frente al consumo de drogas en la mujer..... | 48 |

| | |
|--|--------------|
| 4. ENTIDADES DE ATENCIÓN A USUARIOS DE DROGAS. LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA CAPV SOBRE LA ADICCIÓN FEMENINA..... | 51-61 |
| 4.1 Inicio del consumo (edad, forma, pautas de consumo, causas, etc.)..... | 53 |
| 4.2 Motivaciones para el tratamiento y duración del proceso. | 54 |
| 4.3 Aceptación de límites y normas en el tratamiento..... | 55 |
| 4.4 Abandono del proceso terapéutico. Causas más frecuentes..... | 56 |
| 4.5 Otros problemas en el tratamiento de drogodependencias..... | 57 |
| 4.6 Vinculación con el terapeuta en función del género de éste o ésta..... | 57 |
| 4.7 Recaídas en el mantenimiento de la abstinencia: causas.. | 58 |
| 4.8 Consecuencias del consumo de drogas en la vida de las pacientes..... | 59 |
| 4.9 Percepción social del usuario de drogas en función del género..... | 59 |
| 4.10 Opinión a cerca de necesidad del establecimiento de tratamientos diferenciales en función del género..... | 60 |
| 4.11 Otras cuestiones importantes extraídas del análisis de las entrevistas..... | 61 |

| | |
|--|---------------|
| 5. LA POBLACIÓN FEMENINA USUARIA DE DROGAS EN LA CAPV..... | 62-203 |
| 5.1 Perfil sociodemográfico..... | 63 |
| 5.2 Salud..... | 87 |
| 5.3 Inicio del consumo de drogas..... | 95 |
| 5.4 Tratamientos..... | 107 |
| <i>5.4.1 Tratamientos representativos.....</i> | 108 |
| <i>5.4.2 Edad de inicio de los tratamientos.....</i> | 111 |
| <i>5.4.3 Comunidades terapéuticas y Centros residenciales</i> | 113 |
| <i>5.4.4 Tratamientos significativos. Tiempo de la finalización del último tratamiento.....</i> | 115 |
| <i>5.4.5 Toma de conciencia de la dependencia.....</i> | 117 |
| <i>5.4.6 Personas de apoyo durante el tratamiento.....</i> | 123 |
| <i>5.4.7 Relación con otros usuarios del programa.....</i> | 124 |
| <i>5.4.8 Cambios durante el proceso terapéutico.....</i> | 125 |
| <i>5.4.9 Terapeutas mujeres y terapeutas hombres.....</i> | 128 |
| <i>5.4.10 ¿Es necesario un tratamiento diferencial en función del género?.....</i> | 129 |
| 5.5 Estado actual..... | 135 |
| 5.6 Preocupaciones en la actualidad..... | 138 |
| 5.7 Consumo actual de drogas..... | 140 |
| 5.8 Recaídas..... | 142 |
| 5.9 Relación familiar..... | 148 |
| 5.10 Existencia de maltrato y/o abusos físicos, psicológicos y/o sexuales..... | 153 |
| 5.11 Relaciones afectivas..... | 159 |

| | |
|---|----------------|
| 5.12 Redes de apoyo y amistad..... | 168 |
| 5.13 Espacio de tiempo libre y ocio..... | 176 |
| 5.14 Relaciones entre el consumo de drogas y otros comportamientos disfuncionales..... | 179 |
| 5.14.1 Trastornos de la alimentación..... | 179 |
| 5.14.2 Prostitución..... | 180 |
| 5.14.3 Problemas judiciales y penitenciarios..... | 186 |
| 5.14.4 Ideas e intentos de suicidio..... | 189 |
| 5.15 Sentimientos asociados al consumo de drogas..... | 190 |
| 5.16 Consecuencias del uso de drogas que afectan a su vida en el momento actual..... | 194 |
| 5.17 Opinión sobre la percepción social de la adicción a drogas..... | 198 |
| 6. RESUMEN y CONCLUSIONES..... | 204-214 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA y FUENTES CONSULTADAS..... | 215-223 |
| 8. ANEXOS..... | 224-234 |
| 8.1 Anexo 1. Cuestionario a terapeutas..... | 224 |
| 8.2 Anexo 2. Cuestionario a mujeres usuarias de programas educativo-terapéuticos..... | 225 |

1. PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DEL INFORME

*“es preferible vivir que definir;
mostrar que demostrar”*

Sócrates

A raíz de nuestro encuentro con esta cita que descubrimos repasando la bibliografía, deseamos iniciar este informe haciendo una declaración de intenciones; una especie de “manual de instrucciones” de lectura previa en el que quede clara nuestra intención a la hora de dirigir el argumento de este texto.

Nuestro deseo no es el de “definir” este trabajo como un manifiesto beligerante que pretenda cargar las tintas contra una sociedad machista o lugares comunes del estilo. Tampoco pretende “definirnos” como dos investigadoras feministas; en todo caso, esto quedará dentro de nuestra esfera personal; pero no negamos que, sin duda, todo lo que se expone estará condicionado por nuestro “vivir” personal y profesional desde la condición femenina, desde este punto de vista particular.

Nuestra percepción de la realidad, también en nuestro trabajo, está condicionada por la historia, pero como se pregunta Román Reyes (1998), “¿qué pasa cuando la historia nos pisa los talones?”. En lo que percibimos existe una dependencia del contexto y de lo que hayamos interpretado anteriormente, es decir, en definitiva, existe también una dependencia de la historia y de la memoria, que es la que la rescata.

Tampoco queremos “demostrar” nada. Ojalá pudiéramos elaborar un modelo teórico que permitiera explicar íntegramente el porqué del consumo de drogas en las mujeres, o en los hombres, o el porqué algunas personas consumen y otras no y contribuir con este conocimiento a su prevención. Nuestras expectativas son más humildes. Queríamos “mostrar” o, mejor dicho, contribuir a que se pueda mirar desde otra perspectiva la realidad de las mujeres que consumen drogas. Concretamente, la de las mujeres que de forma desinteresada nos han contado su experiencia.

En definitiva, nuestra intención es declarar que:

- . no pretendemos hacer un alegato feminista
- . mucho de lo que el lector encontrará expuesto es común a la adicción en general, aunque se tiene en cuenta una perspectiva de género
- . pretendemos realizar una aportación a la comprensión de la adicción femenina
- . no para criticar carencias

- . o manifestar la necesidad de crear recursos que fomenten la discriminación, aunque ésta sea positiva sino para
- . conocer una realidad en mayor medida y que esto permita tener en cuenta determinados aspectos de vulnerabilidad personal y social (cultural, de contexto, etc.) para poder mejorar la calidad del tratamiento individualizado.

En esta investigación, sin ánimo de afirmar o fundamentar tesis estancas, pretendemos ofrecer a los y las profesionales de las drogodependencias cierto conocimiento de aspectos específicos que afectan a las mujeres toxicómanas, dar a conocer la prevalencia de la adicción en la población femenina, profundizar en aspectos específicos y diferenciales de la drogodependencia en la mujer y analizar la actitud de la mujer ante la propia adicción (autoconcepto, autocuidado, autoprotección) y ante su propio proceso de recuperación; cuáles han sido sus entornos vitales, sus circunstancias y los acontecimientos familiares y educacionales vividos más relevantes, sus incidencias actuales, qué hacen y cómo están ahora, su valoración sobre los tratamientos por los que han pasado, sus recuerdos sobre la etapa de consumo, las idas y venidas del proceso de recuperación, las recaídas y las razones de las mismas, cómo han percibido a los terapeutas y a las terapeutas, etc.

En definitiva, se trata de abrir algunas vías de reflexión que posibiliten un cambio de actitud entre los profesionales y que esto permita la introducción de nuevos modelos de tratamiento en los programas actuales.

Desde nuestra experiencia profesional en drogodependencias no solamente hemos constatado las diferencias en cuanto al género sino también las diferentes demandas que estas diferencias plantean al profesional que les atiende. En nuestra comunidad autónoma existen personas que desde diversos campos, sociología y psicopatología sobre todo, están aportando nuevos datos y nuevos puntos de vista al respecto.

Después de lo dicho, hay razones para pensar que, desde ahora mismo, ya se justifica ir abriendo enfoques teóricos y caminos metodológicos que conduzcan a horizontes más amplios en la investigación de la condición de las mujeres. Desde este punto de vista, partimos del método fenomenológico “de lo que aparece o de lo que se manifiesta” (Serrano 2001); es decir, tenemos una información objetivada procedente de estadísticas que están contrastadas, testimonios de mujeres que informan sobre su periodo adictivo, sobre su periodo de recuperación y sobre sus circunstancias vitales más importantes. Además, contamos con una ventaja ya que nuestro campo de trabajo es el de las drogodependencias, lo cual implica un conocimiento en primera línea de la realidad que queremos investigar.

Este informe se ha realizado en el marco del convenio de colaboración que el Instituto Deusto de Drogodependencias mantiene con la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. El equipo investigador ha sido

conformado por personal de este instituto de la Universidad de Deusto y por profesionales de la clínica de las drogodependencias que conciben la investigación como un trabajo necesario para enriquecer y complementar el trabajo diario con sus pacientes.

De esta forma Aurora Urbano, psicóloga, educadora en la Comunidad Terapéutica Manu-Ene para usuarios de drogas, dio forma de investigación a las constantes reflexiones que surgían desde su quehacer diario en contacto con mujeres usuarias de drogas, llevó el peso del trabajo de campo a la hora de entrevistar a los profesionales y a las propias usuarias y participó en la elaboración y redacción del informe y las conclusiones.

Teresa Laespada, socióloga, investigadora del Instituto Deusto de Drogodependencias encaminó la elaboración de las entrevistas a unos y otras, supervisó el tratamiento y análisis de los datos y el texto final.

Elisabete Arostegi, psicóloga, Ayudante de Investigación del Instituto Deusto de Drogodependencias de la Universidad de Deusto coordinó el trabajo, participó realizando algunas de las entrevistas a las mujeres que conformaron la población objeto de estudio y participó en la redacción del informe y las conclusiones del mismo.

Este equipo ha contado con la ayuda de Olga Sierra en las tareas de revisión y reseña de la bibliografía, traducción de textos y realización de entrevistas personales y telefónicas a técnicos y afectadas.

Agradecemos a todas las usuarias de los programas que voluntariamente nos han cedido su tiempo y su experiencia, sin sus testimonios este trabajo no habría sido posible. Agradecemos también la colaboración de Ami Estébanez, María Jesús Irastorza, Izakun Calvente, Carmen Lourido, Ixone Sorozábal, María Jesús Aristegi, Jose Manuel López, Joseba Iraurgi, Fernando Mediavilla, Karmele Garai, Mikel Palacios, Juan Llorente, Olga Aginako, Belén Fernández, Jesús Arana, Mari Mar Lledó, Begoña Sánchez, José Antonio Macarro, Izaskun Sastre, Xabier Moñux, Lourdes Ortigosa, Izaskun Galarza, Teresa Peña, Juanma Jiménez y a los responsables de Alcohólicos Anónimos de Santutxu.

En el capítulo que sigue a esta presentación (Cap. 2) detallamos la metodología empleada para la investigación: la selección de los centros de tratamiento, el contacto con los mismos, pasación de cuestionarios a terapeutas que trabajan con población toxicómana femenina, selección del grupo piloto y de la muestra, trabajo de campo, realización de las entrevistas y tratamiento de los datos, tanto cuantitativa como cualitativamente.

En el tercer capítulo realizamos un recorrido por la literatura publicada y por la investigación llevada a cabo desde la perspectiva de género, para continuar con

un análisis de la prevalencia del consumo de drogas legales e ilegales en el colectivo femenino, tanto en la Comunidad Autónoma Vasca como en el Estado Español y en la Unión Europea. De la literatura seleccionada y de un primer análisis de los datos, elegimos el encuadre teórico desde el cual presentaremos las primeras hipótesis y las interpretaciones de los datos obtenidos en nuestra muestra. En este mismo capítulo, y como parte del marco teórico, resumimos los factores de riesgo y los factores de protección individuales, relacionales y sociales que envuelven al universo femenino en su relación con el abuso de sustancias.

El cuarto capítulo recoge la opinión de una muestra de profesionales sobre la adicción femenina. Nuestra intención es presentar un análisis de la experiencia profesional acerca de los momentos más relevantes dentro del proceso de rehabilitación de las usuarias de los programas, así como conocer otros datos relativos al proceso de iniciación y establecimiento de la conducta de abuso de drogas.

El quinto capítulo analiza en profundidad la muestra objeto de estudio: 56 mujeres usuarias de programas de tratamiento por el consumo problemático de drogas. De la muestra, surgirán tres perfiles en función de la droga de abuso: heroína, alcohol y cocaína.

Finalizamos con un resumen y unas conclusiones, tanto de nuestra población objeto de estudio como de nuestro trabajo.

2. METODOLOGÍA

Cada vez es mayor el volumen de investigaciones que integra la variable de género en la literatura existente sobre el tema de las adicciones. Sin embargo, dada la escasez de estudios en ámbito de la CAPV que se hubiesen acercado al objetivo de investigación propuesto, por un lado se partió de la necesidad de desarrollar un estudio descriptivo exploratorio con el fin de familiarizarse con este fenómeno relativamente nuevo y que comienza a ser tenido en cuenta en la sociedad científica. Por otro lado, el estudio integra la investigación cuantitativa y cualitativa. Muchos de los datos se han sometido a un análisis estadístico con el objeto de comprobar las posibles asociaciones del consumo femenino de drogas con otras variables y por otro lado, en lo cualitativo, los testimonios se han grabado y analizado siguiendo un criterio fijado de antemano. En definitiva, el objetivo de este estudio fue conocer la realidad del consumo de sustancias adictivas por parte de la población femenina e identificar algunas de las claves fundamentales del fenómeno.

Precisamente por el carácter exploratorio del estudio la metodología empleada se ha basado en técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida de datos y en una selección muestral no probabilística, como se explica más adelante.

Nos hemos acercado a diferentes ámbitos del mismo fenómeno. Nuestra población objetivo la han conformado las mujeres usuarias de drogas legales e ilegales residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco que han tenido relación con uno o más centros de tratamiento por el uso y abuso a estas sustancias.

En esta investigación se utilizan varias vías de acercamiento a la realidad. De un lado han sido entrevistados diferentes profesionales pertenecientes a asociaciones, ONGs, instituciones y diversos colectivos que tienen relación con la población usuaria de drogas, ya que trabajan en el campo del tratamiento en toxicomanías. Por otro lado se ha entrevistado a mujeres que tienen o han tenido relación con el abuso de sustancias psicoactivas (heroína, cocaína y alcohol).

Muestra

Al ser un estudio exploratorio la selección muestral y el tamaño muestral no se han ajustado a criterios probabilísticos.

Aunque no existe base de sondeo en relación con la población consumidora de drogas en general, aparecen más problemas con la población femenina consumidora de sustancias en particular. Las mujeres adictas están subrepresentada en los centros de tratamiento debido a las dificultades que obstaculizan su demanda de tratamiento (la existencia de cargas familiares, la

percepción de no ser consideradas en los tratamientos, el temor a la pérdida de los hijos y a ser definidas como “madres irresponsables”). Los datos extraídos de algunas memorias de los centros del tratamiento o del propio Sistema de Información sobre Toxicomanías de la CAPV acerca del volumen de demanda de tratamiento nos ha permitido calcular la muestra representativa de mujeres en los tres territorios históricos de la Comunidad.

Aún no siendo factible alcanzar la representatividad del universo se ha procurado reflejar, en la medida de lo posible, las características y la distribución de la población de referencia. Para la localización de las mujeres se utilizaron como fuente de contacto algunas de las asociaciones, ONGs, instituciones o colectivos relacionados o que atienden directamente a esta población más representativos de la CAV.

Respecto a los centros que atienden a población usuaria de drogas no ha existido ninguna dificultad de acceso.

Se contactó con 16 centros representativos del panorama asistencial en todas las modalidades de tratamiento (ambulatoria, Comunidad Terapéutica, centros de día, etc.), entrevistando en algunos casos a más de un profesional en el mismo centro. Concretamente:

- a) En Bizkaia se visitaron 11 centros, efectuando 15 entrevistas a profesionales
- b) En Gipuzkoa acudimos a 3 centros y se entrevistó a 2 profesionales (uno de los tres centros sólo participó facilitando las entrevistas a las usuarias)
- c) En Vitoria-Gasteiz visitamos 2 centros y entrevistamos a 5 profesionales de la asistencia en drogodependencias

Tras las entrevistas a las entidades y organizaciones que prestan asistencia a la población usuaria de drogas se les solicitó la posibilidad de facilitarnos el contacto con población femenina consumidora de drogas. De esta forma obtuvimos una serie de contactos con los cuales se conformó la muestra de 56 mujeres que habían sido consumidoras de drogas a quienes finalmente se entrevistó.

Por lo que se refiere al nivel de sinceridad de sus contestaciones y aunque es aventurado hacer afirmaciones categóricas al respecto, creemos que las respuestas fueron muy fiables debido a la garantía de privacidad y anonimato que les concedimos. Por otra parte, la experiencia laboral de las entrevistadoras que desarrollan su trabajo en contacto diario con usuarios de drogas permitió establecer un clima de confianza que facilitó el abordaje de historias de vida muy complejas y difíciles de narrar para la propia protagonista. Por último, se puso especial énfasis en hacer lo posible para que el contacto fuera personal. Los esfuerzos fueron recompensados y las entrevistas aportaron mucha y muy rica información.

En cuanto a la ubicación de las entrevistadas por territorio histórico, la muestra queda como sigue:

- a) En Bizkaia se entrevistó a 38 mujeres (32 de forma personal y 6 telefónica)
- b) En Gipuzkoa se contactó con 10 mujeres a las que se entrevistó personalmente
- c) En Vitoria-Gasteiz entrevistamos personalmente a 8 mujeres

Guión de la entrevista y test piloto

Para la recogida de los datos se procedió a diseñar dos guiones de entrevista, uno dirigido a las entidades (Anexo 1) y otro a la población femenina usuaria de drogas (Anexo 2). Tras el diseño de los guiones de entrevista se procedió a comprobar la bondad y ajuste de estos instrumentos. Para ello se realizó una prueba piloto a los dos colectivos a encuestar: por un lado a una entidad en cada territorio histórico y por otro lado a ocho mujeres. A todos ellos se les pasó el test piloto y con sus resultados se procedió a realizar pequeños ajustes para mejorar su comprensión y su precisión.

Se trató de elaborar un cuestionario semiestructurado en el que se integró aspectos cuantificables y temas para abordar en profundidad, tanto para los centros como para las mujeres que participaron en la investigación, procediendo a realizar las adaptaciones precisas teniendo en cuenta una y otra población; es decir, profesionales y afectadas.

En cualquier caso, las entrevistas fueron diseñadas para cubrir los siguientes objetivos:

1. Conocer a partir de las manifestaciones de las mujeres:
 - 1.1 Sus itinerarios vitales: motivos de inicio en el consumo, sustancia de elección, circunstancias asociadas (prostitución, prisión, etc.).
 - 1.2 Sus datos personales: origen familiar y social, nivel formativo y profesional.
 - 1.3 Condiciones de vida actuales: familia, vivienda, trabajo, expectativas, integración social y expectativas de futuro.
 - 1.4 Proceso de tratamiento: cuándo y por qué iniciaron el tratamiento. Dificultades percibidas. Valoración de su trayectoria de consumo desde la finalización de un proceso terapéutico. Interpretación de su historia vital desde la especificidad de género, etc.
2. Saber a partir de las declaraciones de los profesionales que les tratan:

- 2.1 El tipo de servicios que prestan, la metodología utilizada y los objetivos planteados. Si se toma en cuenta la especificidad de género y cómo se aborda esta cuestión.
- 2.2 Descripción de la población femenina que acude a tratamiento.
- 2.3 Descripción del perfil de los casos que atienden y peculiaridades de sus toxicomanías.

Trabajo de campo

Tuvo lugar entre los meses de noviembre de 2.002 y marzo del 2.003. En una primera fase se realizaron las entrevistas a los responsables de las entidades que atienden a mujeres toxicodependientes. Las entrevistas tuvieron lugar en sus sedes y su duración fue superior a una hora.

Como base se utilizó el guión de entrevista que aparece en el Anexo 1. Las conversaciones fueron grabadas, después transcritas textualmente y finalmente analizadas. Se garantizó el anonimato y las respuestas, en la gran mayoría de los casos, fueron detalladas y clarificadoras, si bien con la subjetividad inherente al tema. Aunque las entrevistas eran individuales en algún centro estuvo presente más de un profesional de la misma organización.

Para las entrevistas con las mujeres se utilizó el cuestionario previsto (Anexo 2). Éstas fueron individuales y se celebraron en lugares diversos; en la universidad, en lugares públicos o en la misma casa de la entrevistada, siempre intentando adaptarnos a los horarios, compromisos previos y disponibilidad de las mujeres que colaboraron desinteresadamente en esta investigación.

Debe remarcarse, para dar valor a la información obtenida, que la facilidad ofrecida por las entidades e instituciones y el hecho de partir de la presentación del estudio de estas mismas entidades a la población objeto de nuestro estudio, hizo que fueran pocas las negativas a realizar las entrevistas por parte de las mujeres. En algún otro caso, el entrevistador hubo de establecer varias citas para poder llegar a entrevistar a algunas mujeres que tenían peor disponibilidad horaria o, quien sabe, mayores reticencias a la hora de concretar el encuentro.

Análisis de los resultados

Con los informes de las transcripciones se procedió a realizar un análisis cuantitativo y cualitativo (o de contenido) de la información obtenida. La lectura de las transcripciones se efectuó de manera sistemática, objetiva, replicable y válida, tratando de conocer no sólo aquello que los técnicos y las mujeres habían transmitido de forma directa, sino también el mensaje oculto, latente o indirecto que suscita la lectura de las diferentes transcripciones.

La información cuantitativa fue introducida y analizada de forma sistemática utilizando el paquete de análisis estadístico SPSS 11.0.

3. EL CONSUMO DE DROGAS EN EL COLECTIVO FEMENINO

3.1 Análisis de la literatura y de la investigación en torno a las adicciones desde una perspectiva de género.

En general, el análisis de los datos publicados en los diversos Observatorios sobre la droga y la toxicomanía (Europeo, Español y/o Vasco) permite afirmar que los hombres consumen más drogas ilícitas que las mujeres y por ello, tradicionalmente, los trastornos adictivos han sido considerados como enfermedades de la población masculina. Sin embargo, existen factores legales, culturales, educativos y geográficos que han llevado a un aumento de la prevalencia del consumo entre las mujeres.

Factores tales como los nuevos roles desempeñados, los roles asignados, la dependencia afectiva, la publicidad directa e indirecta y la influencia de los medios de comunicación, la imagen corporal, las cargas sociales, las relaciones personales, la violencia directa e indirecta ejercida contra las mujeres, las nuevas situaciones vitales fruto de los nuevos roles libremente elegidos (salida al mercado laboral, cambios en el estado civil, mayor autonomía y libertad para decidir, etc.) y las nuevas formas de ocio contribuyen al inicio y mantenimiento de conductas de adicción diferenciales entre hombres y mujeres y se constituyen en verdaderas situaciones de riesgo para estas últimas.

La investigación sobre drogas hecha desde la perspectiva de género comenzó en la década de los 80 en EEUU, pudiendo este interés estar relacionado con el rápido incremento de mujeres adictas en todo el mundo y la necesidad de ofrecer un tratamiento adecuado a las aproximadamente 4 millones de mujeres que precisan tratamiento por abuso de drogas en ese país.

El primer país europeo que se preocupó de la visión femenina del problema fue Alemania, a finales de los 70 y comienzos de los 80, investigando los programas de tratamiento y prevención de drogas. Francia concedió importancia al incremento de casos de VIH (Ingold, 1996) y encontró que el embarazo era una de las causas más tenidas en cuenta para abandonar la adicción pero una vez se daba a luz eran frecuentes las recaídas porque la mujer sentía que esto no suponía la “realización” de sus esperanzas (aunque también hay autores que opinan que este es un sentimiento temporal por lo que es importante, en un momento tan específico como éste, ofrecer una intervención determinada (Venner, Fourest, 1998)). De hecho, la mayoría de los estudios y las intervenciones específicas desarrolladas en otros países europeos ha seguido esta línea, realizando estudios más vinculadas a temas de embarazo y los riesgos que éste añade.

En España, no ha sido hasta la pasada década cuando la sociedad y la comunidad médica empiezan a reconocer la gravedad del consumo problemático de sustancias tóxicas entre las mujeres y a observar diferencias en relación al género.

En Euskadi, la bibliografía encontrada en torno al problema de la adicción hace referencia a niveles de prevalencia del consumo de las diversas sustancias en función del sexo, pero no se hace alusión específica a la situación de las mujeres consumidoras de drogas o las características concretas de esta población.

No obstante, los datos expuestos en los informes del Observatorio Vasco de Drogodependencias (Informes 0 a 5) manifiestan un notable consumo de alcohol, benzodiacepinas, hipnóticos o sedantes y anfetaminas entre las mujeres.

Entre los datos más actualizados encontramos que El Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía, en su informe 2000 sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea, afirma que los problemas de drogas específicamente relacionados con mujeres no han sido examinados de un modo sistemático aún por los sistemas de información sobre drogas. Según esta misma fuente en España no se dispone de información alguna sobre programas dirigidos a mujeres embarazadas consumidoras de drogas ni programas referidos a niñas de edad escolar o adolescente (EMCDDA, 2001).

Sin embargo, y por poner sólo unos ejemplos de las lagunas existentes, veremos, que tanto en nuestra muestra como en la realidad recogida por otros estudios la correlación de mujeres toxicómanas con hijos es muy elevada.

De hecho, el creciente número de consumidoras de opiáceos embarazadas exige un nivel particularmente alto de intervención y apoyo ya que el incremento del número de niñas y niños nacidos de consumidoras que corren el riesgo de desarrollar problemas de drogas, problemas emocionales y de aprendizaje, entre otros también aumenta en la misma proporción (Merino, 2002).

Las estadísticas reflejadas en los datos ofrecidos por los mencionados observatorios reflejan que menos de una mujer por cada tres hombres usuarios de drogas solicita tratamiento. La razón hay que buscarla en que muchas no reclaman ayuda por miedo a perder a sus hijos, ser etiquetadas como madres "inadecuadas" o a verse marginadas por la familia o la pareja y por ello las cifras reales de mujeres con problemas de drogas no están adecuadamente representadas.

Pese a todo, los pocos estudios clínicos e investigaciones realizadas sobre aspectos diferenciales del consumo de drogas entre hombres y mujeres (Llopis, 1997; Buckstein y otros, 1989; Klee, 1995; Meneses, 1997) indican que existen

diferencias significativas en la susceptibilidad a los efectos adversos de las drogas psicoactivas, diferencias en el metabolismo y en las normas sociales y culturales.

Estas circunstancias suponen un motivo de preocupación social y sanitaria cada vez mayor.

¿Existen aspectos relacionados con el consumo de drogas que afectan de forma distinta a hombres y mujeres?, ¿a qué se debe el aumento del consumo de drogas legales e ilegales entre la población femenina?, ¿es realmente un aumento o se trata de la constatación de un fenómeno social hasta ahora entre sombras?.

En general, opinamos que es necesario dar luz a aspectos que hasta ahora han permanecido invisibles por:

1. Errores de generalización: considerar que hombres y mujeres pensamos y sentimos igual y, por tanto, se ofrece a toda la población toxicómana los mismos modelos de tratamiento. La mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre la drogadicción masculina. Es importante darse cuenta de que los métodos clínicos utilizados para la identificación y el tratamiento de estos trastornos se basan en programas de tratamiento utilizados para hombres.

Desde un punto de vista cronológico, no es hasta 1992 cuando las autoridades exigen incluir a grupos poblacionales femeninos en los estudios y ensayos clínicos sobre éste y otros temas (Melton, 2002).

Es posible que el protocolo sanitario, eminentemente orientado hacia lo masculino, impida a muchas mujeres sentirse cómodas en un tratamiento que no es para ellas y esto repercute en la concepción y en las dificultades de permanencia en el mismo. Este es uno de los motivos por el que en los programas actuales de tratamiento se reclaman medidas de prevención y tratamiento específicos para mujeres.

Uno de los mejores logros sería que las voces de las mujeres sean cada vez más escuchadas y consideradas como portadoras de significado y de verdad, y en consecuencia de credibilidad (Amorós, 1994).

2. Errores de atribución: la mayoría de los profesionales que hasta ahora están en la dirección de programas de tratamiento, en los centros de tratamiento siguen siendo hombres, existiendo una tendencia general a comprender y asimilar lo semejante, quedando en la sombra, ignorado o infravalorado “lo distinto” por no entenderlo o no conocerlo.

Al fin y al cabo, el cerebro reconoce patrones, reconoce lo que ha visto antes, pero no lo que no se ha señalado. Lo que no se ha nombrado no se ve y por tanto no se percibe. El cerebro, cuando ve, hace hipótesis de lo que cree que es la realidad. Nuestra idea es contribuir a pormenorizar una parte de la realidad que se está empezando a nombrar y por tanto a existir y a tener en cuenta.

3.2 Análisis de la prevalencia del uso de drogas legales e ilegales en la población femenina. Una primera aproximación a las consecuencias del abuso de sustancias psicoactivas

Hemos considerado conveniente presentar algunos datos epidemiológicos del consumo de drogas de las mujeres usuarias de drogas en la Comunidad Autónoma Vasca, en el Estado Español y en la Unión Europea, utilizando una división clásica ampliamente extendida de drogas legales (tabaco, alcohol y psicofármacos) e ilegales (cannabis y derivados, opiáceos, cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis, etc.).

Los datos que facilita la investigación epidemiológica acerca del consumo de drogas permiten definir la naturaleza, el horizonte y la secuencia de la progresión desde el inicio del consumo hasta el abuso o adicción, lo que nos ha permitido identificar a las mujeres, entre otros colectivos, como segmentos de la población vulnerables al consumo y abuso de sustancias teniendo en cuenta los factores asociados que contribuyen a esa vulnerabilidad.

A nivel general, los datos corroboran la existencia de un preocupante aumento del consumo de drogas por parte de las mujeres, presentándose la prevalencia de consumo más altas en todos los tipos de drogas, excepto de psicofármacos, entre las más jóvenes, las que están en edad escolar.

A nivel europeo, no existen datos distribuidos por sexos y en el Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la unión Europea y en Noruega, publicado por el Observatorio Europeo de Drogodependencias, la única alusión a la diferencia es que “los hombres superan a las mujeres en el porcentaje de personas que han probado drogas en todos los países y en todos los grupos de edad, si bien estas diferencias suelen disminuir entre los grupos más jóvenes” (EMCDDA, 2002).

3.2.1 Drogas legales.

3.2.1.1 Consumo de Tabaco. Consecuencias

Comunidad Autónoma Vasca (CAV)

En la CAV, los datos más recientes corresponden a diversas publicaciones de Gobierno Vasco (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 1999; la última entrega de la serie Euskadi y Drogas, 2000; Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas, 2000) y la serie dirigida por Elzo y cols. (2003), Drogas y Escuela VI (referida a escolares donostiarras). No reproduciremos las tablas y los datos de todos ellos ya que, globalmente, los resultados son reiterativos.

Tabla 1. Distribución porcentual de fumadores habituales por género en la CAPV

| | 1999 | 2001 |
|----------------|-------|-------|
| Mujeres | 35,9% | 37,4% |
| Hombres | 49,4% | 47,4% |

Fuente: 6º encuesta vasca sobre drogodependencias de Gobierno Vasco, Euskadi y drogas (2000)

Tabla 2. Distribución porcentual de fumadores habituales por género y edad en la CAPV.

| | 1999 | 2001 | 1999 | 2001 |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Grupos de edad | Hombres | Hombres | Mujeres | Mujeres |
| 15-19 | 18,5% | 30,3% | 32,2% | 22,8% |
| 20-24 | 41,9% | 46,6% | 37,5% | 52,5% |
| 25-34 | 49,5% | 44,1% | 60,7% | 52,7% |
| 35-49 | 59,2% | 56,3% | 55,2% | 57,3% |
| 50-64 | 52,6% | 50,7% | 17,5% | 23,7% |
| 65-79 | 47,0% | 40,8% | 4,4% | 8,5% |
| Total 15-79 | 49,4% | 47,4% | 35,9% | 37,4% |

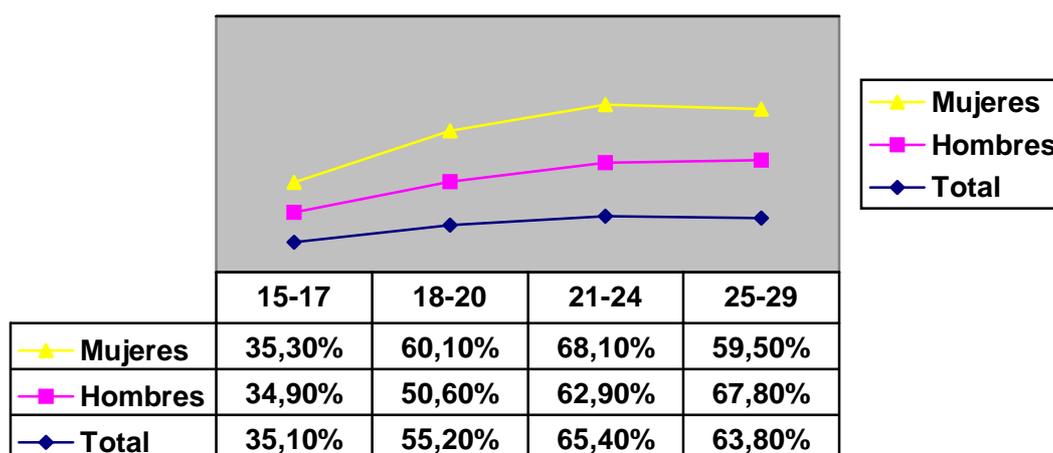
Fuente: 6º encuesta vasca sobre drogodependencias de Gobierno Vasco, Euskadi y drogas

Nos llama la atención que si bien en mujeres adolescentes de 15 a 19 años la media de usuarias de tabaco ha descendido un 10 % en dos años, una de cada dos mujeres de entre 20 a 50 años estaba fumando en 2001.

La Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco publicó en 2000 una encuesta entre los jóvenes comprendidos entre los 15 y los 29 años (Gazteak 2001) también recogida parcialmente por el Observatorio Vasco de Drogodependencias (2001), constata que:

1. entre los 18 y los 24 años las diferencias de género son destacables. La tasa de iniciación femenina en el uso del tabaco supera a la masculina, sin embargo, con el aumento de la edad, la proporción desciende.

Gráfico 1. Proporción de jóvenes (15-29 años) que se han iniciado en el consumo de tabaco en la CAPV, 2000. Porcentajes



Fuente: Secretaría de Drogodependencias de Gobierno Vasco, 2000

2. la proporción mayor de fumadores habituales se encuentra entre las personas de entre los 24 y los 31 años y la proporción de mujeres fumadoras es significativamente superior a la de los hombres en todos los intervalos de edad.

Tabla 3. Proporción de jóvenes (15-29 años) habituados en el uso de tabaco por género y edad, 2000. Porcentajes

| Grupos de edad | Hombres | Mujeres | Total |
|----------------|---------|---------|-------|
| 15-17 | 17,1 | 20,1 | 18,6 |
| 18-20 | 32,6 | 39,3 | 35,8 |
| 21-24 | 41,1 | 48,1 | 44,5 |
| 25-29 | 42,1 | 43,1 | 42,6 |

Fuente: Secretaría de Drogodependencias de Gobierno Vasco, 2000

La influencia del nivel de instrucción en el hábito es muy fuerte: a mayor nivel de estudios, menos proporción de no iniciadas y mayor proporción de fumadoras habituales. La proporción de fumadoras habituales con titulación de Graduado Escolar quintuplica a la de las mujeres sin estudios. La proporción de iniciadas en el consumo aumenta a medida que disminuye la edad, lo contrario de lo que ocurre con la proporción de fumadoras habituales. Se puede afirmar, según el autor del estudio, que la adquisición del hábito de fumar, lo mismo que la de

cualquier otra innovación, se realiza normalmente a través de las generaciones más jóvenes y más instruidas, por eso, la mayor concentración de personas no iniciadas en el consumo y la menor de fumadoras habituales se da entre las mujeres con menos estudios y de más edad (Marañón, 2001).

Estado Español

En el Estado Español contamos con los datos facilitados por el Plan Nacional sobre Drogas (Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en España, 2001) y los datos del Equipo de Investigaciones Sociológicas (EDIS, 2000), quienes a instancias del Instituto de la mujer desarrollaron una investigación sobre el consumo de sustancias en el colectivo femenino.

Según esta última fuente el 41,5 % de las mujeres de 14 años en adelante ha consumido tabaco alguna vez, proporción que se eleva al 62,4 % entre las escolares. “Estas desproporciones son de gran trascendencia pues la alta prevalencia de fumadoras jóvenes apunta a un notable aumento del uso de esta droga en el colectivo femenino”. Aunque la proporción de fumadoras baja a partir de los 34 años, las que siguen fumando fuman más. Sin duda, según el estudio debido a la fuerza del hábito y a la adicción de la sustancia. Entre las adolescentes-jóvenes que más fuman están las que viven en medio urbano, tienen una mayor disponibilidad económica y las que no llevan muy bien sus estudios; otros dos elementos relacionados con el hábito sería practicar un ocio relacionado con ir a bares, discotecas y fiestas y hablar de drogas como tema de conversación (EDIS, 2000).

Tabla 4. Consumo de tabaco entre las mujeres. Porcentajes

| Consumo | Población femenina en general | Escolares femeninas |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Fuman diariamente | 28,1 | 30,6 |
| Fuman ocasionalmente | 6,8 | 21,6 |
| Ahora no fuman, antes sí | 6,6 | 10,2 |
| Nunca han fumado | 57,8 | 37,0 |
| NS/NC | 0,7 | 0,6 |
| Total | 100 | 100 |
| Base | (2.000) | (1,059) |

Fuente: EDIS, 2000

Por su parte, la Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en España (2001) revela que están disminuyendo rápidamente las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la extensión del hábito de fumar tabaco. De hecho, entre los jóvenes de 15-29 años no hay apenas diferencias por sexo en la proporción de fumadores diarios y la proporción de españolas que fuma tabaco diariamente consolida la tendencia ascendente iniciada en 1997.

Tabla 5. Evolución del consumo diario de tabaco según edad y sexo. España 1995-2001. En porcentajes

| | 1995 | 1997 | 1999 | 2001 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hombres 30-64 | 46,0 | 43,3 | 39,9 | 42,2 |
| Hombres 15-29 | 38,0 | 34,9 | 31,8 | 36,1 |
| Mujeres 30-64 | 23,0 | 21,4 | 26,3 | 27,2 |
| Mujeres 15-29 | 36,2 | 34,7 | 33,1 | 35,9 |

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de drogas en España (2001). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Unión Europea

A lo largo de las últimas décadas la prevalencia del tabaquismo ha seguido en la Unión Europea tendencias diferentes según sexo. Mientras que entre los varones la prevalencia ha disminuido notablemente, en las mujeres se ha incrementado o se ha estancado. En algunos países en los que estos cambios se iniciaron más precozmente, la prevalencia del tabaquismo es hoy mayor entre las mujeres que entre los varones (Joossens, 1999).

El número de muertes atribuibles al tabaco entre las mujeres de la Unión Europea fue de 10.000 en 1955 y ha subido hasta 113.000 en 1998, según el Informe Europeo de 1999. El número de muertes se incrementará de forma exponencial y las repercusiones en la salud se verán igual o más afectadas que en los hombres (EMCDDA, 2002).

Consecuencias del consumo de tabaco para las mujeres

Los expertos vaticinan un fuerte aumento de las consecuencias más negativas que a medio y largo plazo este hábito produce (Cerdá, 2001): cáncer de pulmón, de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares (si además se combina con anticonceptivos orales) y neoplasias, cáncer de laringe, esófago, vejiga, páncreas, estómago, cervix, pelvis renal y riñón. Todo el sistema urinario entra en contacto con los metabolitos del tabaco y ejercen una acción carcinogénica (Sasco, 1998). Está también relacionado con una menopausia precoz y osteoporosis. Las mujeres fumadoras llegan antes a la menopausia y tardan más tiempo en quedarse embarazadas.

Parece que la nicotina se une a las células del sistema nervioso, detiene el crecimiento neuronal y puede, incluso, destruirlas. Como consecuencia de ello, hace disminuir la capacidad de las conexiones neuronales y afectaría a la memoria e incluso al aprendizaje.

También puede ser responsable de los comportamientos antisociales. Se han hecho estudios con mujeres fumadoras y no fumadoras y entre las madres fumadoras hay mayor número de ellas con hijos con antecedentes policiales y conductas violentas. Se sabe que daña el cerebro de los fetos con las bajadas de oxígeno que la nicotina produce y por tanto también puede ser responsable de los comportamientos agresivos y antisociales. Los estudios también sugieren que los hijos cuyas madres estuvieron expuestas al humo de los cigarrillos durante el embarazo pueden tener un mayor riesgo de tener dificultades en el aprendizaje y la conducta. Aunque es pronto para establecer una relación, se cree que las madres embarazadas fumadoras predisponen negativamente el futuro del hijo ya que lo exponen a un ambiente más estresante (Redes, 2002; MODIMES, 2000).

3.2.1.2 Alcohol. Consecuencias

Comunidad Autónoma Vasca

En la CAV, los últimos datos de la 6ª Encuesta Vasca sobre Drogodependencias del Gobierno Vasco señalan que el porcentaje de mujeres consumidoras de alcohol habría descendido en un 5,3%.

Tabla 6. Distribución porcentual de consumidores habituales de alcohol por género en la CAPV.

| | 1999 | 2001 |
|----------------|-------------|-------------|
| Mujeres | 52,1% | 46,8% |
| Hombres | 62,0% | 69,9% |

Fuente: 6ª encuesta vasca sobre drogodependencias de Gobierno Vasco, Euskadi y drogas 2000

Por franja de edad, la distribución porcentual del consumo anuncia un fuerte aumento del consumo en la fracción de iniciadas, superando a la población masculina (entre los 15 y 19 años, 6 de cada 10 mujeres beben). El porcentaje mayor de mujeres bebedoras se sitúa entre los años 20 y 24 (más de 7 de cada 10). Es la franja en la que más población masculina está bebiendo, casi 9 de cada 10 chicos.

Tabla 7. Distribución porcentual de consumidores habituales de alcohol por género y edad en la CAPV.

| | 1999 | 2001 | 1999 | 2001 |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Grupos de edad | Hombres | hombres | Mujeres | Mujeres |
| 15-19 | 53,0% | 57,6% | 55,0% | 61,4% |
| 20-24 | 81,0% | 87,7% | 68,2% | 72,5% |
| 25-34 | 76,1% | 72,1% | 58,8% | 57,5% |
| 35-49 | 71,5% | 71,9% | 53,9% | 49,1% |
| 50-64 | 70,9% | 72,2% | 43,0% | 37,9% |
| 65-79 | 69,7% | 58,7% | 44,6% | 27,5% |
| Total 15-79 | 62,0% | 69,9% | 52,1% | 46,8% |

Fuente: 6º encuesta vasca sobre drogodependencias de Gobierno Vasco, Euskadi y drogas, 2000

Por su parte, la encuesta desarrollada también por el Gobierno Vasco entre jóvenes de la CAPV ofrece la siguiente tabla y las interpretaciones que la acompañan:

Tabla 8. Proporción de consumidores habituales de alcohol en función de la edad y el género. En porcentajes

| Grupos de edad | Hombres | Mujeres | Total |
|-----------------------|----------------|----------------|--------------|
| 15-17 | 45,5 | 47,5 | 46,4 |
| 18-20 | 78,7 | 77,4 | 78,0 |
| 21-24 | 88,0 | 70,9 | 79,6 |
| 25-29 | 80,2 | 63,6 | 72,2 |
| N=2000 | 73,3 | 65,8 | 71,7 |

Fuente: Gazteak, 2001. Secretaría de Drogodependencias de Gobierno Vasco

1. hay una proporción mayor de consumidores habituales de alcohol entre los hombres que entre las mujeres. Entre los 15 y los 29 años, el 73,3% de los hombres son consumidores habituales de alcohol, frente al 65,8% de las mujeres.

2. en hombres y en mujeres la mayoría de edad es el indicador de un aumento significativo en el consumo de alcohol de forma habitual pero la tasa mayor se sitúa entre los hombres de los 21 y 24 años (88,0%) y entre las mujeres de 18-20 años (77,4%).

3. en ambos géneros, los consumidores de alcohol descienden entre los 25 y los 29 años.

4. entre los 15 y los 17 años la proporción de consumidores habituales es inferior (46,4%)

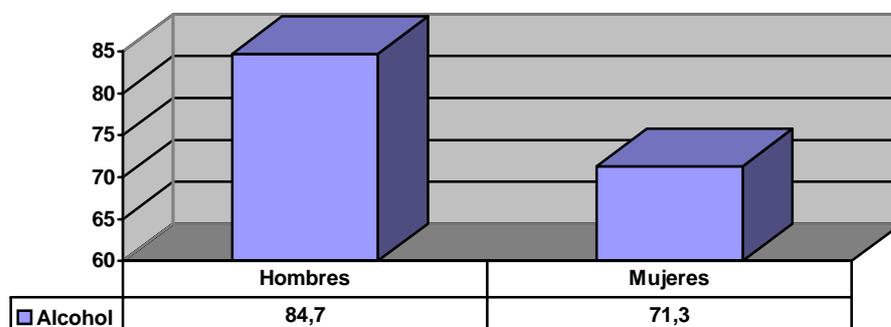
Sigue existiendo una diferencia significativa entre ambos sexos en el uso de alcohol. Los que consumen bebidas alcohólicas son casi 7 de cada 10 hombres y 5 de cada 10 mujeres. La diferencia de iniciación entre varones y mujeres tiende a disminuir en las nuevas generaciones y los datos parecen apuntar hacia una iniciación más precoz en las mujeres. Se puede afirmar que con el paso del tiempo, las nuevas generaciones de mujeres se inician en mayor proporción cada vez y además aumenta la probabilidad de que se conviertan en bebedoras habituales.

Como se puede comprobar, el género parece pautar normas de comportamiento diferentes respecto al consumo de alcohol y tabaco. Las mujeres son predominantemente consumidoras de tabaco y los hombres de alcohol. Hace unas décadas el consumo de estas sustancias por parte de las mujeres estaba socialmente censurado, actualmente el consumo de tabaco por parte del colectivo femenino ha superado al masculino.

Estado Español

La Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en España (2001) revela que los hombres consumen alcohol en mayor proporción que las mujeres y con más frecuencia (PND, 2001). Sin embargo, no podemos perder de vista la alta proporción de consumidores de ambos sexos que confiesan haber consumido alcohol en el último año.

Gráfico 2. Proporción de consumidores de alcohol en los últimos 12 meses en la población española 15-64 años, según sexo. España 2001. En porcentajes



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre consumo de drogas en España (2001)

El alcohol y el tabaco son sustancias de amplia penetración en la sociedad española favorecidas por la incorporación de nuevos grupos sociales que antes no eran consumidores habituales de estas sustancias, como son los adolescentes y las mujeres (PND, 2002).

Según la otra fuente anteriormente mencionada (EDIS, 2000), el 79,0% de las mujeres de 14 años en adelante ha consumido alcohol alguna vez en su vida. En edad escolar, un 88,4 % de ellas lo ha probado alguna vez.

Tabla 9. Consumo de alcohol en el colectivo femenino en los distintos períodos de tiempo. En porcentajes

| Períodos de tiempo | Población femenina general | Escolares femeninas |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Alguna vez en su vida | 79,0 | 88,4 |
| En los últimos 12 meses | 62,8 | 83,3 |
| En el último mes | 41,9 | 57,2 |
| En la última semana | 25,8 | 31,1 |

Fuente: EDIS, 2000

Las mujeres que consumen más alcohol es un segmento de mujeres jóvenes, principalmente del medio urbano, de buen nivel educativo, estudiantes y activas económicamente, de actitudes religiosas no convencionales y de ideología de centro o de izquierda. Se trata de una cierta parte de las mujeres emancipadas y poco convencionales que entre los comportamientos “normalizadores” reproducen ciertas conductas socioculturales aparentemente facilitadoras de su integración en el nuevo rol. El alcohol también es consumido, así mismo, en situaciones con un componente de ansiedad: situaciones o procesos de separación o divorcio o entre las de mujeres pensionistas con realidades problemáticas: discapacidad, marginación, soledad, etc.

Unión Europea

Con independencia del grupo de edad, a nivel europeo se señala que las tasas específicas de consumo de alcohol en los hombres son más altas que en las mujeres, registrándose en ambos casos un momento de especial riesgo entre los 15 y los 24 años.

Al igual que en España, en el resto de los países europeos el consumo de alcohol en los más jóvenes ha crecido muy rápidamente, sobre todo en los países más septentrionales del continente europeo.

En realidad, según el Plan Europeo de Actuación sobre el alcohol (1992), los patrones de uso y abuso del alcohol han variado en los últimos años. Diversas

transformaciones y cambios económicos, culturales y sociales han coincidido en momentos determinados, provocando entre otras cosas un aumento de la disponibilidad del alcohol, con variación no sólo de la cantidad sino de la calidad de las bebidas. También constatar un aumento del consumo por parte de la población femenina juvenil e incluso adolescente.

Este hecho lleva al consejo europeo a expresar su preocupación por la existencia de vínculos estrechos entre el inicio del consumo de alcohol a una edad temprana, el consumo excesivo, el abuso de otras sustancias y la delincuencia.

Consecuencias del consumo de alcohol para las mujeres

Desde la biología, los estudios clínicos e investigaciones realizados indican que existen diferencias significativas en la susceptibilidad a los efectos adversos del alcohol y diferencias en el metabolismo en función del sexo (Lane y otros, 1994).

El alcohol afecta de manera distinta al organismo femenino ya que está peor equipado para metabolizar el alcohol debido a una mayor proporción de grasa y menor proporción acuosa. Se produce una alcoholemia más elevada tras una ingesta similar a la del varón, lo que resulta más lesiva, aunque su metabolización resulte más elevada. Una de las tres enzimas del estómago que descompone el alcohol es dos veces más eficaz en hombres que en mujeres. Por tanto, a igualdad de ingestión los daños son más graves en ellas (saludmania.com).

En las mujeres el consumo de alcohol también produce osteoporosis, menopausia prematura, hipertensión, obesidad, trastornos ginecológicos, y más rápidamente que a los hombres alteraciones neurológicas. En general, el organismo femenino tolera peor el alcohol y desarrolla dependencia antes que el hombre. Esto contribuye a una mayor vulnerabilidad para sus efectos.

Según esta misma fuente, respecto a las consecuencias cerebrales de la ingesta de alcohol se ha constatado que las mujeres que consumen alcohol de forma excesiva perdían hasta el 11% de su materia gris en relación con las no bebedoras, mientras que los hombres sólo perdían el 5,6% de esa sustancia. Igualmente, las mujeres perdían el 8% de su materia blanca y los hombres el 5% de la misma.

Chatham (1990) hace un repaso de lo estudiado sobre la adicción al alcohol en las mujeres, las cuales suelen atribuir sus problemas con esta sustancia y otras drogas a eventos críticos de su vida: a la muerte de un ser querido, a una niñez en una familia disfuncional, a problemas como ansiedad y depresión y al hecho de tener familiares masculinos alcohólicos o abusadores sexuales. Además, es frecuente que la pareja también sea adicta a las drogas.

El consumo de alcohol y otras drogas provoca problemas hormonales y menstruales porque inhibe el proceso ovulatorio, con los riesgos de fertilidad que ello ocasiona. También puede provocar menopausia temprana. Es dañino para el feto y la madre. Por último, la autora se pregunta por qué muchas mujeres adictas no piden ser tratadas y deduce que esto puede deberse a que no reconocen que tienen un problema, si tienen hijos les da miedo perder la custodia; y carecen de apoyo familiar y social (médicos, clero y agentes sociales).

Wilsnack (1990) compara los problemas derivados del alcohol en hombres y mujeres, llegando a la conclusión de que ellas desarrollan antes cirrosis. El alcohol también provoca en la mujer disfunciones sexuales, problemas ginecológicos y obstétricos y disfunciones reproductivas, aunque estos problemas también pueden ser razones para comenzar a beber. El alcoholismo no tiene que ver con el nivel socioeconómico y se pueden distinguir dos grupos de afectadas: las mujeres jóvenes (18-34 años) y las de mediana edad (35-49 años). Las primeras tienen problemas relacionados con el alcohol porque beben mucho en determinados periodos, conducen bajo los efectos del alcohol y tienen problemas laborales, familiares y con los amigos; suelen combinarlo con otras drogas ilegales y pueden salir de esta situación solas. Las mujeres de mediana edad son alcohólicas. Esta dependencia influye en todos sus roles y muchas veces su origen se debe a separaciones (divorcio, abandono del hogar por los hijos, etc.).

Kumpfer (1990) recuerda que la opinión pública, los programas preventivos y la legislación jugarían un papel muy importante en la decisión de comenzar a tomar alcohol, pero afectan muy poco a los alcohólicos y a aquellos que beben en exceso (mujeres jóvenes y de mediana edad, no casadas, desempleadas, de color y de clase media y alta).

Las mujeres alcohólicas se diferencian de las no alcohólicas en que tienen más parientes en la misma situación, incluyendo a su pareja y a su madre. Además, esta adicción se relaciona por un lado con problemas alimentarios y abuso de otras drogas. Por otro, con problemas emocionales y comportamentales, falta de apoyo social, menor apoyo paterno, abusos sexuales en la niñez y predisposición genética. Las adolescentes suelen beber en exceso porque además de ser biológicamente vulnerables se encuentran deprimidas, tienen baja autoestima y un déficit de habilidades para resolver problemas cuando han de enfrentarse a fallos escolares y pérdida de las primeras parejas. En cambio, en el alcoholismo en la mujer adulta se añade a la depresión y la baja autoestima problemas familiares, eventos traumáticos, estrés, bajo autoconcepto y sentimientos de incapacidad.

Gavaler (1990) mantiene que los estudios hechos con mujeres postmenopáusicas aportan datos difícilmente generalizables porque estas mujeres llevan mucho tiempo abusando del alcohol. Pero estos y otros estudios con animales parecen confirmar que el alcohol afecta a los ciclos menstruales que se vuelven irregulares

llegando a derivar en amenorreas e incluso menopausias tempranas. Esto se debe, según el autor, a que los compuestos del alcohol impiden la maduración del folículo, influyen en el hipotálamo y la pituitaria, que es la encargada de la producción de hormonas gonadotrópicas (estrógenos, progestrógenos, LH y FSH). Por último, el abuso del alcohol produce infertilidad y alargamiento del ciclo menstrual.

En general, las consecuencias para la mujer del consumo abusivo de alcohol son múltiples: hepatitis, cirrosis, gastritis, úlceras, alteraciones en niveles de componentes sanguíneos, trastornos cardiovasculares, hipertensión arterial, osteoporosis, obesidad, cáncer de mama, aumento de la depresión y tristeza, consecuencias ginecológicas (amenorrea, menstruación irregular y síndrome premenstrual, los efectos son más fuertes justo antes del ciclo menstrual y los más débiles justo después), disminuye las funciones sexuales, pérdida de interés y placer sexual, en general el alcohol puede afectar a todos los órganos pero la evolución es más rápida. A nivel psiconeurológico, muestran deterioro cognitivo: déficit en percepción espacial, abstracción verbal, y de resolución de problemas. El síndrome alcohólico fetal se caracteriza por anomalías específicas del SNC, otros cambios físicos y retraso mental (López, 2002).

3.2.1.3 Consumo de psicofármacos. Consecuencias

Comunidad Autónoma Vasca

Respecto a los psicofármacos, los datos provenientes de Euskadi y Drogas, (2000) manifiestan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Las mujeres consumen de forma más habitual que eventual, y se puede decir que las enfermedades afectan en mayor disposición o con mayor dureza a las mujeres. Los datos indican que en la adolescencia y primera juventud (15-24 años) el consumo continuado de un medicamento es más frecuente en las mujeres, al igual que en la franja de 50 a 65 años. Cuanto mayor es la generalización de su uso mayor es la proporción de mujeres que los consumen.

Estado Español

En España la información relativa a este tema es contradictoria. Así, la Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España 2001 (PND, 2002) manifiesta que no existen diferencias significativas entre el consumo de tranquilizantes y somníferos entre hombres y mujeres. Sin embargo, el estudio de EDIS (2000) afirma que el consumo de tranquilizantes en la población femenina mayor de 44 años (6,7%) es más del doble de la masculina de esa edad (3,2%).

En la Encuesta Nacional de Salud de 1997 se señala que las mujeres españolas, a partir de los 46 años, toman casi cuatro veces más tranquilizantes que los hombres

En cualquier caso, dejando al margen las prevalencias, lo que sí parece desprenderse de la revisión de la literatura al respecto es la importante asociación entre “mujer” y consumo de estas sustancias y el peso y la interpretación de los factores asociados al consumo para las mujeres.

Según Navarro (EDIS, 2000), los motivos que las españolas más jóvenes aducen para consumir estas sustancias apuntan mayoritariamente al placer, la diversión, el gusto por lo prohibido o escapar de problemas personales.

En las mujeres de más edad adquieren notable relevancia los motivos relacionados con la necesidad de huir de problemas familiares y el estrés provocado por la doble jornada laboral que les obliga a sesiones intensivas de trabajo fuera y dentro de la casa.

En este sentido, destacamos un estudio realizado por el Instituto Canario de la Mujer (De la Cruz y otros, 2001) en el que se evidencia que:

1. las mujeres prevalecen sobre los hombres en el consumo de psicofármacos
2. las mujeres casadas, amas de casa de entre 36 y 55 años corresponde al perfil de las mujeres que los consume durante más de 12 meses
3. los motivos más frecuentes en el consumo de psicofármacos en las mujeres son “la angustia” y “el nerviosismo”
4. el consumo de psicofármacos tiende a extenderse por periodos prolongados
5. la mayoría de estas mujeres consumen psicofármacos obtenidos mediante prescripción de su médico de cabecera
6. los ansiolíticos e hipnóticos son los más consumidos
7. no siempre el consumo está justificado por síntomas que aducen las mujeres en cuestión
8. existe tendencia al aislamiento, soledad y apatía en las mujeres consumidoras, consecuencias indeseables e importantes efectos negativos en hábitos y rendimientos
9. entre las mujeres que los consumen suelen aparecer frecuentes cambios de humor, dificultades económicas y laborales
10. las mujeres son más dependientes de los psicofármacos que los hombres
11. existe una necesidad de tratamiento específico para eliminar la dependencia ó contener el abuso a estas sustancias
12. en la mayoría de los casos, el médico de cabecera (50,9%) y el especialista (31,8%) fueron quienes recomendaron su uso.

Unión Europea

Según esta fuente, en contraste con las drogas ilegales el uso de benzodiazepinas es más común entre el colectivo femenino que entre el masculino. Las diferencias, además van en aumento con la edad (Merino, 2003).

3.2.2 Consumo de drogas ilegales. Consecuencias

Comunidad Autónoma Vasca

La Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco, publicó en el año 2000 la encuesta entre los jóvenes comprendidos entre los 15 y los 29 años (Gazteak 2001) en la que se constata que:

1. Todas las sustancias ilegales son más consumidas por los hombres que por las mujeres entre los 15 y 29 años.
2. Entre los jóvenes de 15 a 29 años, el 55,1% ha consumido alguna vez **cannabis** y un 29,6% mantiene el consumo habitual de esta sustancia. En jóvenes iniciados el mayor porcentaje se incluye en la franja de edad de entre 18-20 años (61,2%) en ambos géneros y la mitad mantiene un consumo habitual. El hábito sigue proporcional en varones, pero en las mujeres desciende en los grupos de 21-24 y 25-29 años.
4. las **anfetaminas** son las sustancias más consumidas después del cannabis. Los iniciados son un 15,3% y los habituales son el 7%. Los hombres se inician y consumen habitualmente más que las mujeres.
5. la **cocaína** es la 3ª droga ilegal más consumida en la Comunidad Autónoma. Son iniciados un 11,2% y consumidores habituales el 4,4%. La cocaína es más consumida por las mujeres en el intervalo de entre los 15 y los 17 años (si bien deben considerarse los datos con precaución, debido al margen de error que pueda haber).
6. el **éxtasis** es la siguiente sustancia más consumida entre los jóvenes: un 8,2% son iniciados y 3,2% habituales en el consumo.
7. El **LSD** es la droga menos consumida, con 6,8% de iniciados y 1,6% de consumidores habituales.

Por su parte, el Observatorio Vasco de Drogodependencias (OVD) ratifica estos datos a través de indicadores directos o indirectos de consumo de drogas y sus consecuencias. La representación femenina en el consumo de sustancias ilegales

y la demanda de tratamiento por parte de éstas es menor que la de los varones (OVD, 2001).

Estado Español

Nuevamente, la Encuesta Domiciliaria elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas (2002) destaca una mayor tasa de consumo de estas sustancias entre los varones y señala una cuestión especialmente significativa (y esperanzadora) como es el descenso entre las mujeres más jóvenes (de 15-18 años) de la experimentación en la mayoría de drogas ilegales.

EDIS (2000) estudia el consumo de drogas ilegales y/o psicofármacos en la población femenina y distingue entre las mujeres encuestadas tres grupos bien diferenciados:

1. el primero (integrado por aproximadamente la mitad de estas mujeres, 48,9%) está caracterizado por el consumo generalizado de alcohol, tabaco y cannabis. El 28,8% son mujeres universitarias. Mujeres estudiantes como perfil ocupacional, seguido de mujeres que trabajan y empresarias.
2. cuatro de cada diez consumidoras (el 77,3%) ha consumido psicofármacos (especialmente tranquilizantes) en el último año y en altas proporciones. Las edades de mayor consumo se sitúan por encima de los 34 años. Son mujeres casadas o viudas, con bajos niveles de estudios. Amas de casa y jubiladas, empresarias y estudiantes.
3. en el tercer grupo, se integra una de cada diez mujeres consumidoras que tiene un consumo más problemático con proporciones elevadas de abuso de cannabis, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos y anfetaminas. La mayoría son mujeres solteras, al igual que en el primer grupo. En este grupo se encuentran las mujeres con estudios universitarios (el 21,9%), y empresarias y paradas.

Unión Europea

El informe del Observatorio Europeo sobre la droga y la toxicomanía (EMCDDA, 2002) señala que el consumo de sustancias ilegales se concentra entre los adultos jóvenes, en particular sobre los del sexo masculino de las zonas urbanas. El informe no hace una distinción de la prevalencia de los consumos teniendo en cuenta el sexo. Únicamente señala la necesidad de un abordaje específico de las mujeres en su dimensión real o potencial como madres, teniendo en cuenta los problemas de diversa índole que afectan a los hijos nacidos de mujeres toxicómanas.

Consecuencias del consumo de drogas ilegales para las mujeres

Entre las mujeres que consumen heroína, este consumo se hace mayoritariamente por vía parenteral. El colectivo femenino presenta un mayor riesgo en las conductas de consumo (compartir la jeringuilla con su pareja como “muestra de amor” o consumir la última en un grupo debido a una mayor dificultad para localizar el punto de inyección, etc.), lo que implica mayores consecuencias orgánicas, tanto en número como en gravedad (Llopis, 1997; Meneses, 1997).

Normalmente, el abuso de drogas en la mujer se relaciona con la falta de relación con la familia de origen, violencia, abusos (según algunos autores, abusos físicos y sexuales en el hogar antes o durante la adolescencia y siendo normalmente el abusador el padre) y prostitución. También desarrollan comportamientos auto-destructivos más que los hombres y se vuelven adictas con mayor rapidez, pese a que tomen la droga en menos cantidad; las drogas más consumidas son tranquilizantes y somníferos; también se da mayor porcentaje de abortos e intentos de suicidio (por sobredosis) comparándolas con otras mujeres de la población general.

Es frecuente que el abuso de sustancias entre las mujeres se relacione con trastornos del comportamiento y alimentarios (Buckstein, 1989 y otros).

El uso continuado de opiáceos disminuye la libido, crea impotencia y anorgasmia tanto en hombres como en mujeres, pero en estas últimas también provoca dismenorrea y amenorrea (Omeñaca, 1989).

La adicción a la heroína relega a un segundo plano las relaciones sexuales, aunque también es verdad que las relaciones sexuales en mujeres drogodependientes suelen caracterizarse por la falta de higiene, prostitución (para mantenerse a sí misma y a su pareja), promiscuidad y transmisión de enfermedades sexuales. Los estimulantes (consumidos frecuentemente por las adolescentes) incrementan la libido y causan desinhibición con lo que aumenta la probabilidad de tener relaciones sexuales sin la protección adecuada.

La adicción a las drogas también afecta a la reproducción y su uso durante el embarazo se traduce en riesgo obstetricio (abortos espontáneos, partos prematuros) no sólo por el consumo en sí sino también por las condiciones de vida asociadas a él (Gerada, 1995; Mitchell (1990).

Por otro lado, los problemas relacionados con la maternidad y la salud del niño ayudan a sensibilizar a las mujeres sobre los problemas sanitarios y sociales del consumo de drogas. Los problemas en el feto, que se suelen solucionar a partir del primer año de vida, se pueden resumir en síndrome de abstinencia, menor crecimiento, problemas de lenguaje y de movilidad, parto prematuro y mayor mortandad.

Mitchell (1990) mantiene que en la mujer, el consumo de cocaína disminuye la libido y provoca hiperprolactinemia (la prolactina es una hormona que activa la secreción láctea y causa actitud maternal). Por otro lado, los problemas fisiológicos de la heroína van desde lo más simple (como abscesos o celulitis) hasta lo más grave (infecciones, tromboflebitis, VIH). Al comienzo de la inyección intravenosa se producen cambios en la piel y sensaciones abdominales semejantes al orgasmo pero, paradójicamente, la heroína provoca disfunción sexual, falta de deseo sexual y peor realización del acto sexual, con lo que una de las sensaciones que menos se experimentan es el orgasmo. Por último, la metadona provoca al comienzo de su ingesta en la mujer disfunciones menstruales pero con el uso prolongado la función menstrual mejora. Entre otras cosas, provoca una mayor probabilidad de dar un falso positivo en un test de embarazo.

3.3 Factores de riesgo y Factores de protección asociados a la adicción femenina

El consumo de drogas, como conducta, es el resultado de múltiples factores. No es posible responder de forma concisa y breve a la pregunta de porqué algunas personas consumen drogas y otras no, ni pretender que esa respuesta sea válida para explicar todos los casos.

Sin embargo, y pese a que la variabilidad de fuerzas bio-psico-socio-culturales es la norma en el fenómeno de la drogodependencia en general, encontramos entre hombres y mujeres un peso distinto en lo biológico, en lo psicológico, en lo social y en lo cultural, lo que nos hablaría de cuestiones específicas de género que afectan de forma diferente en el inicio, mantenimiento y cese de la conducta de consumo.

Este aspecto es el que nos impulsa a plantearnos, desde la perspectiva de género, no sólo cómo se origina y desarrolla la conducta de consumo, sino también qué variables lo influyen, porqué algunas mujeres consumen y otras no. En definitiva, se trata de intentar vislumbrar cuáles son los factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas.

En la actualidad es muy habitual incluir factores de riesgo y factores de protección como elementos relevantes a la hora de explicar la conducta del consumo de drogas. En cualquier caso, el conocimiento de la etiología de cualquier conducta es lo que puede contribuir a su prevención.

En este sentido, la presente investigación, lejos de aspirar a crear un modelo teórico que explique íntegramente el consumo de drogas en las mujeres, pretende confirmar la existencia de factores de riesgo y factores de protección de diversa

índole que afectan y actúan sobre la conducta de consumo. Este estudio no es concluyente. Se trata de contribuir a esos primeros pasos que permitirán elaborar modelos teóricos explicativos.

Sabemos que hay un conjunto de factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas pero es difícil llegar a tener un control experimental sobre todos ellos. Además, es prácticamente imposible llegar a predecir cuál es la combinación que nos permitiría predecir la ocurrencia de la conducta.

Pese a que los factores de riesgo y de protección ejercen su influencia sobre cualquier persona, algunas de estas variables afectan con distinta intensidad a hombres y a mujeres.

En definitiva, por un lado podríamos hablar de factores de riesgo o protección específicamente femeninos referidos a:

1. El sexo biológico y las consecuencias orgánicas o biológicas diferentes que acarrea el consumo
2. La maternidad. La posibilidad real o futura de ser madres
3. Las diferencias de género en cuanto a las expectativas de conducta, los papeles asignados y el rol tradicionalmente ocupado por éstas y, de ahí, la sanción derivada de la ocurrencia de determinados comportamientos o actitudes que transgreden este rol.

Por otro lado estaría el resto de los fenómenos que son comunes a la adicción y a las circunstancias que generalmente rodean al consumo de drogas también en los varones pero que afectan en desigual medida a unas y otros, como veremos más adelante.

Por eso, en algunos casos podremos hablar de factores de riesgo específicos de género. En otros casos se hablará de factores de riesgo en los que se han encontrado diferencias por sexo y que pretendemos interpretar teniendo en cuenta la importancia y el peso de lo cultural, es decir, la diferencia de género.

En esencia, un factor de riesgo es “una característica interna y/o externa a la persona cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Luengo y otros, 1999). Estas características personales, sociales, familiares, etc. permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo y situarían al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamiento. Los factores de riesgo interactúan entre sí influyéndose y son de carácter probabilístico, es decir, su presencia aumenta la probabilidad de que se dé una conducta.

Hay tres grupos principales de factores de riesgo:

1. factores de riesgo individuales

Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. El sexo, la edad, personalidad, los recursos sociales de que dispone, actitudes, valores, autoestima, etc. conforman un sujeto único.

2. Factores de riesgo relacionales

Son aquellos aspectos de relativos al entorno más próximo a la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos, el contexto escolar etc. determinan una situación peculiar.

3. Factores de riesgo sociales

Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, las oportunidades laborales, la estructura normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo, las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas cultura de otras y por tanto afectan a la conducta y el rol del individuo.

3.3.1 Factores de riesgo asociados a la toxicodependencia en la mujer

Siguiendo el esquema precedente, en el caso de las mujeres el proceso de desarrollo de las percepciones sociales afectará no sólo a quien juzgue, evalúa o establece ciertas expectativas acerca de su conducta, sino también en la percepción de sí mismas a la hora de percibir la adaptación o inadaptación de su actitud o conducta al rol establecido.

Al fin y al cabo las creencias se viven, no se piensan. Forman parte de lo que no hace falta analizar ni justificar, siempre que sean lugares comunes compartidos por la sociedad. Lo real se convierte en lo que creemos acerca de lo real. Gestamos nuestra identidad a partir de creencias comúnmente compartidas y éstas, a su vez, nos sirven de base para encajar y ubicar las experiencias que vamos viviendo. Cuando las creencias compartidas ayudan al proceso de formación de la personalidad y a conseguir una individuación sin fisuras consideramos que todo va bien, en el sentido de que se satisfacen necesidades personales dentro de un marco favorable. Otra cuestión es la formación de la identidad cuando están en crisis los valores definidores de lo masculino y lo femenino, el peso de lo biológico o de lo cultural, lo socialmente definido como esperable o no esperable, lo psíquicamente aceptable o inaceptable.

Por un lado, los expertos afirman que cada persona nace con un círculo completo de cualidades humanas, así como con una versión singular de las mismas. Por otro lado, la sociedad nos impone roles con una adscripción totalitaria de género que determinan la división del trabajo y la asignación de conductas. Hombres y mujeres sufrimos la polarización entre lo “femenino” y lo “masculino” (Alborch,1999). Como consecuencia de la dominación masculina, las cualidades admiradas se describen como “masculinas” y son más abundantes, mientras que las “femeninas” son más escasas y también menos apreciadas.

A continuación, pasamos a mostrar gráficamente los papeles o roles asignados socialmente a hombres y mujeres y el significado que se les otorga:

CARACTERÍSTICAS DE LOS ROLES SOCIALMENTE ATRIBUIDOS Y DESEMPEÑADOS (Adaptado de Fernando Conde (2000))

| ROL MASCULINO | ROL FEMENINO |
|--|--|
| Rol prestigiado | Rol poco prestigiado |
| Ambito público | Ambito privado |
| socialmente bien considerado económicamente remunerado | no reconocimiento social ni remuneración económica |
| conceptos ligados a | conceptos ligados a |
| transición y cambio | estabilidad y no transición |
| fomenta | no fomenta |
| habilidades como buscar, sopesar, decidir, elegir diversidad de posibilidades y opciones | la necesidad de aprender ni habilidades como buscar, sopesar, decidir, elegir. |
| promoción personal por lo social. | ámbito reducido y restringido |
| Adaptación | Adaptación |
| requiere autoexigencias | supone autonegaciones |
| (ámbito público muy competitivo) | (por ser ámbito limitado) |

Los estereotipos de los que se derivan los prejuicios están tan universalmente aceptados que casi parecen formar parte de la naturaleza. No obstante, al no ser innatos, pueden extinguirse, desvanecerse o permanecer mientras nadie estimule el cambio (Alborch, 1999).

No podemos negar que estas percepciones sociales son dinámicas y que van cambiando y retroalimentándose a través de nuevas conductas, nuevos estilos de vida o aspectos más globales como los cambios económicos, entre otros. Pero de la misma manera que se abre a las mujeres nuevas posibilidades de desarrollo también observamos un mayor acceso a otras conductas de signo contrario, entre las cuales está el consumo de drogas. De hecho, se aprecia un cambio de tendencias en su uso y notables diferencias intergeneracionales, hasta el punto de vislumbrar cambios respecto a la edad de inicio en el consumo, sustancia de elección, valoración de esta conducta, etc. (Ver Cap. 1).

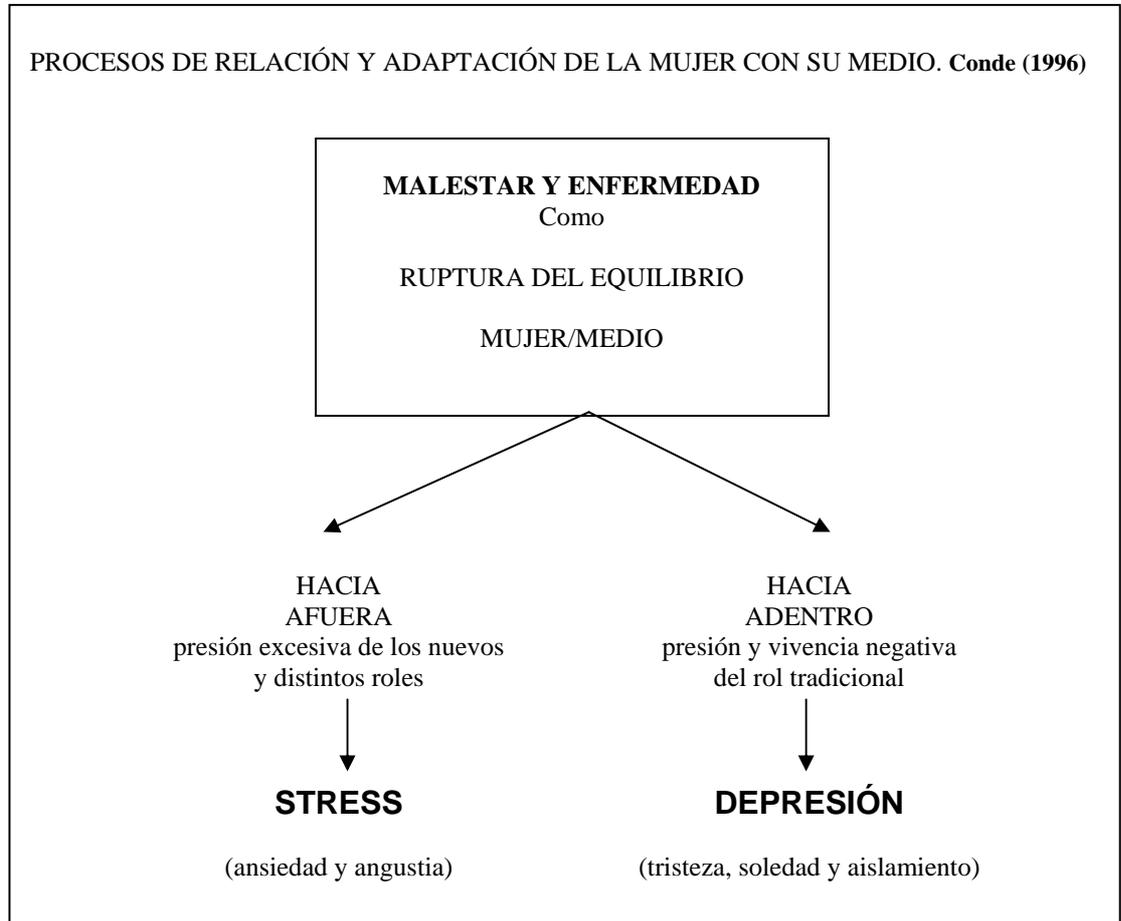
El contexto va cambiando, y como causa y efecto, también los papeles asignados por género. Y de la misma manera que la mujer se va equiparando al varón en muchos aspectos sociales, también se equipara en cuanto a la asunción de riesgos. Si hasta ahora ser mujer era por sí mismo un factor protector para el consumo de drogas, en estos momentos y con respecto a algunas sustancias (alcohol, tabaco, etc.), esta condición se constituye como un factor de riesgo ya que el uso experimental de algunas sustancias (y la consiguiente posibilidad de generar un proceso adictivo) es mayor en este colectivo.

En esta amalgama de cambios, de pros y contras, comprobamos que las adolescentes están expuestas a situaciones de mayor presión social en las últimas décadas ya que a la situación biológica de vulnerabilidad por la que pasan se une una influencia mayor de los medios de comunicación y una mayor exigencia de los adultos.

El aumento del consumo de drogas entre las adolescentes es el fenómeno más claramente observado en todos los estudios epidemiológicos. Los valores predominantes en las culturas y sociedades actuales tales como el individualismo o el colectivismo afectan al autoconcepto, a las relaciones sociales y a los diversos roles establecidos entre los géneros: crianza de hijos, cuidado de mayores, trabajo fuera de casa, trabajo dentro del hogar y valoración del mismo.

En nuestra opinión se produce un “tempo” inverso entre la inserción en este nuevo contexto social que, efectivamente, ofrece nuevas posibilidades a la mujer y el tiempo necesario para asumir e interiorizar adecuadamente estos cambios. Este desequilibrio acarrea una serie de consecuencias:

PROCESOS DE RELACIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA MUJER CON SU MEDIO. Conde (1996)



Estamos creando una realidad diferente. Estamos accediendo a espacios anteriormente reservados a los hombres pero carecemos de una "cultura" o tradición de haberlos ocupado, ante lo cual adoptamos un modelo masculino.

Creemos que las mujeres, con el tiempo, iremos elaborando nuestros propios modelos, teniendo en cuenta las diferencias que existen entre hombres y mujeres, e iremos redefiniendo los roles.

Como vemos, las mujeres a las que hemos entrevistado, con una edad media de 37 años, fueron educadas y vivieron un momento social concreto y diferente al de sus madres, al de sus propias hijas o al de cualquier otra mujer nacida en otro momento histórico. Esto hay que tenerlo en cuenta ya que los datos expuestos podrán entenderse y generalizarse sobre una población de similares características. De la misma forma, la mayoría de nuestras entrevistadas han sido consumidoras de opiáceos y alcohol, por lo que definiremos unos perfiles concretos de mujeres usuarias de drogas. Somos plenamente conscientes de que

los cambios sociales de los que hablamos afectan de forma diferente a unas u otras generaciones y también al perfil de las mujeres que se incorporan al consumo de sustancias, incluso en lo relativo a la elección de la droga de consumo, los efectos buscados, el contexto en el que se consume o los roles asumidos entre mujeres y hombres usuarios de drogas.

El tiempo y la relación terapéutica con las mujeres que inician ahora el consumo de drogas, algunas de las cuales se vincularán inevitablemente al proceso terapéutico, nos irá mostrando cuáles son los cambios sociales que les tocó vivir, cómo los asumieron, con qué sustancia se relacionaron y cómo lo hicieron. Al fin y al cabo toda conducta de consumo tendrá que entenderse e interpretarse teniendo en cuenta las variables “sustancia, sujeto, y contexto”.

En cualquier caso imaginamos que este informe variaría sustancialmente si la población objeto de estudio estuviera compuesta, por ejemplo, por mujeres de entre 18 y 24 años consumidoras de éxtasis. Las actitudes, los roles asumidos, el estilo de vivir y relacionarse, así como el uso de la sustancia configurarían un panorama muy diferente al que aquí incluimos. Sin embargo, creemos que hay factores comunes a toda adicción y que los cambios, que sin duda se producen, son más lentos y costosos de lo que quisiéramos, en algunos casos.

Una vez puntualizado todo esto, queríamos añadir que todo lo que exponemos en cada apartado del informe está íntimamente interrelacionado y que puede ocupar simultáneamente varios de estos apartados, ya que los fenómenos de los que hablamos no se producen ni pueden analizarse de forma aislada.

Por empezar, creemos necesario invertir el orden de importancia y conceder una atención específica a los factores de riesgo sociales, a la importancia que la cultura (sea el momento que sea) imprime a la condición de género para poder hacer una lectura correcta de la singularidad del consumo de drogas en el colectivo femenino en general y en la realidad de nuestras entrevistadas en particular.

De hecho, las únicas cuestiones diferenciales entre el consumo masculino y el femenino son, como señalábamos antes:

1. El sexo biológico y las consecuencias físicas y biológicas diferentes que acarrea el uso, abuso o dependencia de las diferentes sustancias
2. También desde un punto de vista biológico, o biográfico, la maternidad. La posibilidad real o futura de ser madres.
3. Las diferencias de género en cuanto a las expectativas de conducta, los papeles asignados y el rol tradicionalmente ocupado por las mujeres y, de ahí, la

sanción derivada de la ocurrencia de determinados comportamientos o actitudes que transgreden dicho rol.

La revisión de la literatura acerca del fenómeno de la adicción en la mujer y los factores que están a la base de esta conducta nos dice que éstos no sólo van a estar determinados por el aspecto biológico “sexo”, sino que, de forma aún más determinante, van a estar definidos como tales debido a cuestiones más amplias como los roles, las expectativas y el papel asignado a las mujeres en nuestro contexto social. En definitiva, al género.

Y aunque parezca que la lógica determinaría ir de lo más particular a lo general, si tenemos en cuenta el peso específico de lo social, nos parece mejor invertir el orden y concederle inicialmente una atención específica a los factores de riesgo sociales, a la importancia que la cultura imprime a la condición de género para poder hacer una lectura correcta de la singularidad del consumo de drogas en el colectivo femenino.

En cualquier caso, queríamos dejar manifiesto que todo lo expuesto en el resto de apartados (lo individual y lo relacional) está íntimamente interrelacionado y que puede ocupar simultáneamente varias categorías, ya que los fenómenos de los que hablamos difícilmente pueden analizarse sin tener en cuenta el contexto en el que se producen y los demás aspectos con los que se relacionan.

Lo cultural, en definitiva, afecta sobremanera a la hora de interiorizar las representaciones sociales que aúnan el conjunto de valores y actitudes y, en última instancia, la conducta de cualquier persona.

El siguiente esquema resume el proceso de interiorización de las normas sociales, desde la asignación de funciones hasta la configuración de la estructura personal.

LA SOCIEDAD IMPONE

Roles:

Actitudes, sentimientos y comportamientos

de acuerdo con sus funciones,
a la

Personalidad masculina y femenina

Que se define en función de

Valores (creencias) y Comportamientos (acciones) (según el género),

que producen

Estereotipos, modelos conceptuales y comportamentales

que incide en

Actitudes y expectativas distintas frente a hombres y mujeres

determinando

Forma de ser y comportarse, aspecto físico, etc.

Como rasgos de personalidad adquiridos

En general, los papeles asignados “obligan” a la mujer a actuar de la forma que se espera. Según Marina (2000), un deber es una obligación, un vínculo, una ligadura que exige o pide obrar de una determinada manera, esta exigencia se acompaña de:

1. *órdenes* (darían lugar a deberes de sumisión): éstas se viven o perciben como una imposición y vienen determinadas desde la presión social, la influencia afectiva o la coacción.
2. *compromisos* (deberes de compromiso): son los que surgen de una promesa (compromiso verbal) o contrato (compromiso escrito, público o privado).
3. *y proyectos* (deberes de proyecto): son deberes constructivos o deberes derivados de un proyecto. Dependen de la meta elegida y, en estos casos, de una

instancia interna que se mide por el deseo, las ganas, la motivación o la voluntad, que es la que pone en marcha el mecanismo para su realización.

Pensamos que las mujeres en general han estado en mayor medida, social y culturalmente, sujetas a deberes de sumisión y compromiso. La cuestión del género conlleva y añade en muchos casos una sobrecarga de obligaciones vividas como consustanciales a sus roles: cuidadoras, dadoras, encargadas, procuradoras, delegadas, legadas, representantes, mediadoras del aspecto emocional de nuestros vínculos y de los vínculos en general. Esta sobreexigencia no es gratis, en el sentido de que en algunos casos sobreexpone la identidad a merced del contexto (y de los demás) y en otros, sobreañade un estrés psíquico por varias razones, entre ellas: lo imperceptible de la tarea y la invisibilidad del esfuerzo, confundiendo contextualmente en muchos casos motivación intrínseca a la hora de hacer (“lo hago porque me gusta”) con motivación extrínseca (“lo hago porque me lo exigen”, soterrada e inconscientemente).

Hasta ahora, habitualmente, las mujeres han vivido pocos proyectos como propios; la meta elegida estaba cultural y socialmente determinada. Aún hoy, a pesar del cambio sustancial en la autopercepción, autoimagen e identidad como aspectos propios, con una mayor concienciación de lo que somos y de lo que queremos llegar a ser, con mayor poder económico y emancipación personal, con un deseo de ser cada vez más protagonistas de nuestras vidas, apenas hemos esbozado esa imagen propia. En algunos casos la vamos perfilando con la adopción de medidas masculinas de comportamiento, aceptando la sumisión en favor de la armonía, con señalamientos indeseables de los demás por sobresalir o desmarcarse de lo esperado. El colectivo femenino topa con “intereses y mitos de legitimación” en palabras del propio Marina, en este intento de definir autonomía o una interdependencia más igualitaria.

Eichenbaum y Orbach (1989) señala que “las mujeres están ligadas a un pacto cruel y desigual. Son educadas para satisfacer las necesidades afectivas de los demás, para responder emocionalmente a sus hijos, maridos, compañeros de trabajo, etc.”. Su propia necesidad y su deseo de ser comprendidas, de ser tenidas en cuenta, les pone sobre la pista de las necesidades de los demás.

También las mujeres son más proclives a recibir una inadecuada educación sexual donde domina un modelo de relación: la sexualidad es un tema tabú y a través del sexo se establecen relaciones de poder en las que la mujer tiene un papel pasivo y de sometimiento a roles y estereotipos de género, donde se sobrevalora la función reproductora y maternal de la mujer, se mantienen prejuicios en contra del preservativo, se estigmatiza la prostitución, etc.

A menudo, las normas relativas al género condicionan o determinan las expectativas acerca de determinados conocimientos. Tradicionalmente, esperamos que la mujer posea unos conocimientos mayores en el ámbito

doméstico (poner la lavadora, planchar, etc.) mientras existen otras expectativas respecto a los conocimientos de los varones. En el caso que nos afecta, no se considera primordial que la mujer muestre excesivo interés por la adquisición de conocimientos relativos al sexo y la sexualidad, lo que limita la capacidad de ésta para establecer con precisión su nivel de riesgo y de obtención de información exacta sobre los medios para protegerse frente al VIH. “En muchas sociedades, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como el diferimiento de sus expectativas en provecho de las necesidades sexuales del hombre” (ONUSIDA, 2000).

Vivimos en una cultura postindustrial donde se ha valorado el individualismo, la confianza en uno mismo y el bienestar personal más que la identidad grupal o social. Sin embargo, las mujeres apenas han podido vivir, percibir ni poder compartir esos conceptos; ellas han ayudado a que otros puedan hacerlo.

Una de las mayores conquistas de la mujer ha sido su acceso al mercado laboral. Este espacio le ha permitido obtener mejoras en otras áreas como la económica, la personal (mayor reconocimiento social, autoestima, etc.) y la relacional (mayor apertura al exterior) entre otras. Sin embargo, aún estamos lejos de una equiparación laboral entre hombres y mujeres. Sigue siendo frecuente recibir un salario inferior a pesar de desarrollar la misma labor, los contratos continúan teniendo en cuenta la maternidad como una probabilidad de perjuicio económico empresarial; sigue habiendo trabajos de “hombres” y trabajos “femeninos”, etc., por lo que dentro del contexto social laboral o profesional las mujeres siguen manifestando “la inquietud ante el futuro laboral”, “mala situación contractual”, “jornadas de trabajo prolongadas, a destajo o alto rendimiento”, “estrés y ansiedad en el trabajo”, “insatisfacción con el trato recibido”, e “insatisfacción con las tareas o funciones” (Navarro, 2000), lo que sin duda se constituye como un factor de riesgo que afecta en desigual manera a hombres y mujeres.

3.3.1.1 Factores de riesgo sociales

Los papeles sociales asignados a la mujer, como hemos podido comprobar, no sólo no son equivalentes a los del hombre sino que contribuyen a situarla, en mayor medida, y junto con otros colectivos desfavorecidos que no disponen de una igualdad de oportunidades, en una auténtica situación de vulnerabilidad social y personal. Esto ya, por sí mismo, se constituye como un desequilibrio, una situación de riesgo determinada por el contexto social que podría estar a la base de la ocurrencia de conductas “inadaptadas”, entre ellas el consumo de sustancias.

Por otro lado, de la misma manera que el género determina lo que es socialmente deseable junto con los “deberes” y “obligaciones” esperadas, también establece, por género, una sanción derivada de la transgresión de dichos roles.

La valoración del uso de drogas no es igual si éste se realiza por hombres o por mujeres. Las mujeres, a menudo, se ven afectadas en mayor medida por la penalización social (estigmatización) que acompaña a su problema. Además de la importancia de los roles, la infancia y su protección (y como consecuencia el riesgo que para los hijos tiene o tendría el consumo por parte de las mujeres/madres) es un valor arraigado en el constructo social.

3.3.1.2 Factores de riesgo individuales

Como hemos dicho al inicio, uno de los factores específicos y diferenciales respecto al varón es el sexo biológico. Se nace hombre o mujer e inmediatamente se nos inviste desde lo cultural. Pero en un intento de separar sexo y género podemos comprobar que existen diferencias biológicas que son importantes en el proceso de adicción.

Por no repetir la información, remitiremos al lector al capítulo en el que se especificaban las diferencias orgánicas entre hombres y mujeres derivadas del consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, etc. Recordemos, entre otras, las diferencias en la metabolización del alcohol, la afectación diferente de esta sustancia sobre el SNC de hombres y mujeres, las consecuencias ginecológicas y obstétricas del consumo, etc.

Eso, como aspectos diferenciales. Como variables de riesgo que afectan a hombres y mujeres pero en desigual medida, aportamos las evidencias extraídas de algunos estudios en los que señalan las siguientes situaciones de riesgo personales para el consumo de drogas en el colectivo femenino:

“sensación de agobio o tensión”, “no poder superar las dificultades”, “insatisfacción”, “pérdida de la confianza en sí misma”, “huir de los problemas”, “falta de personalidad” y “situaciones de depresión y soledad” (Navarro , 2000).

Según esta misma fuente, las mujeres jóvenes asocian el origen del consumo a la curiosidad, el deseo de probar algo nuevo, sentir sensaciones nuevas, el sentirse adulto y divertirse más. En las mujeres adultas, esta conducta se asocia a pasar por momentos de cambio personal dentro del ciclo vital, la marcha de los hijos de casa, la pérdida de seres queridos, las separaciones o divorcios, sentimientos de soledad no deseados, pérdida de vitalidad, de salud, de status, dejar de trabajar, y la necesidad de establecer nuevas relaciones.

Otras fuentes (Spiral, 2002) han constatado una serie de rasgos de personalidad diferenciadores sobre todo en lo relativo a:

Minusvaloración y depreciación de sus capacidades, un determinado estilo de relacionarse (menos grupal, mas emocional, en ocasiones buscando antes la atracción individual del hombre o mujer que el autoafianzamiento dentro del

grupo), mayor desvitalización y aparición frecuente de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos y autoconcepto infravadorado. Se consideran inferiores y menos capaces de valerse por sí mismas, tienen menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y menor independencia a la hora de tomar decisiones.

Estos autores al trabajar con mujeres usuarias de drogas, detectan en mayor medida en éstas sentimientos de desarraigo y desprotección (abandono, inercia, prostitución, etc.).

El autor del constructo "indefensión aprendida", Martin Seligman (en Marina, 1996) recoge entre las causas principales que determinan el estilo de interpretación afectiva de las personas el cómo las madres explican los sucesos que les ocurren a ellas y a otras personas: con desconfianza/confianza, con optimismo/pesimismo, con rabia/compresión, con frustración, con empatía, etc. El estilo afectivo que desarrollamos a la hora de ubicarnos en los acontecimientos, tanto en los propios como en los de los demás, lo aprendemos de nuestra madre. Las madres no se relacionan igual con sus hijos que con sus hijas. Recordamos la idea de que las mujeres han sido educadas en la sobreexigencia y los hombres en la sobreprotección.

No sólo nos marca la forma de interpretar los sucesos de nuestras madres, también nos marca el cómo responden los adultos significativos a los comportamientos cuando somos niños o niñas. Carrol Dweck (en Marina, 1996) investigadora del desarrollo emocional dice que no se responde igual a los niños que a las niñas: las explicaciones que se dan para explicar el comportamiento de los niños son: específicas, temporales y no expansivas ("te has caído porque has tropezado con la silla"). A las niñas se les responde con explicaciones permanentes, globales y expansivas ("No tienes cuidado, siempre te caes").

Para Marina existe una tercera causa que determina nuestro estilo afectivo que, a diferencia de las otras, no está marcado por el género de una manera directa. Se trata de ver cómo hemos superado las crisis importantes de nuestra vida.

G. Steinem (1995) dice que la autoestima de los niños, como grupo, es más alta pues literalmente se les permite disponer de una parte más grande de su yo y también porque las partes que debe reprimir se consideran menos deseables; mientras que la autoestima de las niñas, como grupo es más baja porque se espera que repriman una parte más grande de su yo y también porque la sociedad denigra la parte restante.

En general, cuando la autoestima es baja tanto los chicos como las chicas tienden a buscar refugio y aprobación encarnando versiones exageradas de los roles asignados a sus respectivos géneros, con lo cual se convierten en personas aún menos completas en la edad adulta.

Según esta misma autora, la inflexibilidad, el dogmatismo, la competitividad, la conducta agresiva, el distanciamiento de cualquier cualidad o persona femenina, la homofobia, la crueldad y la violencia, son las tradicionales máscaras de sexo que encubren una baja autoestima entre los hombres. La sumisión, la dependencia, la necesidad de aprobación masculina, el temor a los conflictos, la autoacusación y la incapacidad para expresar el enfado y la ira son las tradicionales máscaras de sexo que encubren una baja autoestima entre las mujeres.

3.3.1.3 Factores de riesgo relacionales

Como cuestión específicamente femenina en el ámbito relacional distinguimos el embarazo y la maternidad en la medida que supone una posibilidad asignada por sexo y que vincula a dos seres de manera especial (madre e hijo/a).

Como hemos señalado anteriormente, la maternidad establece una especial sanción a la mujer que transgrede su rol y que es drogodependiente, por las consecuencias que se derivan sobre terceros, en este caso, los hijos.

La integración de la información sobre drogas de la UE señala el binomio embarazo-toxicomanía como una de las cuestiones que merece una atención especial. Las mujeres toxicodependientes son vistas como una población que requiere un alto nivel de atención especializada no sólo por sí mismas sino también como madres (reales o potenciales) de niños que van a requerir también un cuidado especial (EMCDDA, 2001).

Efectivamente, no podemos olvidar las consecuencias en el desarrollo que genera la desestructuración familiar en general y la incompatibilidad de la toxicomanía a la hora de establecer un contexto familiar confiable. Sin duda, los niños se ven afectados por el consumo de drogas de sus madres antes, incluso, de nacer (problemas de peso, padecimiento de síndrome de abstinencia) y luego en el desarrollo emocional, comportamental y de aprendizaje.

Otras cuestiones relacionales comunes a hombres y mujeres pero con un peso diferente según algunos estudios son:

En el ámbito familiar, entre las adolescentes, los factores de riesgo hallados serían: “las malas relaciones padres-hijos y la falta de diálogo” y el “abuso de alcohol y las drogas por los padres y madres” como los dos factores más importantes (Navarro, 2000). Con menor peso específico menciona este autor las variables “situaciones de agobio en la situación económica familiar”

Respecto al grupo de pares, Navarro cree que el factor más determinante en el colectivo femenino sería el que en su grupo se beba en exceso o se consuman

drogas. Ligado a éste menciona “conocer a otros consumidores de drogas” y la presencia y accesibilidad de las mismas “la facilidad para obtener drogas”, “participar de las costumbres del grupo de pares, sentirse aceptado, deseo de imitar a las personas del grupo con más fuerza y más influyentes, y no sentirse distinta”. Así pues, la excesiva dependencia de los amigos y amigas, ir en exceso a bares, discotecas, fiestas y conciertos (donde alcohol y otras drogas están presentes) correlaciona con los consumos.

En las mujeres adultas se encuentran las situaciones de inadecuación social, periodos de cambios en las relaciones: separación o divorcio, cambios de trabajo, y situaciones de depresión y ansiedad, lo que acarrea una limitación en las relaciones sociales o un deterioro de las mismas.

Otros estudios señalan como aspectos con un gran peso en el colectivo femenino la bidependencia o doble subordinación o sometimiento: de la droga y de la o las figuras protectoras (masculina, femenina, familiar, grupal, etc.), la vida limitada que sufren con cierta frecuencia mujeres drogodependientes (presión, incluso coerción a cargo de una figura masculina: compañero o marido, a veces figuras parentales (padre y/o madre) y la falta de identidad. También la formación reactiva o actitud de rebote ante una vida de malos tratos por figuras masculinas. También destacan un menor espíritu gregario: bastantes mujeres drogodependientes suelen no agruparse, ni siquiera saben relacionarse entre sí, toda vez que en su mayoría solo se relacionaron con hombres y en pareja. Ello les ha conducido a una situación de inhabilidad social y torpeza comunicativa (Spiral,2002).

3.3.2 Factores que protegen frente al consumo de drogas en la mujer

Los factores de protección son: “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado” (Pérez-Gómez y Mejía Motta, 1998) En nuestro campo, pueden ser definidos como aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso de las drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1992). Se entiende que estos modelan o mediatizan los efectos de exposición a riesgos y pueden estar presentes en el individuo o en el ambiente.

Factores de riesgo y factores de protección no son los polos opuestos de un mismo continuo, sino dos realidades distintas que interactúan entre sí.

En general, la investigación sobre factores protectores frente al consumo de drogas es escasa en la literatura. Por lo menos, aparece en una proporción menor que la bibliografía relativa a factores de riesgo que precipitan la conducta de consumo.

Si, como decimos, los estudios sobre las variables que protegen de la conducta desviada son menos numerosos en general, imaginemos la escasa proporción de éstos teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Anteriormente, el hecho mismo de ser mujer era un factor que protegía a estas frente al consumo de drogas. La asunción de los roles asignados les apartaban del consumo de sustancias legales e ilegales. Hoy en día, y por la evolución macrosocial que también afecta a valores, sentimientos y conductas de cualquier persona (de forma correlacionada), las mujeres presentan una tasas alarmantes en la experimentación con determinadas sustancias, hasta el punto de afirmar que, hoy por hoy, ser mujer se ha convertido en un factor de riesgo para la experimentación con determinadas sustancias. El tiempo pondrá de manifiesto si estos usos experimentales desembocan en conductas de abuso y dependencia. En cualquier caso, suponen un riesgo.

Tanto el conocimiento de los factores de riesgo como de los factores protectores es lo que realmente permite un trampolín para la acción preventiva. Porque no sólo se trata de reducir la ocurrencia de un comportamiento desviado, sino también de potenciar los atributos individuales, los factores y las condiciones sociales que favorecen el alejamiento de esta conducta.

Para Rojas Valero (1998), resiliencia es “la estructura de protección natural que se elabora desde el nacimiento, el mismo que se va activar gradualmente a los factores protectores y reducir el peligro de caer en las situaciones de riesgo”. El constructo engloba a aquellos individuos que al presentarse una situación adversa, al encontrarse frente a factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar los factores de protección adecuadamente, actuando como seres adultos competentes pese a los pronósticos negativos. Según el mismo autor, no se presenta como una actitud fija, sino que está abierta a cambios a través del tiempo y de las circunstancias, “es el resultado de un balance de factores de riesgo, factores protectores y la estructura de la personalidad del ser humano, esto último permite elaborar en sentido positivo factores o circunstancias de la vida que son desfavorables.”

Cyrułnik (2002) propone el constructo “resiliencia”, que equivale a “resistencia al sufrimiento” y señala tanto la capacidad de resistir a las magulladuras de la herida psicológica como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia.

Quizá, la idea que transmite “la resiliencia” sea el único factor de protección con más peso dentro del colectivo femenino.

En definitiva, el presente estudio es un intento por contribuir al conocimiento de los factores de riesgo y protección sociales, relacionales e individuales que afectan de forma específica a la población femenina y los que, aún siendo

comunes a la población usuaria de drogas en general afectan en desigual medida a hombres y mujeres.

Pretendemos saber quiénes y cómo son las mujeres usuarias de drogas que han pasado por un proceso terapéutico. Cómo y cuándo iniciaron su consumo, cuáles fueron los factores que influyeron en el inicio, mantenimiento y cese de esta conducta, cómo vivieron la experiencia de tratamiento, qué les ayudó, cómo encaran su vida sin drogas y cuáles son sus expectativas de futuro. Se trata de hacer un recorrido por la historia de vida de estas mujeres, anteriormente usuarias de opiáceos y alcohol la mayoría de ellas, que desde el contexto social que les ha tocado vivir y desde la perspectiva que ofrece la distancia temporal respecto a su propio consumo de drogas, valoran una serie de aspectos de su vida en relación a la adicción. Algunas de estas cuestiones serán sólo generalizables a otras mujeres de similares características (edad, contexto, sustancia, etc.), otras, sin duda podrán explicar el uso y abuso de drogas en el colectivo femenino en general. Esperamos por ello que los datos cuantitativos y cualitativos que recoge este informe puedan ser interesantes para los profesionales que desarrollan su labor en el campo del abuso de drogas y para cualquier lector interesado en el tema.

4. ENTIDADES DE ATENCIÓN A USUARIOS DE DROGAS. LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA CAPV SOBRE LA ADICCIÓN FEMENINA

La información que se recoge a continuación y cuyo tratamiento va a ser eminentemente cualitativo corresponde a un cuestionario elaborado por las autoras del estudio en base a la bibliografía recopilada sobre el tema de la especificidad de género en el fenómeno de las adicciones.

Aunque en un primer momento el instrumento tenía como objetivo establecer un primer contacto o acercamiento con los centros de tratamiento con el fin de que pudieran derivarnos la muestra de mujeres que queríamos entrevistar para el desarrollo del trabajo de campo, la riqueza de la información vertida en estos contactos nos animó a incluirla como parte del estudio.

Se trata del análisis de la información recogida en 16 centros de atención a las toxicomanías en la CAPV. Los entrevistados fueron 22 profesionales (educadores, psicólogos, ATS y trabajadores sociales) con sobrada experiencia en el trabajo con drogodependientes¹.

El instrumento elaborado (anexo 1) recogía las opiniones de los profesionales de las toxicomanías respecto a la existencia de aspectos diferenciales en el consumo de drogas, proceso de tratamiento e incorporación social entre hombres y mujeres, además de cuestiones concretas como la edad de inicio en el consumo, sustancia que genera adicción, motivación para el inicio y mantenimiento en el tratamiento, aceptación de normas y límites, abandonos, recaídas, relaciones con los terapeutas, etc.

La información recogida es variada y puede ser analizada desde diversos parámetros, entre otros:

- El género de los profesionales informantes
- Las características del centro de atención a la toxicomanías donde desempeñan su labor (CSM, CT, etc.)
- El punto del proceso terapéutico en el que atienden a las mujeres (inicio, inserción, etc.)

¹Han participado 16 centros de la CAPV. con pasación a usuarias y/o a terapeutas; 3 en Guipúzcoa (CSM Irún. CSM Antiguo Donostia y Agipad); 2 en Alava (C.T. Foronda Alava y CSM Las Nieves Vitoria); 11 en Bizkaia (Etorkintza, Askabide Bilbao atención a mujeres que ejercen la prostitución, CSM Juan de Ajuriaguerra, CSM Landako-Durango, Módulo Psicosocial de Rekalde, Módulo Psicosocial de San Ignacio, C.T. Manu-Ene, Alcohólicos Anónimos de Santutxu, ADSIS, Auzolan y Goiztiri). 22 profesionales responden el cuestionario a Terapeutas (educadores/as, psicólogos/as, Trabajadores/as sociales, ATS/DUE) (13 mujeres, 9 hombres). Las 56 mujeres encuestadas han seguido tratamiento en: Etorkintza, Proyecto Hombre (Bizkaia), Agipad, CSM Ajuriaguerra, Auzolan, C.T. Manu-Ene, C.T. Foronda, Goiztiri, Módulo Psicosocial San Ignacio y C.T. Manu-Ene.

— Formación Profesional (psicólogos, educadores, ATS, etc.)

Sin embargo, hemos tratado de integrar la información señalando, si consideramos procedente, las características de la fuente de información para que ésta pueda ser contextualizada adecuadamente.

En este sentido, del testimonio de los profesionales entrevistados concluimos que:

Para 21 de los 22 profesionales entrevistados, sí existen aspectos que se deberían trabajar de forma específica. Cada uno de ellos señala una o más cuestiones, coincidentes o no con la opinión de otros. Sin embargo,

- la sexualidad y
- las emociones y los afectos

son cuestiones coincidentes para varios de ellos.

Coinciden también, aunque en menor medida, a la hora de destacar la necesidad del trabajo sobre:

- control de impulsos
- habilidades sociales
- feminidad
- estigmatizaciones relacionadas con el sexo y el género (prostitución, etc.)
- relaciones con la madre
- embarazo, lactancia y maternidad
- codependencia y bidependencia

Otros aspectos señalados en los que no existe coincidencia, es decir, son cuestiones que señala un solo profesional, son las que hacen referencia a:

- la negación y ocultación del problema
- las expectativas frente al consumo
- los traumas individuales (abusos físicos y sexuales)
- la relación con los otros
- educación para la salud
- marginación
- aspectos familiares
- mejora de la coordinación entre servicios sociales y de infancia
- autoconcepto
- relación con los hombres
- autonomía y dignidad del rol
- motivación y condicionamientos para el tratamiento
- inserción laboral

Por último, se han nombrado dos cuestiones comunes a trabajar tanto en hombres como en mujeres:

- autoestima
- autoimagen

Las autoras del estudio queríamos manifestar que la información precedente es una mera descripción de las opiniones vertidas por los entrevistados en las que podemos coincidir parcialmente. Sin embargo, queríamos recordar que compartimos la idea de que los fenómenos adictivos no tienen género y que, en nuestra opinión, mucho de lo recogido es perfectamente aplicable a los consumidores de sustancias de ambos géneros y recogido como tal en la amplia literatura relativa a las adicciones en general.

En contraposición con lo que manifiestan los 21 profesionales mencionados, uno, opina que no habría que trabajar aspectos específicos teniendo en cuenta el género sino la persona.

En cualquier caso, también deseamos manifestar que las aportaciones de este estudio pretenden contribuir a que los tratamientos sean cada vez más individualizados, más adaptados a cada persona. Sin embargo, consideramos que hay cuestiones de vulnerabilidad social que afectan de forma diferente dependiendo del género de las personas y que habrá que conocerlos en pro del logro del primer objetivo.

Centrándonos en cada una de las cuestiones recogidas en el cuestionario, analizamos las opiniones de los terapeutas al respecto.

4.1 Inicio en el consumo (edad, forma, pautas de consumo, causas, etc.)

Los entrevistados establecen una clara distinción al respecto teniendo en cuenta la sustancia. En este caso, la adicción al alcohol y las toxicomanías no alcohólicas.

En el caso del alcoholismo señalan que

- la edad media de inicio del tratamiento es más elevada entre las mujeres en comparación a los hombres alcohólicos
- usualmente, las mujeres consumen menos cantidad de alcohol que los hombres y lo hacen con una frecuencia menor que éstos. En ellos el consumo es más continuado porque es un hábito social más arraigado

- las mujeres beben en solitario. Se trata de una adicción que se mantiene “a escondidas”. Los hombres tienen un consumo social y beben acompañados en mayor medida.
- la depresión, las emociones negativas, los problemas interpersonales, la baja autoestima y el maltrato físico y/o psíquico por parte de sus parejas son las causas más frecuentes de inicio en el consumo de alcohol en el caso de las mujeres. En los hombres se hallan otras causas como el hábito social, la timidez, los desengaños amorosos y la baja autoestima.

En cuanto a sustancias ilegales, la experiencia profesional les lleva a opinar que:

- las mujeres se inician a una edad temprana en el consumo de drogas porque generalmente lo hacen a instancia de sus parejas, mayores que ellas y consumidoras.
- las causas de inicio son el hecho de tener una pareja consumidora, la facilidad de ser invitadas, la facilidad de adquisición de las sustancias a través de estas relaciones afectivas, la existencia de una estructura de personalidad límite o trastorno de personalidad dependiente, problemas familiares y/o sociales y deseo de mejora de la imagen física.
- las mujeres acuden a tratamiento “obligadas” por presiones familiares, aunque lo hacen más tarde que los varones debido a las cargas familiares (hijos, etc.). En los varones, la principal motivación para iniciar un tratamiento proviene de la percepción de su estado de privación (privación de libertad, no tener un lugar donde vivir, etc.)
- se señala un recorrido o escalada en la adicción mucho más rápido en las mujeres, lo que acarrea una situación de deterioro mayor teniendo en cuenta la demora en solicitar tratamiento.
- por último, los terapeutas señalan un mayor componente autodestructivo en la conducta de estas mujeres.

4.2 Motivaciones para el tratamiento y duración del proceso de tratamiento

En cuanto al tiempo empleado en realizar el tratamiento parece que no se detectan diferencias significativas. Sin embargo, los profesionales señalan motivaciones distintas a la hora de iniciarlo y mantenerse en él.

Respecto a las motivaciones para iniciarlo parece que a los hombres les resulta más fácil el consumo, o que no se enfrentan a tantas situaciones de toma de conciencia del problema, por lo que muchos de ellos solicitan tratamiento cuando están inmersos en procesos judiciales, en prisión, etc.

En el caso de las mujeres, las presiones familiares, el miedo a perder los hijos, la familia y, sobre todo, el miedo a perder a la pareja, suele resultar un importante motor de cambio e antecedente del inicio del tratamiento.

Sin embargo, algunos profesionales señalan que de la misma manera que los hijos suponen una motivación para el inicio del tratamiento, en ocasiones, la prisa y el deseo por resolver estas situaciones familiares pueden ocasionar intentos de precipitar la finalización del proceso o favorecer el abandono del mismo.

Señalan que las mujeres, una vez iniciado el proceso terapéutico, tienen unos objetivos más realistas, se vinculan más a él, “es una relación más seria”, “lo tienen más claro”. “A ellas les impulsa el cambio de vida y cuando se plantean el abandono, es más racional”. Aceptan mejor las responsabilidades. En cambio, los hombres dilatan más los objetivos finales, son menos realistas.

Los profesionales manifiestan que existe un mayor deterioro físico y mental en las mujeres en el momento que solicitan ayuda. “Llegan muy tarde porque frecuentemente el problema está oculto”. No les resulta fácil aceptarlo y solicitar ayuda para su resolución.

En el caso de las mujeres con problemas de adicción al alcohol, uno de los responsables señala que “ la mujer se inicia en el tratamiento por vergüenza. A todos nos cuesta dar el paso y a la mujer más, ya que no le acompaña nadie, le cuesta mucho más. Cuando es el hombre el alcohólico, su mujer le arrastra, cuando es la mujer, el marido se desentiende. Tenemos a 15 casados que les acompañan sus mujeres. Se invierte en el caso de la mujer. Cuando la enferma es la mujer ella viene sin conocimiento de su familia y luego, poco a poco, se va integrando. Para la mujer la enfermedad es vergonzosa, más que para el hombre” (miembro de Alcohólicos Rehabilitados).

4.3 Aceptación de límites y normas en el tratamiento

La opinión de los profesionales es diversa:

Seis de los entrevistados no encuentra diferencias significativas entre ellos y ellas a la hora de aceptar las normas que impone el tratamiento de deshabituación. Sin embargo, la mayoría opina que las mujeres aceptan mejor la normativa y las limitaciones y que plantean menos desafíos a los momentos terapéuticos “suelen ser colaboradoras y viven bien el cambio de vida”.

Otros, aunque están de acuerdo con la idea anterior, matizan que esa es una actitud inicial y que a las mujeres, posteriormente, les cuesta mantenerse en el cumplimiento. En los hombres hay más rechazo inicial y es un rechazo más

abierto y claro pero luego todo esto se traduce en un compromiso posterior mayor con la norma. Las mujeres, señalan, necesitan más explicaciones para aceptar las normas, más argumentos para entender el sentido de las mismas.

Algunos profesionales, los menos, encuentran una mayor dificultad en la mujer a la hora de aceptar límites, argumentando que “reaccionan negativamente ante la directividad” y que en un primer momento la negociación y la pelea frente a la norma es más fuerte que en los varones.

4.4 Abandono del proceso terapéutico. Causas más frecuentes

Mayoritariamente, no se señalan evidencias sobre diferencias entre pacientes masculinos o femeninos al respecto, aunque sí se señalan causas que los diferencian. Parece que las mujeres abandonan en mayor medida:

- cuando llega el momento de indagar y resolver conflictos emergentes que están a la base de la conducta adictiva (autoestima, autonomía, entre otros)
- cuando surgen conflictos interpersonales y/o emocionales, de transferencia o contratransferencia entre ellas y los terapeutas y otros usuarios del programa.
- cuando establecen relaciones emocionales con otros pacientes varones del tratamiento y transgreden la norma que impide mantener relaciones sexuales. Esto suele provocar la expulsión del tratamiento de ambos.
- cuando creen que fuera del tratamiento está en peligro su relación afectiva de pareja o el vínculo con los hijos. “Prefieren la pareja que seguir en el programa”.
- “porque no encuentran su propio espacio”.

En el caso de los hombres las principales causas de cese del tratamiento son atribuibles a la falta de libertad y el consumo de drogas (recaída).

Pero lo que sí se señala es que en las mujeres los abandonos suelen dar lugar a recaídas rápidas e intensas, con un componente autodestructivo mayor, lo que acarrea un mayor grado de deterioro en ella.

En el caso de las mujeres en tratamiento por problemas de alcohol se señala que el estigma social que acompaña a este consumo es difícilmente soportable para ellas, lo que precipita el cese del proceso. “Inicialmente participan menos en el tratamiento e intentan buscar identificaciones más que hablar de ellas mismas (eso que dice tal, me pasa también a mi). Sin embargo, si establecen un buen vínculo con el tratamiento permanecen más tiempo en él”.

4.5 Otros problemas en el tratamiento de drogodependencias

En este punto exponemos una serie de cuestiones que los profesionales han querido manifestar como llamativas en el desarrollo del proceso terapéutico del conjunto de pacientes tratadas. En este sentido, señalan:

- la necesidad de conceder una atención especial a determinados problemas a los que no siempre se les presta el debido espacio como son: una menor expectativa laboral, la violencia doméstica o contra las mujeres, el incesto, el maltrato y los abusos, las relaciones conflictivas con la madre, la sexualidad afectada por estigmas como la prostitución y promiscuidad, la maternidad prematura, la seropositividad en relación con la maternidad, los problemas afectivos y las dificultad para la integración y la cohesión grupal en el tratamiento, así como la necesidad de establecer parejas (en el tratamiento) ante la dificultad del proceso y las dificultades personales, el establecimiento de relaciones afectivas poco consistentes y basadas en la facilidad que les proporciona esta pareja para el mantenimiento del consumo.
- por otro lado, destacamos un aspecto mayoritariamente nombrado por los profesionales. Se trata de la utilización que hacen las mujeres del grupo terapéutico para mantener comportamientos de rivalidad entre ellas en el caso de los grupos mixtos. Las mujeres buscan alianzas con el sexo masculino mientras rivalizan más con las pacientes de su mismo sexo.
- en el caso de la mujer alcohólica, los problemas más llamativos son los problemas conyugales, el maltrato físico, el aislamiento social y familiar de la mujer, los problemas de autoimagen y la pérdida del estatus ante el cónyuge y los hijos.

4.6 Vinculación con el terapeuta en función del género de éste o ésta

Afortunadamente, todos los equipos terapéuticos están compuestos por profesionales de ambos sexos, lo que facilita el proceso de identificación con figuras masculinas y femeninas (padre, madre, etc.). La percepción de los profesionales ante esta cuestión distingue claramente dos actitudes en la relación:

- opinan que en la relación del paciente con un terapeuta del sexo contrario casi siempre aparecen intentos de seducción de la figura de autoridad.
- en las mujeres es más manifiesta la búsqueda de afecto por parte de los terapeutas masculinos mientras que los pacientes varones buscan en mayor medida un figura que ponga límites, “una madre que le cuide y les proteja”.

Aunque señalan que hay diferentes temas en los que los hombres prefieren terapeutas hombres y ellas terapeutas femeninas. “Los hombres, con los

terapeutas se sienten más relajados” y “ellas prefieren a mujeres cuando hay que hablar de sexualidad, prostitución, abusos o maternaje”.

Algunas terapeutas señalan una mayor dificultad en el proceso terapéutico con las pacientes femeninas “hay que medir más la relación”, “he conectado menos con las mujeres porque la relación es más exigente”.

En cuanto al tratamiento de las mujeres alcohólicas, los terapeutas señalan que “las mujeres suelen aliarse más con la terapeuta femenina”.

4.7 Recaídas en el mantenimiento de la abstinencia: causas

La recaída es un episodio frecuente en el proceso terapéutico tanto en hombres como en mujeres usuarios de drogas. Sin embargo, en la mayoría de las entrevistas se señalan diferencias a la hora de hablar de las causas de las mismas.

Para los profesionales, las mujeres atribuyen la recaída a causas relacionadas con aspectos personales y conflictos familiares (rivalidad con la madre la dificultad de separarse de los hijos), molestias físicas, soledad, conflictos con la pareja, problemas afectivos, la dificultad de elaborar conflictos emergentes, dificultad para elaborar el duelo ante la pérdida (hijos, pareja, etc.), dificultades en su rol de madre (por desautorización), autoestima baja, autopercepción negativa de sí mismas, dependencia ante la figura masculina, falta de autonomía a la hora de encarar la vida sin drogas, invitación al consumo por parte de sus parejas, etc.

Las mujeres interpretan la recaída como un fracaso personal y “generalizan el problema del consumo a otros aspectos del proceso personal”. Son recaídas rápidas, intensas, con un abandono total en lo personal. Tienen una gran sensación de culpa.

Por el contrario, en los hombres, según señalan los profesionales, pesan más otros como las situaciones eufóricas agradables, la presión social, la muerte de algún familiar cercano, las discusiones con la familia (mujer e hijos principalmente), el placer de consumir, etc. Tras la recaída se dan más justificaciones externas a la hora de explicar la vuelta al consumo. Se perciben con menos culpa.

4.8 Consecuencias del consumo en la vida de los pacientes

Casi de forma unánime los profesionales coinciden en señalar que el problema de la adicción en la mujer tiene unas consecuencias que se extienden más allá de su persona y que afecta a sus descendientes y a las figuras parentales.

La adicción femenina contribuye en mayor medida a desorganizar a la familia. Los hijos, ante el problema, suelen ser frecuentemente criados por los abuelos (padres de ella) cuando no son acogidos por instancias oficiales, por lo que tres generaciones se ven inmersos directa o indirectamente en el problema. Por lo general, tampoco la pareja de la mujer consumidora está disponible para ejercer el rol de crianza de los hijos.

Por lo general, estos niños suelen sufrir de ansiedad, depresión, estrés y fracaso escolar ante un núcleo familiar profundamente desestructurado. No olvidemos que muchos de estos hijos son fruto de embarazos no deseados que ocurren en un momento de consumo activo por parte de la mujer.

Es posible que las consecuencias sobre los hijos haga que la adicción femenina genere un mayor rechazo social, sea más estigmatizado y vivido con mayor culpa ante la percepción de la afectada de la imposibilidad para ejercer su rol de madre, de esposa y “garante” de la estabilidad familiar.

Otra de las consecuencias del consumo en las mujeres es el hecho de que el mayor abandono en el que se sumergen éstas en el proceso adictivo y en el momento de las recaídas (más intensas y dramáticas), hace que las cuestiones afectadas y las pérdidas sean mayores. Estamos hablando de procesos de marginación importantes, frecuentemente acompañados de episodios de prostitución, mayor número de prácticas de riesgo para la adquisición de VIH/SIDA y ETS u otras enfermedades, embarazos no deseados, etc. En definitiva, una dramática pérdida de valores que lleva a poner en riesgo su vida. Por otro lado, la desestructuración personal se generaliza y contribuye a la pérdida de la pareja, el trabajo, la familia, las amistades, a la estigmatización etc.

En el caso de las mujeres alcohólicas, éstas se sienten plenamente desautorizadas ante los hijos “es un mal ejemplo, decepciona al marido, no puede mantener las obligaciones diarias y la casa no está en condiciones”.

4.9 Percepción social del usuario de drogas en función del género

Al ser preguntados por esta cuestión, nos pareció curioso que la mayoría de los profesionales trajera a colación la imagen de las mujeres alcohólicas en mayor medida que la de las mujeres consumidoras de otras sustancias.

Parece que la imagen de una mujer “borracha” está más introyectada en el constructo social y genera mayor rechazo, incluso entre las mismas mujeres. Al fin y al cabo, como decía el anuncio, “beber es cosa de hombres” Es una conducta masculina asociada a la virilidad y las mismas mujeres le atribuyen peores connotaciones.

Es posible que esto haya contribuido a que el consumo de alcohol femenino sea más vergonzante y por eso más oculto, más tapado, más en solitario. Con otras drogas, la situación es notablemente diferente “aunque siempre choca más ver a una mujer”.

De cualquier manera, todos los profesionales coinciden a la hora de señalar que cualquier tipo de consumo está mucho más estigmatizado en las mujeres porque al adjetivo de “viciosas” se les une el de “mala madre” y “puta”. Se trata siempre de calificaciones más despreciativas.

Además de la vivencia de culpa que genera el consumo, por las circunstancias personales y familiares que acarrea, la percepción social agrava un estigma que en ocasiones por sí mismo, precipita la recaída en el proceso de mantenimiento de la abstinencia.

A la hora de establecer una relación afectiva, una de las profesionales señala un aspecto en el que se podría tener en cuenta la importancia de lo social. Se trata de la mayor aceptación de la mujer al establecimiento de una relación afectiva con un hombre adicto, mientras que es mucho menos probable la ocurrencia contraria. Aquí estaríamos introduciendo aspectos como la codependencia que es objeto de análisis en otro apartado.

4.10 Opinión acerca de la necesidad del establecimiento de tratamientos diferenciales en función del género

En base a todo lo anterior se incluyó la pregunta acerca de si los profesionales veían necesario el establecimiento de un tratamiento diferencial teniendo en cuenta el género de los usuarios de sus programas.

Aunque sí es necesario para algunos profesionales, la mayoría coincide con una opinión que también mantenemos las investigadoras:

No hay necesidad de tratamientos específicos para mujeres pero sí es necesario admitir en los tratamiento el hecho diferencial, las características diferentes de unos y otras y su abordaje teniendo en cuenta los aspectos de vulnerabilidad personal y social que afectan de forma diferente según el género de las personas. Tratamos con personas y los objetivos son distintos con cada persona. Sin

embargo hay cuestiones sociales de las que un tratamiento no se puede eximir y que deben ser tenidas en cuenta “no para diferenciar, sino para individualizar”.

4.11 Otras cuestiones importantes extraídas del análisis de las entrevistas

La mayoría de las mujeres que hemos entrevistado para el desarrollo de este estudio ha sido consumidora de opiáceos principalmente y la media de edad de las mismas se sitúa alrededor de los 37 años. Esto significa que son mujeres de una determinada generación con problemas originados por la elección de una sustancia concreta. Nos parece importante señalarlo porque:

- los datos acerca de epidemiología y prevalencia en el consumo apuntan cambios en el patrón de los usuarios (hombres y mujeres) que acuden a tratamiento en cuanto a la edad, vía de consumo, sustancia que genera la adicción, etc.
- todo esto hace pensar que los tratamientos para la adicción a las drogas tendrán que adaptarse a estos nuevos perfiles de usuarios
- los cambios sociales influyen en la manera en que percibimos a los consumidores de drogas, las sustancias objeto de abuso, la manera en que perciben su consumo y las expectativas que tenemos sobre ellos.
- es posible que la realidad a la que se enfrentan los consumidores de drogas de otras generaciones sean diferentes y tengan otras características, porque también el contexto social en el que las consumen ha variado y eso se empieza a percibir entre los profesionales de las toxicomanías. De hecho, algunos ya hablan de la equiparación del consumo de drogas entre hombres y mujeres en cuanto a edad de inicio y cantidad, por ejemplo.

“hace 20 años era distinto. Las consumidoras eran novias de un consumidor. Ahora es prácticamente igual que en los hombres, edad igual, forma de administración igual que ellos. Las pautas de consumo son iguales. Ahora delinquen, consumen y se inyectan igual que los hombres”.

“antes sí, era distinto, ahora no. Hay problemas judiciales, miedo a perder los hijos, vienen más deterioradas por la vía psiquiátrica y hay más chicas que entran y salen del tratamiento”.

“depende de la edad, de la sustancia, de los objetivos y la patología”, “con el alcohol ellas tienen miedo a lo que dirá la gente pero con otras drogas está cambiando”

”cada vez con mayor frecuencia acuden mujeres con conducta alcohólica similar a la masculina ya que los tabúes sociales de consumo femenino van desapareciendo y hay más permisividad social ante este comportamiento”.

5. LA POBLACIÓN FEMENINA USUARIA DE DROGAS EN LA CAV

La segunda parte de la investigación recoge el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos provenientes de las entrevistas desarrolladas en una muestra de 56 mujeres que asistieron a uno o más programas de tratamiento de dehabituación a drogas (Centros de Salud Mental, Módulos Psicosociales, Pisos de Acogida, Comunidades Terapéuticas, Centros de reinserción, etc.) para resolver su problema de adicción.

Nuestro objetivo fue doble. Por un lado el cuestionario recoge datos susceptibles de ser cuantificados y analizados estadísticamente, estableciendo en algunos casos diversas correlaciones entre variables. Estas preguntas nos han permitido realizar una descripción de las características de las mujeres que han participado en el estudio. Por otro lado recogemos un abanico completo de circunstancias y vivencias personales, visiones y percepciones de 56 mujeres que han pasado por el proceso de adicción y de deshabituación, donde se incluye multitud de matices que enriquecen el presente trabajo. En definitiva, este capítulo recoge un análisis global del perfil de las mujeres entrevistadas que puede ser generalizable, con limitaciones, al de otras mujeres consumidoras. Es posible que esta información contribuya a la creación de un marco en el que sea posible planificar futuros proyectos de profundización, asistencia e investigación.

Antes de pasar a exponer los datos, cuyo orden viene determinado por las diversas dimensiones personales recogidas en la entrevista (maternidad, pareja, tratamientos, etc.), nos parecía importante destacar la relevancia que las entrevistadoras dimos a la recogida de información personal cara a cara. Por dos cuestiones; la primera es que, como hipotetizamos y pudimos comprobar, la información recogida personalmente por las entrevistadoras es mucho más rica y detallada por el vínculo que se estableció entre unas y otras. Y segundo, porque el desarrollo del trabajo de campo siempre ha suscitado nuestra reflexión en torno a cuestiones éticas de la investigación. Siempre hemos tenido en cuenta la necesidad de informar y solicitar la ayuda voluntaria de las mujeres entrevistadas. Sin embargo, entendemos que la información requerida y la rememoración de episodios vitales emocionalmente negativos no debe resultar “plato de gusto”. En este sentido, el acompañamiento físico y emocional que pudiéramos aportar las entrevistadoras, en lo personal y también como profesionales de las drogodependencias, nos pareció una prioridad siempre que ellas estuvieran dispuestas a aceptar reunirse con nosotras.

5.1 Perfil sociodemográfico

Edad

La media de edad de las mujeres heroinómanas es de 36 años, la edad media de las alcohólicas es de 41 años y en las cocainómanas es de 37 años.

Aunque no disponemos de cifras de referencia que permitan hacer una lectura evolutiva, comprobamos que la edad media de las mujeres entrevistadas es elevada. El último informe del Observatorio Vasco de Drogodependencias (2001) informa de que la edad media de las personas toxicómanas que inician tratamiento (sin establecer diferencias por sexo) ha ido aumentando desde el 87. Si la edad de inicio del tratamiento ha experimentado un “envejecimiento” evolutivo, en general, es lógico que esta cifra aumente en el caso de las mujeres que han finalizado, al menos, uno de los tratamientos de deshabituación.

Por intervalos de edad, el 16% del total de la muestra tenía entre 26 y 30 años; el 23,1% entre 31-35; el 33,9% entre 36-40 años, el 16% entre 41-45 años y el 10,7% más de 46 años (Tabla 1).

Como podemos comprobar, más de la mitad de las mujeres entrevistadas tenía entre 31 y 40 años (57%).

Sin embargo, nos parecía oportuno especificar que entre las de mayor edad dos entrevistadas tenían 46 años, otras dos 48 años, una 56 y la mayor de las mujeres tenía 67 años en el momento de ser entrevistada. Evidentemente, hay una diferencia generacional entre las mujeres entrevistadas. Sin embargo, no hemos detectado que esto marcara una diferencia destacable (en lo cualitativo) a la hora de relatar su experiencia vital. Tal vez, y en lo que respecta a este grupo de mujeres, no sea la edad sino el hecho de que la mayoría haya sido dependiente a opiáceos lo que homogeneiza el proceso vivido.

Tabla 1. Intervalos de edad de las mujeres entrevistadas. Porcentajes y valores absolutos

| Intervalo de edad | % | N |
|--------------------------|-------------|-----------|
| 26-30 años | 16,0% | 9 |
| 31-35 años | 23,1% | 13 |
| 36-40 años | 33,9% | 19 |
| 41-45 años | 16,0% | 9 |
| 46 o más años | 10,7% | 6 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Como podemos observar en la siguiente tabla (Tabla 2), aunque la muestra de mujeres entrevistadas usuarias de alcohol es menor (8 de las 56 que componen la

muestra), éstas están más representadas en los intervalos de mayor edad. Concretamente, en nuestra muestra no hay usuarias de alcohol entre el grupo de edad de 26-30 años, mientras que el porcentaje es mayor (25%) entre las de mayor edad (46 años o más).

Tabla 2. Intervalos de edad de las mujeres entrevistadas en función de la sustancia consumida. Porcentajes

| Droga problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|--------------------------|---------|---------|---------|
| Intervalo de edad | | | |
| 26-30 años | 19,6% | - | - |
| 31-35 años | 21,7% | 37,5% | 100% |
| 36-40 años | 32,6% | 25,0% | - |
| 41-45 años | 17,4% | 12,5% | - |
| 46 o más años | 8,7% | 25,0% | - |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

Parece confirmado que el alcoholismo femenino tiene un inicio más tardío (Carrión, 2002) y por ello, la edad de las mujeres consumidoras de alcohol es más alta.

Estado civil

Respecto al estado civil, el 32,1% de las entrevistadas estaba soltera; el 30,4% estaba casada; el 10,7 % viuda y el 26,8 % separada o divorciada (Tabla 3).

Tabla 3. Estado civil. Porcentajes y valores absolutos

| Estado civil | % | N |
|-----------------------|-------|----|
| Soltera | 32,1% | 18 |
| Casada | 30,4% | 17 |
| Viuda | 10,7% | 6 |
| Separada o divorciada | 26,8% | 15 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Como veremos más adelante, algunas de las mujeres respondieron a esta cuestión desde un aspecto puramente civil ya que más de la mitad de las 56 mujeres entrevistadas (55,4%) está en la actualidad viviendo en pareja. Aún así, veremos en la tabla 16 cómo muchas de ellas (el 44,6% restante) no convivía con pareja y sobre esta cuestión nuestras hipótesis son tres:

Por un lado, como veremos, es frecuente que las mujeres consumidoras hayan tenido parejas adictas o incluso que hayan dependido en igual medida de la sustancia y la pareja. Es posible que tras un tratamiento, tras el abandono de la sustancia adictiva y el trabajo personal, las mujeres no se sientan capaces de

soportar un fracaso afectivo más porque les recuerde sus anteriores relaciones con adictos y ante esto estén en una permanente huida inconsciente como protección ante la posibilidad de volver a involucrarse emocionalmente.

“Tengo amigas del sexo femenino, básicamente. Casi todas separadas o divorciadas. No queremos saber nada de hombres... Yo paso... porque además, las experiencias que he tenido con los hombres después de separarme han resultado malas. No me he sentido bien tratada. Siempre acababan acusándome de loca”.

Por otro lado, creemos que la mujer en general y la adicta en particular está más dispuesta que el varón a aceptar un compañero con problemas de abuso a sustancias pero no es tan frecuente la situación contraria, por lo que las probabilidades de establecer una relación “normalizada” después de un proceso de consumo es menor para las mujeres. De hecho, muchas de ellas acceden a iniciar una relación de pareja conociendo la toxicomanía del varón e intentando ejercer de “salvadoras”. También aquí juegan un papel importante los roles tradicionalmente asignados a la mujer como madre protectora, cuidadora, resignada, etc.

Por último, es posible que el estigma que permanece tras una historia de consumo haya afectado a su propia percepción social y personal psicológica (autoestima, prestigio social, etc.) y físicamente (VIH, aspecto físico deteriorado que presentan algunas mujeres, etc.) y que las atribuciones hacia su persona estén resumidas en la poca valía personal. Desde ahí, consideran que es poco lo que pueden ofrecer a una pareja.

“...pero, ya con 44 años, voy a hacer 45, me veo super sola...”

“...porque es que me da miedo una relación de pareja... ni se me ocurre. ¿Tu crees que un tío normal, le cuento mi vida... porque le tendría que contar... porque si tienes una relación, con el tiempo va a más y yo le tendría que decir que tengo esto y lo otro y tengo que tomar esto... pues echa a correr y no para”.

En la tabla 4 podemos ver el estado civil de las mujeres por intervalos de edad. Las proporciones son similares en todas las categorías.

Tabla 4. Estado civil por intervalos de edad. Porcentajes y valores absolutos

| | soltera | casada | Separada/ Divorciada | Viuda | N |
|-------------------|----------------|---------------|---------------------------------|--------------|----------|
| 26-30 años | 16,6% | 17,6% | 20,0% | - | 9 |
| 31-35 años | 27,8% | 29,4% | 20,0% | - | 13 |
| 36-40 años | 38,9% | 29,4% | 26,7% | 50,0% | 19 |

| | | | | | |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|----|
| 41-45 años | 11,1% | 11,8% | 20,0% | 33,3% | 9 |
| Más de 46 años | 5,6% | 11,8% | 13,3% | 16,7% | 6 |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% | 100% | 56 |

Si tenemos en cuenta la sustancia objeto de abuso y el estado civil destaca una cifra. Se trata de la alta proporción de mujeres solteras usuarias de alcohol (Tabla 5).

Tabla 5. Estado civil y sustancia de consumo. Porcentajes

| Droga problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| Estado civil | | | |
| Soltera | 28,3% | 62,5% | - |
| Casada | 32,6% | 25,0% | - |
| Viuda | 13,0% | - | - |
| Separada o divorciada | 26,1% | 12,5% | 100% |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

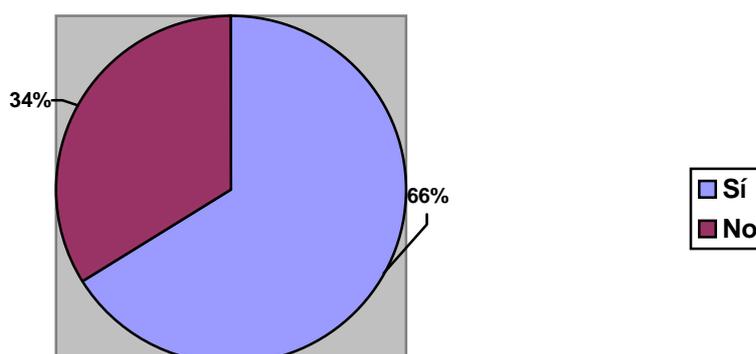
Según López (2002), el análisis de otros estudios sobre el tema revelan que las alcohólicas de más edad (en comparación con mujeres menores de 35 años), muestran una peor calidad de vida, sobre todo en el área de las relaciones interpersonales.

La dificultad de relacionarse con los otros, como problema previo o consecuencia del abuso de alcohol, dificulta el establecimiento de vínculos afectivos de pareja.

Hijos

Un porcentaje elevado de las mujeres entrevistadas es madre (37 de las 56 entrevistadas). En este sentido, tiene hijos el 66% de la muestra (Gráfico 1).

Gráfico 1. Existencia de hijos. Porcentajes y valores absolutos



De estas 37 mujeres, el 37,5% tiene un solo hijo; el 19,6% tiene dos hijos y el 8,9% restante de mujeres que ha experimentado la maternidad tiene tres o más hijos (Tabla 6).

Tabla 6. Número de hijos. Porcentajes y valores absolutos.

| Número de hijos | % | N |
|-----------------|-------|----|
| 1 | 56,8% | 21 |
| 2 | 29,7% | 11 |
| 3 | 10,8% | 4 |
| 4 | 2,7% | 1 |
| Totales | 100% | 37 |

En el marco teórico ya se hizo alusión a la especial situación de la toxicomanía y la maternidad y la necesidad de un abordaje especializado no sólo por sí mismas, sino también como madres (reales o potenciales) de niños que van a requerir también un cuidado especial.

La teoría acerca de los factores que protegen a los sujetos frente a la adopción de conductas “desadaptadas” afirma que en el área familiar, las variables que juegan a favor del individuo son el apego familiar, una normas y pautas de conducta claras, la organización familiar, las relaciones familiares satisfactorias, la estabilidad y la cohesión familiar, un núcleo familiar pequeño. También una mayor función directiva de los padres, la presencia de rituales, la estructuración familiar y el escaso hábito de consumo de drogas legales e ilegales en el entorno familiar, el diálogo de los padres con los hijos sobre drogas, la valoración positiva del grupo de iguales por parte de los padres, la implicación de los padres en la vida de los hijos, la supervisión parental, el refuerzo de los logros y las cualidades de los hijos, etc.

Es muy poco probable que el contexto familiar de las personas con problemas de drogodependencias posea alguna de las características mencionadas y sí mucho de lo contrario. Por lo tanto deducimos que el proceso de socialización y desarrollo de los hijos nacidos de mujeres adictas se ve afectado negativamente en mayor medida que los hijos de las mujeres de la población general.

Como vemos en la tabla 7, las separadas o divorciadas son las mujeres que tienen hijos en mayor proporción. Un 24,4% de ellas tiene al menos un hijo y un 5,4% tiene 3 hijos (Tabla 7).

Tabla 7. Estado civil y número de hijos. Porcentajes

| Estado civil | 1 hijo | 2 hijos/as | 3 hijos/as | 4 hijos/as | |
|-----------------------|--------|------------|------------|------------|------|
| Soltera | 16,2% | 2,7% | - | - | |
| Casada | 8,1% | 16,2% | 2,7% | 2,7% | |
| Viuda | 8,1% | - | 2,7% | - | |
| Separada o divorciada | 24,4% | 10,8% | 5,4% | - | |
| TOTALES | | | | | 100% |

Si anteriormente hemos reflejado la preocupación derivada de la situación de los hijos nacidos de madres toxicómanas y las consecuencias sanitarias y de desarrollo que podrían afectar a estos niños, aquí vemos que a eso se añade la vivencia de un proceso de ruptura familiar. Imaginamos que es improbable que, de forma continua, estos niños hayan experimentado un clima familiar estructurado y facilitador debido a la toxicomanía materna (y casi seguro, también paterna). También podríamos pensar que ante un clima familiar semejante sea preferible una separación conyugal, pero sin duda, los costes emocionales y afectivos de ese proceso son evidentes para cualquier hijo que inevitablemente se vea abocado a separarse físicamente de uno de sus progenitores, y normalmente también de forma emocional.

Por otro lado, es uno de los cónyuges el que asume también en mayor medida el compromiso del cuidado y desarrollo del hijo, normalmente la madre, quien se enfrenta a la responsabilidad familiar, además del trabajo y exigencia personal que requiere un tratamiento.

Respecto a la percepción social de la toxicomanía en las mujeres, la maternidad establece una especial sanción (estigmatización) a la mujer que transgrede su rol por las consecuencias que se derivan sobre terceros, en este caso, los hijos. En este sentido hayamos que si comparamos a las mujeres entrevistadas con hijos con las mujeres entrevistadas sin hijos, entre las primeras hay un porcentaje mayor (66,7% frente a 33,3%) de sentimientos de culpa y vergüenza referidos a su etapa de consumo (Tabla 8).

Recordemos también la posibilidad de la mujer afectada de poder transmitir el VIH a su descendencia.

En los sentimientos de culpa y vergüenza hay una alusión a la norma, a lo que está socialmente establecido y se transgrede, al autorreproche, a la responsabilidad interna y al juicio externo de otros. Es posible que además de que objetivamente el consumo de drogas por parte de las mujeres incluye la posibilidad de daño sobre los hijos, también es cierto que la norma social contribuye a interpretar esta conducta como más reprobable en las mujeres, madres o no.

Tabla 8. Sentimientos negativos asociados al consumo y existencia de hijos/as. Porcentajes y números absolutos

| Existencia de hijos/as | Sí | | No | | TOTALES | |
|--|-------|----|-------|---|---------|-----|
| | % | N | % | N | % | N |
| Sentimientos negativos asociados al consumo | | | | | | |
| Tristeza y depresión | 58,8% | 10 | 41,2% | 7 | 100% | 17 |
| Culpa y vergüenza | 66,7% | 12 | 33,3% | 6 | 100% | 18 |
| Soledad desolación | 81,3% | 13 | 18,8% | 3 | 100% | 16 |
| Angustia | 84,6% | 11 | 15,4% | 2 | 100% | 13 |
| Vacío | 58,3% | 7 | 41,7% | 5 | 100% | 12 |
| Abandono | 70,0% | 7 | 30,0% | 3 | 100% | 10 |
| Impotencia | 50,0% | 5 | 50,0% | 5 | 100% | 10 |
| Ira, rabia, enfado | 60,0% | 6 | 30,0% | 4 | 100% | 10 |
| Miedo, inquietud, inseguridad | 50,0% | 4 | 50,0% | 4 | 100% | 8 |
| Ruina | 50,0% | 4 | 50,0% | 4 | 100% | 8 |
| Complejo de inferioridad | 80,0% | 4 | 20,0% | 1 | 100% | 5 |
| Ansiedad | - | | 100% | 4 | 100% | 4 |
| TOTALES | | | | | 100% | 131 |

Aunque casi 7 de cada 10 mujeres entrevistadas tiene hijos (66%), no todas se pueden hacer cargo de ellos. De hecho, en el 37,9% de los casos, los hijos viven con otros familiares o en instituciones sociales. Normalmente los niños conviven con los abuelos, tíos y tías o tutelados por otros organismos públicos (Tabla 9).

Tal vez los sentimientos negativos que se activan ante la culpa y la dificultad de asumir la responsabilidad materna sean demasiado dolorosos. Muchas mujeres optan por ceder a otros la custodia quizá, para calmar la “angustia” (84,6%) movilizada.

“estaba enganchadísima, mi hermana estaba viviendo fuera y tuvo que venir a cuidar a mi hija. Mi hija tenía 4 años. Fue lo más duro... Había que estar conmigo las 24 horas. El psiquiatra dijo que no me dejaran por que me tiraba por el balcón... pero salí. Desde entonces mi hija está viviendo con ella”.

“decidí darlos en adopción. De cualquier forma iban a estar mejor que conmigo...”.

Tabla 9. Convivencia de los hijos/as. Porcentajes y valores absolutos

| Convivencia de hijos/as | % | N |
|--------------------------------|-------------|-----------|
| Viven con ella | 62,1% | 23 |
| Viven con otros | 37,9% | 14 |
| TOTALES | 100% | 37 |

Por otra parte también son las mujeres con hijos las que integran un porcentaje más alto a la hora de relacionar sentimientos positivos con la etapa de consumo (Tabla 10). Hemos de señalar que únicamente 24 mujeres respondieron a esta cuestión. Las madres mencionan, más que las mujeres sin hijos, el recuerdo de “evadir problemas” o “placer” ligado a su época de consumo. En este sentido, podríamos pensar que el uso de la droga pudo haber estado asociado a la necesidad de evitar responsabilidades (entre otras la maternidad) y la búsqueda de un espacio propio de “placer”.

Tabla 10. Sentimientos positivos asociados al consumo y existencia de hijos/as. Porcentajes y valores absolutos.

| Existencia de hijos/as | Sí | | No | | Totales |
|--|-----------|----------|-----------|----------|----------------|
| | % | N | % | N | |
| Sentimientos positivos asociados al consumo | | | | | |
| Estar sin problemas | 25,0% | 6 | 12,5% | 3 | |
| Placer, satisfacción | 41,7% | 10 | 20,8% | 5 | |
| TOTALES | | | | | 100% |

Embarazo/aborto

El 53,3% de las entrevistadas declaraba haber tenido al menos un embarazo durante su etapa de consumo y el 39,3% haber abortado de forma espontánea o programada (Tabla 11).

Tabla 11. Existencia de embarazo o aborto en etapa de consumo. Valores absolutos.

| Existencia de embarazo/aborto | N |
|-------------------------------|----|
| Embarazo | 30 |
| Aborto | 22 |
| TOTALES | 52 |

Para el 76,7% de las mujeres el embarazo no fue una experiencia programada. El 73,3% de ellas siguió consumiendo durante este período (siendo conscientes de su estado o sin conocer la noticia) (Tabla 12).

Tabla 12. Programación del embarazo. Porcentajes y valores absolutos

| ¿Embarazo programado? | | Sí | No | |
|-----------------------|----|----|----|----|
| | | | | |
| ¿Siguió consumiendo? | Sí | 4 | 18 | 22 |
| | No | 3 | 5 | 8 |
| TOTALES | | 7 | 23 | 30 |

La situación de la mujer adicta acarrea una serie de consecuencias sobre su sexualidad. Aunque lo abordaremos posteriormente y con más profundidad, es frecuente que las mujeres usuarias de drogas ejerzan la prostitución como un medio para mantener el consumo. La mayoría la ejercen sin ningún tipo de control higiénico o de seguridad, con lo que supone de riesgo para su propia salud, la de sus clientes y la de sus parejas. Es frecuente la dificultad de negociar el uso del preservativo por parte de los clientes e incluso de las propias parejas. Aparece un porcentaje elevado de embarazos no deseados que concluyen con la interrupción del mismo o con la adopción imposible del papel de madre y con todas las probabilidades del mundo para que estos niños resulten afectados en su desarrollo vital en el momento del nacimiento (transmisión de enfermedades, VIH y/o adicción, etc.) y después del nacimiento.

Evidentemente, no todas las mujeres adictas se prostituyen. De hecho, como veremos más adelante, de las 56 mujeres entrevistadas sólo 19 (33,9%) relatan esa experiencia. Aún así, recordemos el elevado porcentaje de mujeres que vivieron un embarazo sin planificarlo previamente, lo que nos puede estar hablando de la dificultad de negociar el uso de preservativo con la pareja, la existencia de prácticas de riesgo para el contagio o reinfección del VIH (en el caso de que alguno de ellos o ambos fueran portadores), la evidente falta de cuidado sobre sí misma y sobre terceros y la ausencia o la alteración de la conciencia de

riesgo. En este sentido, podemos afirmar que la sexualidad y su vivencia se ve muy afectada por el consumo de drogas.

Tabla 13. Periodo de consumo durante el embarazo. Porcentajes y valores absolutos

| Tiempo de consumo | % | N |
|--------------------------|-------------|-----------|
| Durante menos de 1 mes | 6,7% | 2 |
| Hasta el 3º mes | 16,6% | 5 |
| Hasta el 6º mes | 10,0% | 3 |
| Hasta el 9º mes | 66,7% | 20 |
| TOTALES | 100% | 30 |

De las personas que siguieron consumiendo durante el embarazo, el 66,7% lo hizo durante toda la gestación (Tabla 13). Sin embargo, el 96,6% manifiesta haber visitado al menos una vez al ginecólogo durante este periodo (Tabla 14).

Tabla 14. Número de mujeres que se sometieron a revisión ginecológica durante el embarazo en la etapa de consumo. Porcentajes y valores absolutos

| Visitó al ginecólogo | Sí | | No | | TOTALES | |
|-----------------------------|-----------|----------|-----------|----------|----------------|----|
| | % | N | % | N | | |
| | 96,6% | 29 | 3,3% | 1 | 100% | 30 |

La única encuestada que respondió que no fue al ginecólogo achacó la negativa a la vergüenza.

En principio, estos resultados nos parecían un tanto contradictorios con respecto a otros datos que confirman la falta de autocuidado y de percepción de riesgo sobre terceros de la conducta de la adicta. Nuestra hipótesis es que la respuesta a esta pregunta puede ser poco fiable por miedo al juicio que pudieran emitir las entrevistadoras, aunque podría haber ocurrido algo similar con la pregunta de la tabla 12 (hasta cuándo siguió consumiendo) y no fue así.

De hecho, el embarazo contribuye a una toma de conciencia del problema y así, por un lado, el 26,7% de las mujeres decidieron en ese momento el inicio de un tratamiento de deshabituación. Por otro lado, el 25,9% de las que siguieron consumiendo reconoció que el embarazo hizo que disminuyera la cantidad de sustancia ingerida.

Teniendo en cuenta la sustancia consumida, vemos en la tabla 15 que entre las mujeres usuarias de opiáceos es muy alto el porcentaje de experiencias de embarazo y aborto (35 mujeres de las 46 heroínómanas, 76%). Entre las usuarias

de alcohol esta experiencia disminuye (4 de las 8, 50%). Algunos autores han informado de las dificultades reproductivas de la mujer alcohólica (Wilsnack, 1982; Blume, 1986). Tal vez eso explique una menor probabilidad de ocurrencia de embarazo entre éstas.

Tabla 15. Existencia de episodios de embarazo o aborto durante la etapa de consumo en relación a la sustancia consumida. Valores absolutos.

| Sustancia Problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | TOTALES |
|-------------------------------------|-----------|----------|----------|-----------|
| Episodios de embarazo/aborto | 35 | 4 | 3 | |
| Embarazo | 27 | 1 | 2 | 30 |
| aborto | 18 | 3 | 1 | 22 |
| Total mujeres usuarias | 46 | 8 | 2 | 56 |

Convivencia

El 33,9% de las mujeres entrevistadas convivía con “pareja e hijos” en el momento en que se desarrolló el trabajo de campo. En segundo lugar se sitúa la convivencia únicamente con la “pareja afectiva” (21,4% de los casos), con “padres” en el 19,6% de los casos frente al 8,9 % de las mujeres que vive “sola con los hijos” o “sola” (5,4%) (Tabla 16).

Tabla 16. Convivencia. Porcentaje y valores absolutos

| Convivencia | % | N |
|--------------------------|-------------|-----------|
| Pareja afectiva | 21,4% | 12 |
| Padres | 19,6% | 11 |
| Sola | 5,4% | 3 |
| Sola con hijos | 8,9% | 5 |
| Pareja e hijos | 33,9% | 19 |
| Amigos. Otros familiares | 10,7% | 6 |
| TOTALES | 100% | 56 |

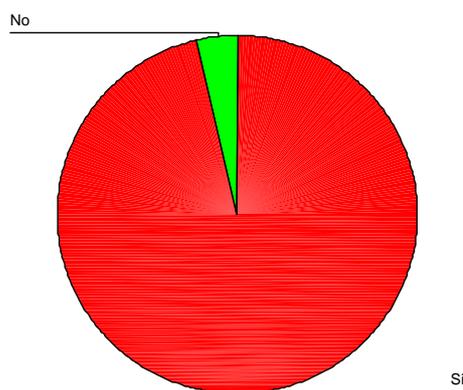
Ya comentamos antes la hipótesis que manejamos acerca de la relación entre el consumo de drogas de la mujer y sus elecciones y relaciones de pareja. Orte (2002) confirma que esta cuestión (el consumo de drogas) sitúa en desventaja a la mujer “por el etiquetamiento social que asocia el consumo de drogas femenino con enfermedades de diverso tipo, conductas desviadas en general y conductas particulares como la prostitución”.

La convivencia actual de las mujeres que acudió a tratamiento por consumo de alcohol es proporcional a las que consumieron heroína, menos en las mujeres que viven solas. De las tres que actualmente están en esta situación, dos han tenido problemas con el alcohol.

Hermanos

Casi la totalidad de las mujeres de la muestra (96,4%) tiene hermanos o hermanas, frente al 3,6 % de las mujeres que son hijas únicas (Gráfico 2).

Gráfico 2. Existencia de hermanos



De las que tiene hermanos, el 78,6% proviene de familias numerosas (tres ó más hijos). La media de hermanos/as es de cuatro por encuestada (Tabla 17).

Recordemos que uno de los factores de protección confirmados en el área familiar es la de pertenecer a una familia poco numerosa ya que esto garantiza de alguna manera una mayor dedicación, en cantidad y calidad, de los padres hacia los hijos. Como vemos, la mayoría de las mujeres ha crecido en el seno de una familia numerosa, lo que tal vez tenga cierto peso como factor de riesgo para el consumo.

Tabla 17. Número de hermanos. Porcentajes y valores absolutos.

| Número hermanos | % | N |
|-----------------|-------------|-----------|
| 1 | 3,5% | 3 |
| 2 | 17,9% | 9 |
| 3 | 16,1% | 9 |
| 4 | 30,4% | 17 |
| 5 | 10,7% | 6 |
| 6 | 8,9% | 5 |
| 7 | 1,8% | 1 |
| 8 ó más | 10,7% | 6 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Vemos en la tabla siguiente (Tabla 18) por submuestras el número de hermanos que compone la unidad familiar de las mujeres encuestadas.

Tabla 18. Número de hermanos. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|------------------------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|----------|
| Número hermanos | | | | | | |
| 1 | 4,3% | 2 | - | - | - | - |
| 2 | 19,7% | 9 | 12,5% | 1 | - | - |
| 3 | 15,2% | 7 | 25,0% | 2 | - | - |
| 4 | 32,6% | 15 | 25,0% | 2 | - | - |
| 5 | 8,7% | 4 | 12,5% | 1 | 50,0% | 1 |
| 6 | 8,7% | 4 | - | - | 50,0% | 1 |
| 7 | 2,1% | 1 | - | - | - | - |
| 8 ó más | 8,7% | 4 | 25,0% | 2 | - | - |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

Las mujeres entrevistadas ocupan mayoritariamente las primeras posiciones entre sus hermanos y hermanas. Es la primera en el 25,0% de los casos (están incluidos los casos en los que es hija única); segunda en el 28,6% de los casos y tercera en el 23,2% de los casos (Tabla 19).

Tabla 19. Posición entre los hermanos y hermanas. Porcentajes y valores absolutos

| Posición | % | N |
|---------------|-------|----|
| 1ª | 25,0% | 14 |
| 2ª | 28,7% | 16 |
| 3ª | 23,2% | 13 |
| 4ª | 8,9% | 5 |
| 5ª | 5,4% | 3 |
| 6ª | 1,8% | 1 |
| 7ª | 3,6% | 2 |
| 8ª ó superior | 3,6% | 2 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Si restamos el caso de las hijas únicas (sólo dos son hijas únicas), comprobamos que un gran porcentaje de mujeres ha tenido que compartir la atención parental con otros hermanos, proceso del desarrollo que se constituye como un momento de crisis para cualquier persona y que ha sido extensamente estudiado por las teorías de corte psicoanalítico. Por otro lado pensamos que pueden entrar en juego otros factores como la asunción (exigida o adoptada) de responsabilidades respecto al cuidado de los hermanos menores, la consecuente aceleración del proceso de maduración o una menor dedicación de atención por parte de las figuras parentales (más hermanos, más responsabilidades, más estrés, etc.).

“el consumo ha afectado a los estudios, a mi vida familiar... por ejemplo, que mis hermanos se cuidaran solos. Sentirme culpable por mis hermanos, dejarlos solos. Dejarlos desamparados frente a mi padre”.

Como señalaremos más adelante a la hora de hablar de la relación madre e hija, la falta de cuidados tanto en la adecuación como en la oportunidad con respecto a las necesidades físicas y afectivas del bebé, puede afectar a la creación y maduración de la identidad. Si la madre no reconoce la necesidad de dependencia psicofísica de su bebé, no va a poder satisfacerla. Más aún, cuando además ésta no es hija sola sino que reclaman la atención de la madre otros hermanos y hermanas.

Podríamos relacionar este dato con la necesidad de “complementariedad”, con la creación del vínculo afectivo entre el niño o niña y su cuidadora durante la primera etapa de vida e hipotetizar que la ausencia de este vínculo se constituye como un factor de riesgo para el surgimiento de conductas desviadas.

Estudios

La edad de abandono o finalización de los estudios se sitúa en la mayoría de los casos entre los 12 y los 14 años (37,5% de casos); entre los 15 y 17 años en el 28,6% de las entrevistadas; entre los 18 y los 20 años (21,4% de la muestra); entre los 21 y los 23 (7,2%); y después de los 24, en el 5,3% de los casos (tabla 20).

Tabla 20. Edad de abandono o finalización de los estudios. Porcentajes y número absolutos

| Edad abandono | % | N |
|----------------------|-------------|-----------|
| 12-14 años | 37,5% | 21 |
| 15-17 años | 28,6% | 16 |
| 18-20 años | 21,4% | 12 |
| 21-23 años | 7,2% | 4 |
| 24 o más | 5,3% | 3 |
| TOTALES | 100% | 56 |

En otros momentos hemos distribuido la variable edad en otros intervalos. Aquí hemos intentado establecer una aproximación a la edad de “finalización oficial” de los estudios obligatorios, secundarios y universitarios.

Tabla 21. Edad de abandono o finalización de los estudios y sustancia de abuso. Porcentajes y número absolutos

| Droga problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|-----------------------|----------------|-----------|----------------|----------|----------------|----------|
| Edad abandono | | | | | | |
| 12-14 años | 43,5% | 20 | 12,5% | 1 | - | |
| 15-17 años | 26,1% | 12 | 25,0% | 2 | 100% | 2 |
| 18-20 años | 21,7% | 10 | 25,0% | 2 | - | |
| 21-23 años | 2,2% | 1 | 37,5% | 3 | - | |
| 24 o más | 6,5% | 3 | - | | - | |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

Vemos que la mayor proporción de abandono de la formación escolar se produce en el período de enseñanza obligatoria (de los 12 a los 14 años), seguido de los primeros años de secundaria (entre los 15 y 17 años). Únicamente cuatro de las

mujeres entrevistadas tiene carreras medias. Tres de ellas ha finalizado la formación universitaria.

En la tablas 22 y 23 podemos observar la distribución del nivel de estudios alcanzado por las mujeres que componían la muestra.

Tabla 22. Nivel de estudios alcanzado. Porcentajes y valores absolutos

| Nivel estudios | % | N |
|---------------------|-------|----|
| Sin estudios | 16,1% | 9 |
| Estudios primarios | 46,4% | 26 |
| Estudios medios | 26,8% | 15 |
| Estudios superiores | 10,7% | 6 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Tabla 23. Nivel de estudios alcanzado y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|-----------------------|---------|----|---------|---|---------|---|
| Nivel estudios | | | | | | |
| Sin estudios | 17,4% | 8 | 12,5% | 1 | - | |
| Estudios primarios | 50,0% | 23 | 25,0% | 2 | 50,0% | 1 |
| Estudios medios | 23,9% | 11 | 37,5% | 3 | 50,0% | 1 |
| Estudios superiores | 8,7% | 4 | 25,0% | 2 | - | |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

Teniendo en cuenta la sustancia de abuso vemos que entre las consumidoras de opiáceos es mayor el porcentaje de las que abandonan los estudios en edades más tempranas, que las consumidoras de alcohol. Estas últimas alcanzan en mayor medida estudios medios (37,5%) y superiores (25,0%) (Tabla 23).

En cuanto al motivo del cese en los estudios (Tablas 24 y 25), un 41,1% argumentaba el “fracaso escolar”. En nuestra opinión aparecen otros casos de fracaso escolar soslayado y percibido y manifestado por algunas mujeres como falta de motivación, rebeldía, incapacidad u otros motivos.

Siguiendo con la lectura que incorpora la variable “sustancia” comprobamos que el grado de fracaso escolar es menos mencionado entre las usuarias de alcohol.

Tabla 24. Motivo del cese en los estudios. Porcentajes y valores absolutos

| Motivo cese | % | N |
|-------------------|-------|----|
| Finalización | 23,2% | 13 |
| Por consumo | 10,7% | 6 |
| Fracaso escolar | 41,1% | 23 |
| Encontrar trabajo | 25,0% | 14 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Tabla 25. Motivo del cese en los estudios y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia Problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|-----------------------|---------|----|---------|---|---------|---|
| Motivo cese | | | | | | |
| Finalización | 19,6% | 9 | 50,0% | 4 | | |
| Por consumo | 13,0% | 6 | - | | | |
| Fracaso escolar | 45,7% | 21 | - | | 100% | 2 |
| Encontrar trabajo | 21,7% | 10 | 50,0% | 4 | | |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

Los datos señalan que una proporción elevada de las mujeres encuestadas no ha alcanzado el nivel básico de enseñanza obligatoria.

“salí en 8º, con 14 años. No me gustaba estudiar y estaba repitiendo 8º. Suspendía todas y le dije a mi madre que no quería estudiar y me sacó”

“a los 13, por motivos psicológicos. Había cosas que no pillaba bien y dejé de estudiar por eso. Después me llevaron a un colegio para subnormales y eso me influyó mucho a seguir con ellos. Después, si leo, si algo me interesa, me quedo con ello, o sea... que creo que era algo psicológico”

“dejé con 13 años. Llevaba dos o tres cursos atrasada y al perder dos o tres años y ver a gente más joven que yo, me creaba malestar. Siempre me estaba escapando, me gustaba mucho la calle. Recuerdo que me ponían a cuidar a los críos de mi clase y eso me daba mucha rabia”

Esta circunstancia está relacionada con la imposibilidad de que la escuela cumpla con su función socializadora cuando existen factores previos que impiden avanzar en esta dirección: la escuela puede afianzar, ayudar a dirigir, consolidar la construcción de una red de relaciones. Pero únicamente desde un “yo”

mínimamente complementado que puede ir estructurando y construyendo una socialización que posibilite seguir con el proceso de crecimiento y autonomía. La escolarización produce un cambio y una transformación de este rudimentario “yo”, ampliando la conciencia de sí mismo. El fracaso escolar se vive como fuente de problemas con los profesores y/o padres transformándose en sentimiento de culpa y en humillación. El fracaso en la escuela se vive con vergüenza y culpa, ya que el valor escolar se convierte en valor central interiorizado.

“fue, el estar con la gente, relacionarme con la gente que consume y estar ahí. Ver que no encajas en ningún sitio en ningún grupo, pero siempre encajas en el de los peores... es con el que mejor te identificas,... y ellos se drogaban y yo empecé a probarlo”.

El proceso de socialización es ineludible. Desde un punto de vista general, el proceso será más o menos completo, rico o complejo en función de la calidad y cantidad de interacciones que se establezcan, pero en cualquier caso, inevitable. Los sentimientos de culpa y vergüenza por el fracaso escolar impiden encontrar un hueco entre los “iguales-normales” y la alternativa es el reflejo que no cuestiona los sentimientos (porque es igual que yo y siente igual que yo). Con “el otro igual” se establecen los lazos y los vínculos.

En la mayoría de los casos encontramos que el consumo de drogas se establece previamente al abandono de los estudios. Vemos qué es lo que la memoria (en cuanto experiencia) expresa y presenta:

“desde que nací, desde que recuerdo. Desde que tengo uso de razón fumo, desde que fumo empecé a beber y desde que empecé a beber empecé a meterme rayas”

Al relacionar la variable, “edad de abandono de estudios” con el “número de hermanos” (Tabla 26) comprobamos que las mujeres que viven en familias más numerosas abandonan antes los estudios.

Tabla 26. Relación entre edad de abandono o finalización de los estudios y número de hermanos. Porcentajes

| número de hermanos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 ó más | |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|------|---------|------|
| Edad abandono | | | | | | | | | |
| 12-14 años | 1,8% | 7,1% | 7,1% | 8,9% | 3,6% | 1,8% | 1,8% | 5,4% | |
| 15-17 años | 1,8% | - | 5,4% | 8,9% | 3,6% | 7,1% | - | 1,8% | |
| 18-20 años | - | 8,9% | 1,8% | 7,1% | 1,8% | - | - | 1,8% | |
| 21-23 años | - | - | - | 3,6% | 1,8% | - | - | 1,8% | |
| 24 o más | - | 1,8% | 1,8% | 1,8% | - | - | - | - | |
| TOTALES | | | | | | | | | 100% |

Por un lado, en relación a cuestiones mencionadas con anterioridad, podríamos pensar que la supervisión parental es más difícil en las familias con un mayor número de hijos. Por otro lado, aunque también relacionado, es posible que la existencia de una situación económica precaria obligue a la búsqueda de empleo, como deseo de independencia económica y/o mantenimiento a la economía familiar

“ lo dejé a los 14. Llegué hasta 7º. No era buena estudiante, y en casa había que hacer algo; me puse a trabajar”

“dejé de estudiar con 12 años. No iba bien. Mi padre enfermó entonces y tuve que salir a trabajar”

“con 11 ó 12 años. Empecé con las pandillas, mis padres no tenían mucho dinero y empecé a trabajar”

“a los 14. Había demasiadas cargas familiares. Tenía ganas de tener mi propio dinero. Mis padres económicamente no podían darme todo lo que quería y.. tenía ganas de tener mi propio dinero, para comprarme mi ropa y tener mis cosas. Ese fue el motivo”

“dejé a los 14. Había que trabajar. Teníamos una pastelería que había que atender”

“dejé con 13 años. Mis padres tenían un establecimiento y según íbamos acabando, íbamos llegando”

“fue a los 14 años. Me salió un trabajo cuidando un niño y quería ropa y algunas cosas y mis padres no me lo podían comprar. Estaba repitiendo curso y como ya estaba con trabajo... no me costó mucho decidirme”

Este abandono precoz en los estudios no está necesariamente asociado a la marginalidad, sino que circunstancias asociadas tales como la experimentación con las drogas, los sentimientos de culpa y vergüenza ante el fracaso escolar, las relaciones familiares disfuncionales, etc. son las que podrían generar un deseo de salir/escapar de una situación difícil e insoportable.

Stocco (2002) señala que “la emancipación es una lectura clave. Las mujeres no parecen buscar la independencia a través del estudio como instrumento para su formación. Más bien, tratan de lograr ese objetivo a través de una conducta transgresora y de abandono que las conduce a la marginalidad y a menudo a entrar en una problemática de dependencia y abuso”.

Con respecto a la situación actual de convivencia, destacamos un dato para la reflexión. Y es que las mujeres que antes abandonaron los estudios, y por tanto

tienen menos formación, actualmente conviven en mayor medida “con la pareja” (28,6%) o con “pareja e hijos” (28,6%). Las mujeres que viven “solas” son las que finalizaron los estudios medios o superiores, y lógicamente, las que finalizaron la formación con más edad (Tabla 27).

Es lógico pensar que las mujeres con más recursos culturales y formativos tienen más opciones laborales y pueden mantener una independencia económica que les permite acceder a un espacio propio, independientemente de la existencia de una relación afectiva.

Tabla 27. Relación entre edad de cese de estudios y situación de convivencia.
Porcentajes

| Convivencia Edad cese | Pareja | Padres | Sola | Sola con hijos | Pareja e hijos | Otros | |
|--------------------------|--------|--------|-------|-------------------|-------------------|-------|------|
| 12-14 años | 28,6% | 14,3% | - | 14,3% | 28,6% | 14,2% | 100% |
| 15-17 años | 12,5% | 18,8% | - | 12,5% | 43,7% | 12,5% | 100% |
| 18-20 años | 25,0% | 41,7% | - | - | 33,3% | - | 100% |
| 21-23 años | 25,0% | - | 50,0% | - | 25,0% | - | 100% |
| 24 o más | - | - | 33,3% | - | 33,3% | 33,4% | 100% |

“dejé de estudiar sobre los 17, ya estaba de novios con mi marido. Desde los 14 años estuve interna en un colegio hasta los 17 y salí de vacaciones y ya no volví. Les dije que no quería volver, que iba a hacer los 18 años y me quedé con mi marido”

Si volvemos a relacionar las variables “edad de abandono” y “motivos” de dicho cese por intervalos de edad (Tabla 28) observamos que los datos permiten concluir que las respuestas que aluden a los motivos “fracaso” o “encontrar trabajo” se producen mayoritariamente entre las mujeres más jóvenes (12-14 y 15-17 años).

Tabla 28. Edad de cese de estudios y motivo del cese. Porcentajes

| Motivo cese | Finalización | Por consumo | Fracaso Escolar | Encontrar trabajo | TOTALES |
|-----------------------|--------------|-------------|-----------------|-------------------|---------|
| Edad cese de estudios | | | | | |
| | % | % | % | % | % |
| 12-14 años | 4,8 | 4,8 | 61,9 | 28,6 | 100 |
| 15-17 años | - | 18,7 | 50,0 | 31,3 | 100 |
| 18-20 años | 41,7 | 16,6 | 16,7 | 25,0 | 100 |
| 21-23 años | 100 | - | - | - | 100 |
| 24 o más | 100 | - | - | - | 100 |

Entre las que abandonaron los estudios con una edad de entre 15 y 20 años la razón más mencionada es “por consumo” y “por fracaso escolar”. Mantener un proceso de formación requiere una exigencia personal cada vez mayor (cumplimiento de horarios, eficacia en exámenes). Es posible que las exigencias formativas cada vez mayores, el estrés que esto produce, la poca recompensa obtenida en el ámbito académico, etc. contribuyen a que las mujeres que se han iniciado en el consumo de sustancias o que desarrollan consumos esporádicos incrementen estas conductas desviadas en respuesta a un medio y una actividad poco gratificante.

También aparecen algunas respuestas en las que las mismas entrevistadas establecen una correlación entre las dos variables: el inicio en el consumo de drogas debido al fracaso escolar y por otro lado el fracaso en los estudios motivado por el consumo de drogas

“dejé de estudiar a los 17 años. Por consumo de drogas. Ya prefería la calle”

“abandoné los estudios a los 16. No me motivaba y ya empezaba a consumir hachis. Y estudiar no me gustaba en realidad...”

“estuve hasta los 16. No me gustaba estudiar. Empezaba a salir con gente que fumaba en los recreos. Iba pero ya no entraba. Mi hermano trabajaba vendiendo fruta y empecé a ir con él pero no aguanté mucho tiempo... eso de levantarse a las 6 de la mañana...”

“en tercero de BUP, con 16 años. Ya estaba enganchada y no sé como lo saqué”

En el momento de la entrevista estaba en proceso formativo prácticamente la mitad de las mujeres encuestadas (48,2%). De éstas, el 81,5% realizaba cursillos profesionales, el 11,1% educación obligatoria y un 7,4% “otros cursos” (Tabla 29).

Tabla 29. Desarrollo de procesos formativos y tipo de formación. Porcentajes y valores absolutos

| Tipo de formación actual | % | N |
|--------------------------|-------|----|
| Cursillos profesionales | 81,5% | 22 |
| Educación obligatoria | 11,1% | 3 |
| Otros cursos | 7,4% | 2 |

Más de la mitad de las mujeres que en ese momento mantenían y desarrollaban estudios formativos son aquellas que ya poseen estudios universitarios (66,7%). En contraposición, la mayor proporción de las que no están formándose (77,8%) fueron las que en su momento no consiguieron el certificado de escolaridad.

Una vez más, parece que la escasa y frustrada vinculación con el medio escolar disminuye la posibilidad de retomar una actividad formativa reglada y, por ello, la posibilidad de una economía más rentable.

Comprobamos, pues, que las que poseen un menor nivel de estudios son las que menos ingresos económicos reciben (el 70% de las mujeres “sin estudios” ingresa menos de 600 euros al mes). Las mujeres con una mayor disponibilidad económica (más de 1200 euros) son las que poseen estudios medios y universitarios (70 % de los casos) (Tabla 30).

Tabla 30. Relación entre nivel de estudios e ingresos económicos mensuales. Porcentajes

| Nivel de estudios | Sin estudios | Estudios primarios | Estudios medios | Estudios superiores | % |
|----------------------------|--------------|--------------------|-----------------|---------------------|------|
| Ingresos económicos | | | | | |
| Menos de 300 | 20,0% | 40,0% | 40,0% | - | 100% |
| 300-600 | 5,9% | 52,3% | 31,8% | 10,0% | 100% |
| 600-1200 | 10,0% | 50,0% | 35,0% | 5,0% | 100% |
| Más de 1200 | - | - | 50,0% | 50,0% | 100% |

Area laboral

De las 56 mujeres entrevistadas 34 (60,6%) estaba desarrollando una actividad laboral/profesional fuera del hogar, el 2,1% la desarrollaba como ama de casa; el

37,5% estaba en paro, era pensionista o permanecía en situación de invalidez laboral. De las que trabajaban fuera de casa, el 30,3% tenía trabajo eventual o esporádico y la misma proporción trabajo fijo (Tablas 31 y 32).

Tabla 31. Actividad laboral/profesional. Porcentajes y valores absolutos

| Actividad laboral | % | N |
|------------------------|-------|----|
| Trabajo fijo | 30,3% | 17 |
| Trabajo eventual | 30,3% | 17 |
| Paro sin ayuda | 12,5% | 7 |
| Paro con ayuda | 17,9% | 10 |
| Invalidez, pensionista | 7,2% | 4 |
| Ama de casa | 1,8% | 1 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Tabla 32. Actividad laboral/profesional desarrollada y sustancia consumida. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|--------------------------|----------|---------|---------|
| Actividad laboral | | | |
| Trabajo fijo | 30,4% 14 | 25,0% 2 | 50,0% 1 |
| Trabajo eventual | 28,3% 13 | 37,5% 3 | 50,0% 1 |
| Paro sin ayuda | 15,2% 7 | - | - |
| Paro con ayuda | 17,4% 8 | 25,0% 2 | - |
| Invalidez, pensionista | 6,5% 3 | 12,5% 1 | - |
| Ama de casa | 2,1% 1 | - | - |
| TOTALES | 100% 46 | 100% 8 | 100% 2 |

Comprobamos que afortunadamente más de la mitad de las mujeres entrevistadas poseía trabajo en el momento de desarrollar la investigación. La proporción de puestos fijos y eventuales es idéntica.

Según las estadísticas del Eustat (primer trimestre de 2003) del total de la población de 16 ó más años ocupada asalariada en la CAPV, en miles, son mujeres 357,4. El número de varones asalariados ocupados asciende a 530,1. Según esta misma fuente, comparativamente, también es mayor el porcentaje de mujeres paradas en el mismo contexto temporal (47,7% de las mujeres y 40,8% de hombres).

Existe una correlación entre género y empleo, lo que a su vez condiciona otra serie de aspectos como la independencia económica, las opciones de convivencia

(decisión de separación ante situaciones de ruptura afectiva originada por múltiples causas) etc. No nos parece descabellado elaborar hipótesis en las que la falta de disponibilidad económica actúe como condicionante de actitudes y conductas relacionadas con la dependencia emocional, la falta de autoestima, la sensación de falta de valía y reconocimiento, la sensación de falta de control, etc.; en definitiva, se trata de situaciones de desigualdad que se trasladan a diversas áreas de la persona.

En cuanto a la disponibilidad de recursos económicos, el 87,5% de las mujeres disponía de ingresos mensuales. De estas 49 mujeres, el 12,2% ingresaba menos de 300 euros al mes; el 34,7% disponía de entre 300 y 600 euros; el 40,8% percibía entre 600 y 1200 euros mensuales y el 8,1% ingresa más de 1200 euros y en el 4,1% de los casos el nivel de ingresos variaba según situaciones externas laborales (Tabla 33).

Tabla 33. Ingresos y cantidades. Porcentajes

| Disponibilidad | Si | No | Totales |
|-----------------------|-----------|-----------|----------------|
| | 87,5% | 12,5% | 100% |
| | | | |
| Cantidad | | | |
| Menos de 300 euros | 12,2% | | |
| Entre 300 y 600 | 34,7% | | |
| Entre 600 y 1200 | 40,8% | | |
| Más de 1200 | 8,2% | | |
| Varía según trabajo | 4,1% | | |
| TOTALES | 100% | | |

Independientemente de que se disponga de ingresos mensuales (algunas cobran paro o son pensionistas), una de cada tres mujeres encuestadas estaba en situación laboral activa y percibía una remuneración económica por el desempeño de esta labor.

Aproximadamente la mitad de ellas realizaba un trabajo cualificado profesionalmente y disponía de cierta titulación académica o certificado de realización de cursos específicos (auxiliar de geriatría, secretaria, gestión de empresas, auxiliar de clínica, enfermería, productora de teatro, administrativo, pintora). La otra mitad trabajaba en lugares donde no era imprescindible titulación alguna (auxiliar domiciliaria, limpieza, limpieza industrial, operaria de fabricación, hostelería, ayudante de cocina, fábrica textil, servicios, etc.).

De las siete mujeres que no disponían de ingresos propios, el 57,2% vivía en “pareja” y “pareja con hijos”, el 28,6% con los padres y el resto en “otros casos”.

Únicamente tres mujeres vivían “solas” y cinco vivían “solas con los hijos” (Tabla 34).

Tabla 34. Existencia de ingresos y convivencia actual. Porcentajes

| Convivencia | Pareja | Padres | Sola | Sola con hijos | Pareja e hijos | otros | |
|-----------------|--------|--------|------|----------------|----------------|-------|------|
| Ingresos | | | | | | | |
| Sí | 18,4 % | 18,4% | 6,1% | 10,2% | 36,7% | 10,2% | 100% |
| No | 42,9% | 28,5% | - | - | 14,3% | 14,3% | 100% |

Las mujeres encuestadas que viven en pareja y con los hijos son las que en mayor proporción desarrollan una actividad profesional, ocupando el 82,3% de los trabajos fijos.

Siguiendo con los datos aportados por el Eustat (1998), “ocuparse de la casa, de los niños y de las personas mayores sigue siendo una tarea esencialmente femenina, aunque el desequilibrio de los roles domésticos tiende a suavizarse”.

Los datos extraídos del testimonio de las mujeres entrevistadas podrían permitirnos imaginar que incluso cuando las mujeres tienen un trabajo remunerado se ven “obligadas”, después de esta jornada fuera del hogar, a realizar una nueva jornada laboral en casa cuidando de hijos, realizando las tareas domésticas, etc.

5.2 Salud

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas en el desarrollo de esta investigación (58,9%) tomaba algún tipo de medicación en el momento en que se realizó el trabajo de campo. En ocasiones, comprobamos que el tipo de medicación estaba muy relacionado con las consecuencias del consumo de drogas (por ejemplo, la medicación específica para el VIH). En otros casos se trataba de medicación que pudo estar relacionada con problemas previos, concomitantes o consecuentes al consumo de drogas. Hablamos, por ejemplo, de la medicación psiquiátrica.

La relación entre el abuso de sustancias psicoactivas y la psicopatología ha dado mucho que hablar en la literatura relacionada con el posible consumo de drogas (Casas, 1991). La relación entre ambos conceptos es muchas veces evidente en la clínica de las toxicomanías. Sin embargo, aparecen usuarios en los que se sospechan rasgos psicopatológicos previos al consumo que en su momento no

fueron diagnosticados, que brotan por la evolución del tiempo o se precipitan por el consumo de sustancias, que en ocasiones provocan situaciones de “automedicación” a través de las sustancias de elección. De la misma forma, podemos comprobar que en otros casos la cronicidad del consumo y otros aspectos relacionados con un estilo de vida y de conducta típico dentro de los colectivos “de exclusión social”, puede resultar el antecedente de situaciones de patología mental. Finalmente cabe la posibilidad de ocurrencia de momentos puntuales en los que la salud psíquica se ve afectada en mayor o menor medida. Más adelante dedicamos un espacio al problema del diagnóstico psiquiátrico de las mujeres que participaron en esta investigación.

El 58,9% de las encuestadas tomaba algún tipo de medicación pautaada por un facultativo. La medicación más recetada fue la psiquiátrica (57,6%). Se trata generalmente de tranquilizantes, hipnóticos y/o neurolépticos. El 12,1% de las mujeres estaba medicada con retrovirales ya que eran portadoras de VIH o habían desarrollado el SIDA; el 24,2% de la muestra combinaba la medicación psiquiátrica con los retrovirales y un 6,1% de las mujeres tomaba otro tipo de medicación (analgésicos, principalmente) (Tabla 36).*

Tabla 35. Porcentaje de mujeres que tienen prescrito algún tipo de medicación. Porcentajes y valores absolutos

| Medicación | Sí | | No | |
|------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| | 58,9% | 33 | 41,1% | 23 |

Si tenemos en cuenta la sustancia de abuso comprobamos que la medicación más consumida es la de carácter psiquiátrico, tanto entre las mujeres que fueron alcohólicas como entre las que fueron consumidoras de heroína. De las 8 mujeres alcohólicas de la muestra, 7 (87,5%) tenían prescrita este tipo de medicación. De las 26 mujeres consumidoras de heroína u otros opiáceos que tomaba en el momento de la entrevista algún tipo de medicación, el 46,2% tenía prescrita una medicación psiquiátrica.

* No hemos incluido la metadona en este apartado.

Tabla 36. Porcentaje de mujeres que tienen prescrito algún tipo de medicación y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | | TOTALES | |
|-------------------------------|---------|----|---------|---|---------|---|---------|----|
| | % | N | % | N | % | N | % | N |
| | 46 | | 8 | | 2 | | | |
| Tipo | | | | | | | | |
| Psiquiátrica | 46,2% | 12 | 100% | 7 | - | | 57,6% | 19 |
| Retrovirales | 15,4% | 4 | | | - | | 12,1% | 4 |
| Psiqu.más retrovirales | 30,8% | 8 | | | - | | 24,2% | 8 |
| Otras (analgésicos) | 7,6% | 2 | | | - | | 6,1% | 2 |
| TOTALES | 100% | 26 | 100% | 7 | - | | 100% | 33 |

En general, en el momento de ser entrevistadas prácticamente 6 de cada diez mujeres tomaba algún tipo de medicación.

Por un lado, recordemos que en el capítulo dedicado a la epidemiología del consumo de cada sustancia comentamos la prevalencia del uso de tranquilizantes por parte del colectivo femenino, asociando este uso entre las mujeres de más edad al estrés derivado de la doble jornada entre el trabajo y las tareas domésticas (Navarro, 2000). Pues bien, si relacionamos esta cuestión con los datos que hablan del uso de medicación, tal vez podamos establecer una hipótesis explicativa, ya que en nuestra muestra la mayoría de las mujeres trabaja fuera del hogar (Tabla 31), el 36,7% de ellas convive con pareja e hijos (por lo que tiene compromisos familiares que le obligan a dedicar otra gran parte de su tiempo a las tareas del hogar, con o sin ayuda de la pareja) y el 10,2% de las mujeres que trabaja “fuera” tiene a su cargo hijos, con los que convive y a los que atiende sin ayuda de pareja alguna (Tabla 34).

Por otro lado, desde la lectura de los datos de la tabla precedente (Tabla 36), podemos pararnos a reflexionar acerca del porcentaje de mujeres que toma simultáneamente medicación psiquiátrica y retroviral (24,2%) e imaginar que esto nos puede dar ciertas pistas sobre la percepción, la vivencia personal y la experiencia de las mujeres afectadas por el VIH; en definitiva, saber cómo viven estas mujeres la enfermedad.

Con respecto al VIH/SIDA, comprobamos que el 41,1% de las mujeres tiene anticuerpos del VIH, mientras que el 46,4% tiene hepatitis C (Tabla 37).

Tabla 37. Mujeres entrevistadas portadoras del VIH, VHC y VHB. Porcentajes y valores absolutos

| VIH | | VHC | | VHB | |
|-------|----|-------|----|------|---|
| 41,1% | 23 | 46,4% | 26 | 3,6% | 2 |

ONUSIDA elaboró en el año 2000 un interesante informe teniendo en cuenta la especificidad del género respecto al riesgo y la vulnerabilidad de las mujeres a la hora de contraer el virus, la forma de vivir la enfermedad y el impacto y consecuencias de la misma dentro del entorno familiar.

Según este informe, “las normas sociales influyen enormemente en la propagación del VIH”. Así, establecen que diversas investigaciones ponen de manifiesto que el hecho de ser mujer influye en el modo en que la persona experimenta la epidemia de VIH/SIDA y responde a ella.

Respecto a los aspectos de riesgo y la vulnerabilidad relacionadas con el género se señala que “las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que la mujer corra un riesgo más elevado de contraer la infección por el VIH y ETS que el hombre”. Por otro lado, “en la mujer, muchas ETS son asintomáticas”, de modo que un gran número de mujeres no son conscientes de la necesidad de seguir un tratamiento y sin duda esto contribuye a la transmisión de la enfermedad en las relaciones sexuales sin protección.

También las normas relativas al género condicionan o determinan las expectativas acerca de determinados conocimientos. Tradicionalmente, esperamos que la mujer posea unos conocimientos mayores en el ámbito doméstico mientras existen otras expectativas respecto a los conocimientos de los varones. En el caso que nos afecta, no se considera primordial que la mujer muestre excesivo interés por la adquisición de conocimientos relativos al sexo y la sexualidad, lo que limita la capacidad de ésta para establecer con precisión su nivel de riesgo y de obtención de información exacta sobre los medios para protegerse frente al VIH. “En muchas sociedades, según este informe, el ideal femenino se caracteriza por la pasividad y la ignorancia de la mujer, así como por el diferimiento de sus expectativas en provecho de las necesidades sexuales del hombre.”

Señalan que en muchos hogares el dominio masculino se expresa a través de la violencia y la coacción sexual y en situaciones de este tipo la mujer ve limitada su capacidad de adoptar medidas para protegerse contra la infección o de insistir para que su pareja tome precauciones. Por ejemplo, “en las sociedades donde los preservativos se asocian con las relaciones sexuales ilícitas y las ETS, la mujer que prueba a introducirlos en una relación, se encuentra con el problema de que

su pareja cree que no le es fiel o la considera “demasiado preparada y podría herir a su pareja”.

En lugares donde se concede un gran valor a la virginidad, las mujeres se inhiben a la hora de solicitar información ante el miedo de ser tachadas como de sexualmente activas por las consecuencias que esto podría acarrearles.

La posibilidad de la mujer afectada de poder transmitir el virus a su descendencia, es también, otra diferencia biológica entre hombres y mujeres.

Por vía perinatal, la mujer con VIH tiene entre un 23,0% a un 35,0% de probabilidades de transmitir el virus a sus hijos o hijas y la transmisión puede producirse durante el embarazo, el parto o la lactancia. El embarazo en mujeres adictas en general es alarmantemente alto.

Por otro lado, el VIH pone sobre la mesa cuestiones relacionadas con el derecho de la mujer de decidir libremente si se somete a las pruebas de detección del virus y de mantener en confidencialidad su estado.

Cuando el VIH se asocia con la promiscuidad sexual el estigma es mucho más opresivo para la mujer que para el hombre.

Y, por último, este excelente informe afirma que cuando la mujer es la afectada por la enfermedad (en contraposición al varón), es más probable que se vean más afectadas las funciones tradicionales de crianza, asistencia y producción, por lo que las consecuencias se extienden y afectan a otros en mayor medida.

En definitiva, podemos afirmar que la literatura no solo confirma la existencia de una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres frente al VIH y otras ETS (Vázquez, 2002) sino que además, las condiciones de vida que han generado el consumo de drogas: pautas de consumo con riesgo de contagio, mantenimiento de conductas sexuales sin prevención del riesgo, mantenimiento del consumo (lo que implica en muchos casos, baja calidad del vida),etc. hacen que las mujeres sean el centro de la diana del VIH.

Una cuestión importante que recoge la interesante tesis doctoral de Meneses (2000) sobre la cuestión de género y el consumo drogas, señala que cuando la droga se administra por vía intravenosa y en grupo generalmente es la mujer la última en inyectarse debido a una mayor dificultad para localizarse el punto de inyección o una mayor lentitud en este proceso. Esta circunstancia, unida a la urgencia que acompaña habitualmente al consumo hace que la mujer adquiera más riesgos de contagio o reinfección de VIH (mayor número de usuarios previos de la jeringuilla en el caso de no disponer de instrumentos de inyección estériles, menos probabilidades de proceder a operaciones de limpieza y desinfección de estos útiles, etc.).

Estos datos sacan a la luz la falta de poder de las mujeres para gestionar y tomar decisiones sobre su propia vida y autocuidado, lo que lleva a “una probabilidad de entre 4 y 7 veces mayor de resultar infectadas por el VIH que los hombres” (Vázquez, 2002). Las mujeres tienen en general menos capacidad para negociar sexo seguro y menor estatus social y económico.

Si bien es cierto que el VIH/SIDA crea gran alarma social y sanitaria no es menos cierto que la infección crónica por hepatitis C (VCH) ocasiona considerables problemas de salud, y a la larga, puede producir consecuencias graves, entre ellas daños severos en el hígado y la muerte prematura. Como vemos en la tabla 29, la prevalencia de VCH es alta en nuestra muestra y en general, en toda la UE (EMCDDA, 2001). El VHC es más infeccioso que el VIH y puede transmitirse con más facilidad a través del material de inyección distinto de las jeringuillas, como el algodón, las cucharillas, el agua, etc. (EMCDDA, 2002).

Salud mental

Como decíamos anteriormente, la salud mental es otro de los aspectos importantes en el concepto integral de salud y una cuestión íntimamente relacionada con el consumo de drogas.

Entre las entrevistadas, 11 de las 56 mujeres reconoce alguna enfermedad psiquiátrica previa al consumo. No confirmamos la existencia real de un diagnóstico de enfermedad porque nos pareció importante conocer la autopercepción de estos problemas (individuales, de relación...) previos al consumo de drogas.

El 36,6% de las mujeres que afirma partir de una situación de salud mental afectada menciona la “depresión”; el 18,2% un problema de “ansiedad”; el 27,3% un problema de “hiperactividad” y el 18,2% habla de “inseguridad” (Tabla 38).

Tabla 38. Autopercepción de alguna enfermedad psiquiátrica previa al consumo de drogas. Porcentajes y valores absolutos

| Enfermedad psiquiátrica previa | Sí | | No | | TOTALES | |
|--------------------------------|------|----|-------|----|---------|----|
| | % | N | % | N | % | N |
| | 19,6 | 11 | 80,4% | 45 | 100% | 56 |

El autodiagnóstico más mencionado por las mujeres, independientemente de la sustancia de abuso sigue siendo la “depresión”. (Tabla 39).

Tabla 39. Autopercepción de alguna enfermedad psiquiátrica previa al consumo de drogas y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia Problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|---------------------------|----------------|---|----------------|---|----------------|---|
| Diagnóstico | | | | | | |
| Depresión | 42,8% | 3 | 100% | 1 | - | |
| Ansiedad | 14,3% | 1 | - | | 50,0% | 1 |
| Hiperactividad | 28,6% | 2 | - | | 50,0% | 1 |
| Inseguridad | 14,3% | 1 | - | | - | |
| TOTALES | 100% | 7 | 100% | 1 | 100% | 2 |

Con respecto al caso de las mujeres que acudió a tratamiento por problemas relacionados con el consumo de alcohol, se puede observar que éstas rara vez habían tomado drogas ilegales sino que la combinación más frecuente se realizaba entre alcohol y tranquilizantes. De hecho, 7 de las 8 mujeres que manifestaron problemas de alcoholismo eran consumidoras de medicación psiquiátrica, sobre todo, de tranquilizantes.

Desde la hipótesis de la posible utilización de drogas como instrumento de automedicación, comprobamos que en el momento de la entrevista si relacionamos el consumo de alguna sustancia (no se trata de sustancias prescritas médicamente sino de uso o abuso de sustancias psicoactivas que no son las que provocaron el tratamiento pero que pueden llegar a ser adictivas: alcohol, hachís, cocaína, etc.) con la existencia de alguna enfermedad psiquiátrica previa, encontramos que prácticamente la mitad de las que declara haber partido de problemas psiquiátricos previos al consumo de la sustancia que originó el tratamiento consumía actualmente algún tipo de sustancia (Tabla 40).

Tabla 40. Enfermedad psiquiátrica previa y consumo actual de drogas, al margen de las recetadas. Porcentajes y valores absolutos

| Consumo actual de alguna droga | Sí | | No | | Totales | |
|--|-----------|----------|-----------|----------|----------------|----------|
| | % | N | % | N | % | N |
| | 42,8% | 24 | 57,2% | 32 | 100% | 56 |
| Enfermedad psiquiátrica Previa. | | | | | | |
| Sí | 45,5% | 5 | 54,5% | 6 | 100% | 11 |
| No | 42,2% | 19 | 57,8% | 26 | 100% | 45 |

Tal vez, los datos de la tabla permiten destacar una cuestión más importante que la reflexión previa a la misma, Y es que casi la mitad de las mujeres entrevistadas que han pasado por tratamiento (42,8%) consumían en ese momento alguna o algunas sustancias psicoactivas susceptibles de abuso (alcohol, cocaína y hachís mayoritariamente).

Algunas de las respuestas relacionadas con la percepción de psicopatología previa y consumo son éstas:

“bueno sí, la depresión, cuando murió mi marido, que fue el desencadenante del consumo”

“no es que sea enfermedad pero los problemas que había con mi padre que era alcohólico,... que eso también es alucinante...”

“no lo se pero cuando tenía 10 años me hicieron un electro para ver si era retrasada o algo, me hicieron muchas pruebas... tomé pastillas de diversas marcas y, le dijeron a mi madre que tenía problemas, desde que era pequeña. Con 5 o 6 años cogía una almohada y la rompía y la mordía hasta hacerla añicos. Cuando tenía 10 años estaba mal en la escuela y le preguntaron a mi madre haber si había algún problema en casa... Y con 17 años, ya habiendo consumido alguna vez, fui donde una psicóloga, en el módulo del barrio, porque me preocupaba la imagen y me preocupaba que los chicos no me hicieran caso. Yo sufría mucho por eso, para mí era algo muy importante, el hecho de no tener pareja y yo gustar a los demás... y como esa persona me hiciera daño, me quedaba fatal...”

“sí, aunque no se si describirla como enfermedad psiquiátrica. De pequeña estuve en el hospital, y fue una experiencia de varios años”

“con 20 años me autolesionaba; me hacía heridas cada vez más grandes y peligrosas... estuve en tratamiento mucho tiempo”.

“depresión. Intenté quitarme la vida con 9 años tomando pastillas”

“hiperactiva y con muchas depresiones. Cuando era pequeña tomaba unas pastillas, era muy movida y yo no me las quería tomar. Mi madre lleva en el psiquiátrico muchos años... Yo tengo la duda de si el malestar que tengo tiene que ver con cosas de atrás... no sé si es un problema bioquímico o por experiencias pasadas... No sé que hacer cuando me siento mal, de momento lo que he hecho es tomar antidepresivos...”

“sí, siempre he tenido alguna depresión”.

“sí, yo, de hecho, acudía una vez al mes a una psicóloga y fui durante un año. Ahora voy cuando me apetece. La llamo porque no sé que hacer cuando me vienen ciertas cosas. Por ejemplo, no sé tomar decisiones... entonces no sé que hacer y ella es un apoyo”

Con respecto al tema de la salud, en general, recordamos que en el momento de desarrollar el trabajo de campo, cuatro mujeres estaban en situación laboral de invalidez y otras dos de ellas estaban de baja por motivos sanitarios.

Para concluir con las cuestiones relacionadas con la salud, nos parecía importante recoger una de las preguntas que contiene diversas opciones de respuesta, y que se mencionarán posteriormente, pero que analizada parcialmente tiene aquí sentido. Se trata de la pregunta referida a las preocupaciones principales actuales de las entrevistadas. La salud, como preocupación principal ocupa el 16,8% de las respuestas recogida de toda la muestra.

Pensamos que en general hay un cierto “desfase” entre la realidad del estado físico de estas mujeres (muy deteriorado en la mayoría de los casos) y entre la percepción o el valor subjetivo que las mujeres conceden al concepto, vivencia, o experiencia de salud (Tabla 75).

Sin embargo, al ser preguntadas acerca de las consecuencias del consumo en sus vidas, para el 30,6% de las mujeres entrevistadas el deterioro de la salud es el aspecto más señalado, Es muy posible que antes o durante el consumo la salud no se haya sentido como un valor, y por lo tanto no se haya cuidado. Sin embargo, sí es valorado ahora, cuando el desgaste físico y psicológico se hace manifiesto.

5.3 Inicio en el consumo de drogas

En este apartado incluimos el inicio del uso de drogas en general (también alcohol, tabaco y hachís, que no son en todos los casos las sustancias por las que las mujeres solicitaron tratamiento).

La bibliografía al respecto alude al alcohol y el tabaco como las sustancias más consumidas en el inicio del proceso de experimentación con sustancias psicoactivas (Torres, 2002; Instituto de la mujer; 2002; Elzo y otros, 2003).

En el caso de las mujeres que componen la muestra la edad de inicio del consumo de drogas (legales e ilegales) se distribuye de la siguiente forma: el 10,7% de las entrevistadas inicia el consumo entre los 8 y 12 años; el 69,6% en la

franja de edad de entre 13 y 17 años; el 14,3 % inició el consumo entre los 18 y los 22 años y el 5,3% comienza después de los 23 (Tabla 41).

Tabla 41. Edad de inicio en el consumo de drogas. Porcentajes y valores absolutos

| Edad inicio | % | N |
|-------------|-------|----|
| 8-12 años | 10,7% | 6 |
| 13-17 años | 69,6% | 39 |
| 18-22 años | 14,3% | 8 |
| 23 o más | 5,4% | 3 |
| | 100% | 56 |

La mayoría de las mujeres entrevistadas, independientemente de la sustancia que causa la adicción, comienza a habituarse al uso de drogas en edades similares (13-17 años) (Tabla 42). Como ya dijimos, la adolescencia es un período evolutivo de vulnerabilidad para experimentar con drogas legales e ilegales.

Tabla 42. Edad de inicio en el consumo de drogas y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia Problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|--------------------|---------|----|---------|---|---------|---|
| Edad inicio | | | | | | |
| 8-12 años | 6,5% | 3 | 25,0% | 2 | 50,0% | 1 |
| 13-17 años | 71,7% | 33 | 62,5% | 5 | 50,0% | 1 |
| 18-22 años | 19,6% | 9 | 12,5% | 1 | - | - |
| 23 o más | 2,2% | 1 | - | - | - | - |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

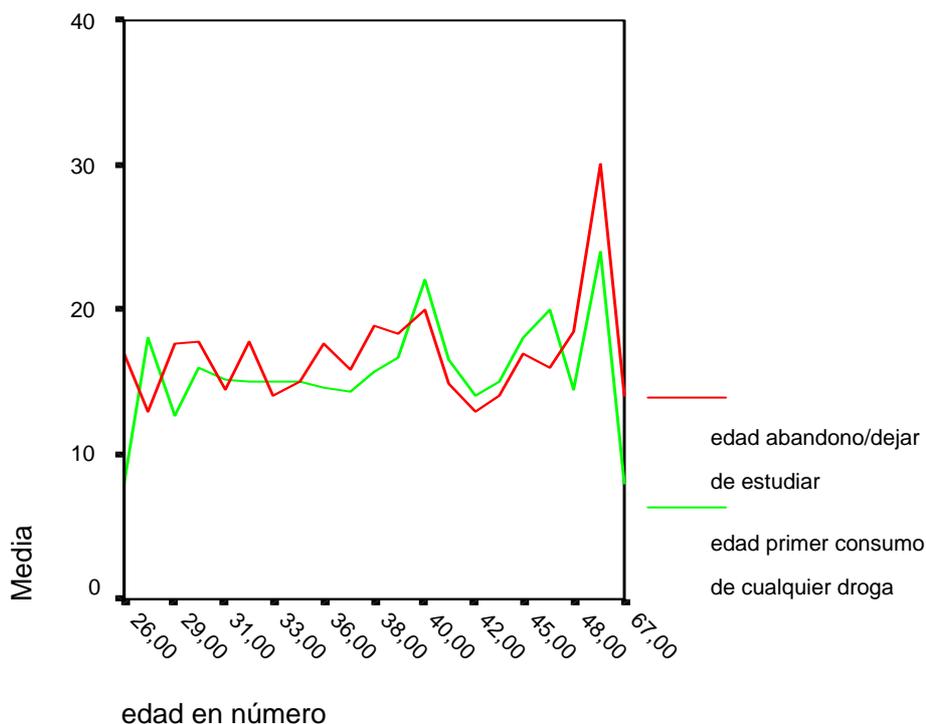
Desde un punto de vista social y cultural, Gomberg (1981) observa que las mujeres beben significativamente más con hombres de los que éstos beben con sus esposas u otras mujeres. Las trasmisión del consumo del alcohol es, como en otras adicciones, más frecuente de hombre a mujer que a la inversa. Además, una vez adquirido el hábito, la mujer bebe más a escondidas que el varon.

Barcia y otros (1994) establecen diferencias entre dos estilos distintos de beber que corresponden a dos franjas de edad: entre los 17 y 35 años y entre los 36 y los 58 años. Las diferencias se manifiestan en actitudes distintas frente a la bebida, (en cuanto al ritual del consumo y relación con la droga) y distintas consecuencias a nivel psicológico (los mismos sentimientos como culpa, remordimiento, autocompasión y vergüenza, pero autoestima más baja en el

grupo de las jóvenes) y a nivel relacional (el grupo de las más mayores refleja peores relaciones interpersonales).

Según algunos autores (Stocco y otros, 2000) el inicio en el consumo de drogas coincide con frecuencia con la edad de abandono de los estudios (Grafico 2). El abandono del ámbito educativo es uno de los efectos tras iniciarse en las drogas.

Grafico 2. Edad de abandono de estudios y edad del primer consumo de cualquier droga.



Entre las que se iniciaron más jóvenes (8 a 12 años), 6 de las mujeres recuerdan así esta experiencia:

“empecé con 8 años a consumir tabaco. A los 10 ó 12 hachis, alcohol, pastillas... sola. Me sentía mal, muy mal... desamparada. Mis padres tenían muchos problemas.... Heroína con 13, ya tenía pareja y con 21 ó 22 heroína y pastillas, benzodiazepinas”

“desde pequeña me recuerdo consumiendo alcohol. Desde pequeña, con catarro... vino caliente, con la regla, ginebra... con 16 años anfetaminas durante mucho tiempo y desde los 30 a los 40 speed y alcohol, de forma habitual en grupo. Las anfetaminas empecé sola, con el estudio... hachis, en casa sola y en grupo, quizá... menos en grupo. Era un concepto de vida, mi psicólogo lo define

como nihilismo, hacer el gozo de hoy sin pensar las consecuencias. Mi compañero trabajaba en un bar y yo me quedaba hasta que salía. Mi trabajo era independiente, vivía de noche y... era el horario y mi manera de ver las cosas... El consumo de speed me despertaba la creatividad”

Otra cuestión es la que afecta a la edad en la que se iniciaron en el consumo de la droga “problema”, es decir, la sustancia que creó adicción y la que motivó el tratamiento. Aunque hay mujeres que se inician a edades muy tempranas (de los 13 a los 16, el 16%), la mayoría recuerda haberse iniciado con la sustancia entre los 17 y los 20 años (44,6%). A medida que aumenta la edad el número de mujeres que inicia el consumo de sustancias ilegales es menor. Vemos, pues, como los porcentajes van descendiendo (Tabla 43).

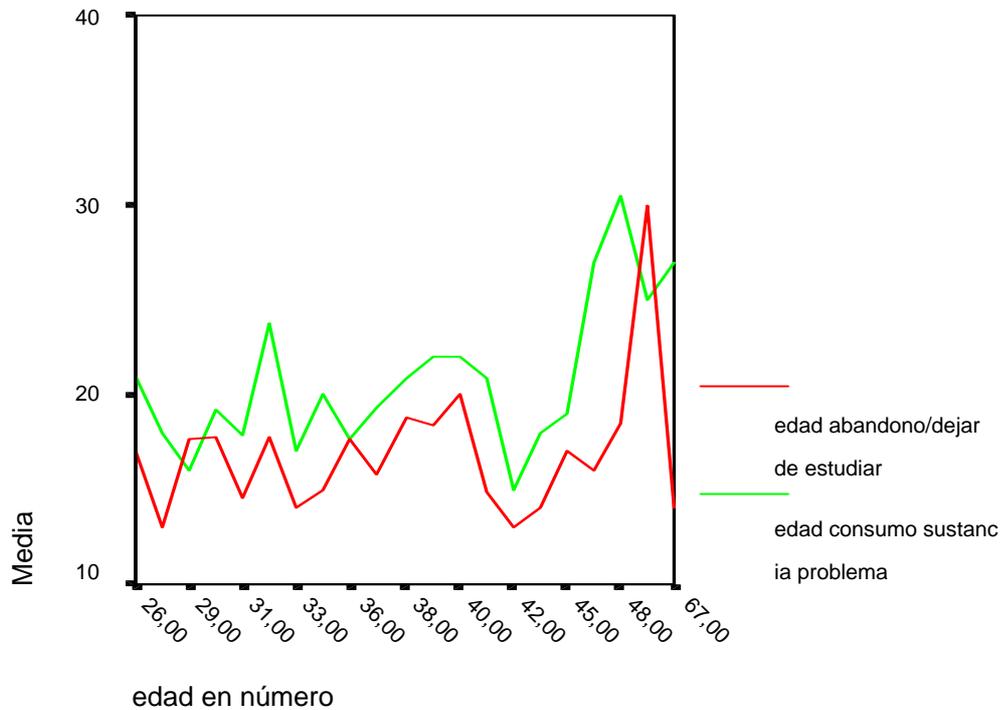
Tabla 43. Edad de inicio en el consumo de droga problema. Porcentajes y valores absolutos

| Edad | % | N |
|----------------|-------------|-----------|
| 13-16 años | 16,0% | 9 |
| 17-20 años | 44,7% | 25 |
| 21-24 años | 16,0% | 9 |
| 25-28 años | 14,4% | 8 |
| 29 o más | 8,9% | 5 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Estos datos nos hacen rescatar la importancia de la prevención como estrategia para evitar situaciones de abuso de drogas en momentos posteriores. Aunque es necesario evitar la ocurrencia de determinadas conductas en todos los grupos de edad, los más jóvenes son por sus propias características un colectivo vulnerable y por lo tanto los destinatarios últimos de las políticas de prevención respecto al uso y/o abuso de drogas legales e ilegales. En concreto, algunos autores afirman que “una vez que los individuos alcanzan los 20 años, la probabilidad de convertirse en fumador es insignificante” (Amkee y Molina, 2001). Creemos que esta hipótesis de trabajo es aplicable también a otro tipo de sustancias, de ahí la necesidad de actuar para que, en el mejor de los casos no se produzca siquiera la experimentación con ninguna de ellas.

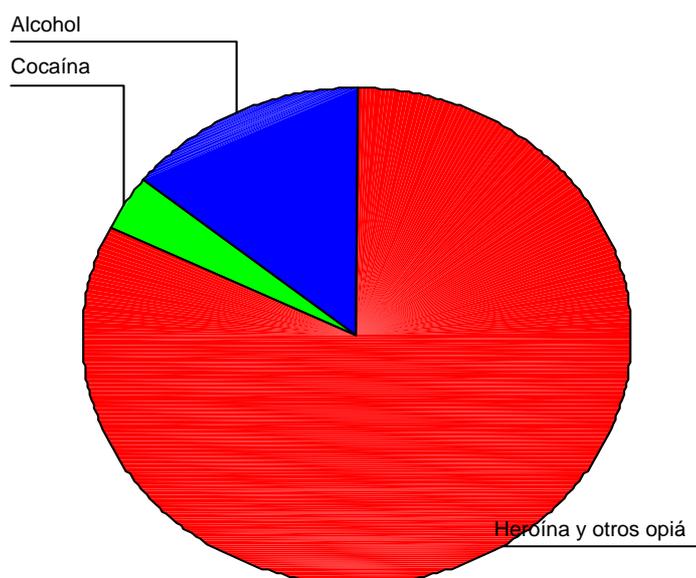
Así mismo, vemos en el gráfico 3 que la media de edad del consumo de la droga problema es ligeramente superior a la edad de abandono de los estudios y a la edad del consumo de cualquier droga. Confirmamos la tesis de Stocco en nuestra muestra ya que parece que el consumo de la droga problema, por lo general, se produce en un periodo que varía entre los pocos meses y los pocos años después de dejar los estudios.

Grafico 3. Edad de abandono de estudios con edad del primer consumo de droga problema



Con respecto a las sustancias por las que se solicita tratamiento, la sustancia que crea más problemas entre las mujeres entrevistadas es la heroína y otros opiáceos (82,1%), seguida del alcohol (14,3%) y la cocaína (3,6% de las demandas de tratamiento) (Gráfico 4).

Grafico 4. Tipo de droga por la que solicitan tratamiento



Con respecto a la edad en la que se desarrolla el trabajo de campo y la sustancia que les lleva a tratamiento, encontramos que las mujeres más jóvenes de la muestra han consumido heroína. El consumo de alcohol se sitúa en edades más avanzadas. La proporción mayor de consumidoras de alcohol se localiza en mujeres de entre 31 y 35 años. La cocaína es la droga que crea problemas entre las mujeres que tienen 36 y 40 años. El consumo de heroína tiene unas consecuencias físicas, psicológicas y sociales más graves a corto plazo que el consumo de alcohol (Tabla 44).

Tabla 44. Edad actual y sustancia que les lleva a tratamiento. Porcentajes y valores absolutos

| Edad | de 26 a 30 | de 31 a 35 | de 36 a 40 | De 41 a 45 | + de 46 | |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|---------|------|
| | % | % | % | % | % | |
| Sustancia | | | | | | |
| Heroína y otros opiáceos | 19,6% | 21,7% | 32,6% | 17,4% | 8,7% | 100% |
| Cocaína | - | - | 100% | - | - | 100% |
| Alcohol | - | 37,5% | 25,0% | 12,5% | 25,0% | 100% |

Existe abundante literatura sobre la influencia del grupo de pares y de la pareja en el origen del consumo. En los jóvenes en general, en el período de socialización, es importante la seguridad que proporciona un grupo u otra persona (la pareja) con la que se establecen fuertes lazos de identificación en el ritual mismo de los consumos.

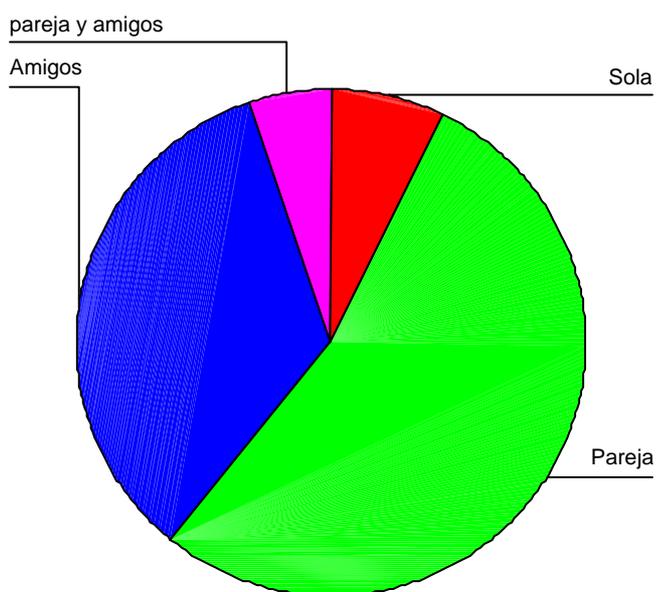
Con respecto a las mujeres entrevistadas comprobamos que la mayoría de ellas comienzan a consumir mayoritariamente “con pareja” (53,6%) y “con amigos” (33,9%). El 7,1% comenzó “sola” y el 5,4% “con pareja y amigos” de la muestra (Tabla 45).

Tabla 45. Con quién o quiénes empezó a consumir drogas. En porcentajes

| Compañía | % |
|-----------------|----------|
| Sola | 7,1% |
| Pareja | 53,6% |
| Amigos | 33,9% |
| Pareja y amigos | 5,4% |
| TOTALES | 100% |

Estos datos no sólo ponen en evidencia la influencia del establecimiento de las relaciones de pareja sino que también afecta a la edad de inicio o experimentación con sustancias. Se ha comprobado que el uso experimental de drogas a edades tempranas se produce en menor edad en chicas que en chicos y que la explicación de este fenómeno podría encontrarse en el hecho de que las chicas más jóvenes tienen amigos o parejas de más edad que les inician a este consumo experimental (Merino, 2002).

Grafico 5. Con quién o quienes se produce el primer consumo de drogas



Con respecto a la sustancia y la influencia de otros en el consumo, vemos que la heroína se consume con la pareja en primer lugar (58,7%) y con los amigos en segundo lugar (32,6%). En el caso de la cocaína, los dos casos de nuestra muestra señalan un consumo con la pareja. Cuando la sustancia consumida es el alcohol, el consumo se produce en mayor medida con los amigos (50,0%) y sola (37,5% de los casos) (Tabla 46).

Tabla 46. Sustancia de abuso y figura con la que empezó a consumir drogas. Porcentajes y valores absolutos

| Con quién/quienes empezó a consumir | sola | | pareja | | amigos | | pareja y amigos | | % |
|-------------------------------------|-------|---|--------|----|--------|----|-----------------|---|------|
| Consumo | | | | | | | | | |
| Heroína | 2,2% | 1 | 58,7% | 27 | 32,6% | 15 | 6,5% | 3 | 100% |
| Cocaína | - | | 100% | 2 | - | | - | | 100% |
| Alcohol | 37,5% | 3 | 12,5% | 1 | 50,0% | 4 | - | | 100% |

También preguntamos a las mujeres las causas o motivos que en ese momento atribuían al inicio del consumo. En este sentido, el 48,2% de las mujeres reconoce haberse iniciado “por problemas”, el 21,4% porque hubo una “invitación” para el

consumo y el 30,4% argumentaron “curiosidad” o desde de “probar” la sustancia (Tablas 47 y 48).

Tabla 47. Causas de inicio en el consumo. Porcentajes y valores absolutos

| Causas atribuidas | % | N |
|--------------------------|-------------|-----------|
| Curiosidad,probar | 30,4% | 17 |
| Por invitación | 21,4% | 12 |
| Por problemas | 48,2% | 27 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Tabla 48. Causas de inicio en el consumo y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|---------------------------|----------------|-----------|----------------|----------|----------------|----------|
| Causas atribuidas | | | | | | |
| Curiosidad,probar | 34,8% | 16 | 12,5% | 1 | - | - |
| Por invitación | 26,1% | 12 | - | - | - | - |
| Por problemas | 39,1% | 18 | 87,5% | 7 | 100% | 2 |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

Tabla 49. Tratamiento por consumo de alcohol y causa de comienzo del consumo. Valores absolutos

| Consumo de Alcohol | Sí | No |
|--------------------------------------|-----------|-----------|
| Causa de comienzo del consumo | | |
| Curiosidad, probar | 1 | 7 |
| Invitación | - | 12 |
| Problemas | 7 | 20 |
| TOTAL | 8 | 48 |

El 87,5% de las mujeres que fueron a tratamiento por consumo de alcohol declararon empezar a consumir por problemas y como vemos en la tabla siguiente, las 8 mujeres de la muestra empezaron a consumir antes de los 19 años (Tabla 50).

La literatura clásica habla de correlación: la prevalencia de los trastornos de ansiedad en alcoholismo se establecen entre el 1% y el 52% y la relación entre dependencia alcohólica en trastornos de ansiedad se establece entre el 7% al 36% de los casos (San, 2002). En nuestra muestra vemos que el consumo de alcohol se inicia en edades muy tempranas y en la adolescencia.

Tabla 50. Tratamiento por consumo de alcohol y edad del comienzo del consumo. Valores absolutos

| Droga que lleva a tratamiento | Heroína | Cocaína | Alcohol |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Edad de comienzo del consumo de cualquier droga | | | |
| 8-10 años | 1 | 1 | 2 |
| 11-13 años | 7 | - | 2 |
| 14-16 años | 21 | 1 | 2 |
| 17-19 años | 11 | - | 2 |
| 20-22 años | 3 | - | - |
| Más de 22 | 3 | - | - |
| TOTALES | 46 | 2 | 8 |

Según Navarro (2000) existen tres elementos o factores principales con influencia directa y relación mutua a la hora de explicar las motivaciones del consumo de drogas legales e ilegales: la propia sustancia (en nuestra muestra se homologaría a la respuesta "curiosidad" o "probar") el contexto sociocultural en que se produce (por invitación de otros) y la persona (por problemas).

Todas las respuestas ha coincidido a la hora de integrarse en estas tres categorías. Y aunque la curiosidad, la búsqueda de nuevas sensaciones, etc. son características inherentes a la juventud, observemos el elevado porcentaje de mujeres que apuntan situaciones personales de conflicto para justificar el consumo de drogas. La adolescencia como período evolutivo, la escasa vinculación con el contexto escolar, los conflictos en el hogar, los modelos parentales, etc. pueden suponer una situación de riesgo para la adopción de conductas desadaptadas. Algunos de estos factores los hemos visto anteriormente, otros se irán desgranando a lo largo de estas páginas.

La mayoría de las mujeres que comienzan a consumir en pareja o con amigos reconoce que es la "curiosidad o probar" lo que les incita a experimentar con sustancias. Al ser una situación social aparece también la "invitación" como una de las razones principales. Las mujeres que reconocen "problemas" entre las razones del consumo de drogas comienzan a consumir "solas" en mayor medida (Tabla 51).

Tabla 51. Motivación para el inicio en el consumo y contexto social. En porcentajes

| Con quién empezó a consumir | Sola | Pareja | Amigos | Pareja y amigos | |
|-----------------------------|-------|--------|--------|-----------------|------|
| | % | % | % | % | |
| Causas atribuidas | | | | | |
| Curiosidad, probar | - | 41,2% | 47,0% | 11,8% | 100% |
| Por invitación | - | 66,6% | 25,0% | 8,4% | 100% |
| Por problemas | 14,8% | 55,6% | 29,6% | - | 100% |

Volvemos a destacar el elevado porcentaje en el que las mujeres comienzan a consumir por influencia (invitación) de la pareja (66,6%).

Si relacionamos la edad de comienzo del consumo de cualquier tipo de droga (legal o ilegal) con las motivaciones o causas atribuidas al inicio comprobamos que entre los 11 y los 19 años, como razones principales se señala la “curiosidad o el deseo de probar”. La “invitación” se extiende a todas las franjas, aunque afecta principalmente a las mujeres de entre 11 y 22 años. Las mujeres más jóvenes (8 a 19 años) atribuyen a los “problemas” el inicio del consumo (Tabla 52).

Tabla 52. Causa de comienzo y edad del primer consumo de drogas (legales e ilegales) . Porcentajes y valores absolutos

| Edad del primer consumo | 8-10 años | | 11-13 años | | 14-16 años | | 17-19 años | | 20-22 años | | Más de 22 | | |
|--------------------------|-----------|---|------------|---|------------|----|------------|---|------------|---|-----------|---|------|
| | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Causas atribuidas | | | | | | | | | | | | | |
| Curiosidad, probar | - | | 5,8% | 1 | 59% | 10 | 59,4% | 5 | - | | 5,8% | 1 | 100% |
| Por invitación | 8,3% | 1 | 16,7% | 2 | 25% | 3 | 25% | 3 | 16,7% | 2 | 8,3% | 1 | 100% |
| Por problemas | 11,1% | 3 | 22,2% | 6 | 40,8% | 11 | 18,5% | 5 | 3,7% | 1 | 3,7% | 1 | 100% |

Nuevamente, se comprueba que la adolescencia se confirma como un período evolutivo vulnerable para la adquisición de conductas de riesgo entre las cuales está el consumo de sustancias.

La información cualitativa enriquece los datos presentados en la tabla, por lo que pasamos a transcribir algunas de los comentarios de las mujeres entrevistadas:

“empecé a consumir hachís y alcohol a los 14 años con los amigos y la cuadrilla, por probar... Después, con 17 años, empecé con la heroína inyectada y después también consumí cocaína. Entonces ya estaba con mi pareja, que en aquel momento él la consumía...El se puso en tratamiento en el año 90. Empezó primero, antes que yo. Después de ver lo bien que iba y que se lo tomaba en serio yo empecé a plantearme el empezar también. Pero hasta el 94-95 no acudí al centro”

“fue cuando conocí a Jon, tendría 17 años. También... porque en casa Jon pasaba droga y había mucha gente que pasaba por allí, gente que venía, que traía, que,..es que mi casa era un centro de reunión de gente. Estaba casada ya en aquel momento”

“yo he probado de todo, por curiosidad, a los 15 años. Y no seguí porque no me gustó. Estaba en cuadrilla y lo probé por curiosidad. Luego, con 22 años y ya con una pareja probé la cocaína y la heroína, también por curiosidad. Después cuando me quedé viuda es cuando recurrí a esto.. en plan suicida.. A raíz de eso empecé a consumir todo lo que podía, pastillas, ansiolíticos, etc. Pero me decidí por la heroína que era lo que me gustaba. Así estuve año y medio, hasta que se enteraron en casa”

“empecé con 17 años: hachis, tripis, anfetaminas y heroína.. Estaba de moda y era una forma de no quedarte fuera del grupo, de lo chic. Era algo bien visto.Tenía pareja pero consumíamos en grupo... Aparte de esto, había desencanto, fracaso escolar.. era una asignatura suspendida con la vida...”

“estada casada con un consumidor y la tenía a mano...”

“en casa siempre ha habido muchos problemas, mi madre era alcohólica, mi padre también, yo no estaba bien.. Es que.. desencadenante, no sé... supongo que un día lo probé y punto”

“fue el estar con la gente, relacionarte con la gente que consume y estar ahí. Yo no tenía ni idea de nada... Nos fuimos a vivir a Sevilla y ves que no encajas en ningún sitio, en ningún grupo, pero siempre encajas en el de los peores... es siempre con el que mejor te identificas,... y ellos se metían y yo empecé a probarlo”

“con 13-14 años, con heroína. Bueno, empiezo con todo, hachis, alcohol, y entra la heroína en los 80. Tenía 13 años y de la misma en enganché, seguido como el pasodoble, con mi pareja. Lo sigo pensando, muchos problemas en casa y las cosas no iban bien, ¿motivos?... todo en general. Ccuando estas tan cerca de eso es que hay algo que no funciona ...”

“fue el agotamiento de muchas cosas, la desilusión de sueños rotos y tener el corazón roto; yo no me metí en la droga por drogarme sino por acabar con todo, el recuerdo de mi hijo era un fantasma continuo, mi madre y yo nos hemos llevado fatal toda la vida. Yo no quería volver a casa por nada del mundo, no tuve valor para ocuparme de lo que me tenía que haber ocupado, solo quería ser libre, la libertad es una utopía...”

“con 14 años, hachis. Con 16 probé la heroína y en periodos concretos consumía alcohol, cuando no tenía dinero. Estaba en el Instituto y lo hacían los que estaban en mi entorno y yo también. Recuerdo que la primera vez, algunos de la cuadrilla ya la había probado. Fue un sábado y nos dijeron que ese sábado íbamos a probar si queríamos... la probamos y el chico que más insistía en que lo probásemos dijo: hoy no ha salido muy bien pero el sábado que viene os vais a sentir como unas reinas... y fue verdad. El fin de semana siguiente fue mejor y a partir de ahí prácticamente todos los fines de semana y cada uno tiró por donde pudo y unos acabamos mejor y otros peor”

“con 14 años empecé a consumir tabaco, hachis, speed, alcohol y tranquilizantes, con las amigas. La idea era escapar y evadirme, salir. Con 15 años ya consumía heroína y me quedé embarazada. Aborté pero mi madre me denunció. Tuve unas infecciones fuertes y un amigo del chico que me dejó embarazada me cuidó, así que me fui con él a la Rioja. Allí empecé a consumir cocaína. Con 18 años volví. Este chico empezó a drogarse compulsivamente y yo con él. Después él fue el padre de mi primera hija, la tuve con 20 años”

“con 14 años empecé a consumir alcohol, en cuadrilla y por timidez, para desinhibirme. También consumía hachis. Con 22 años tuve problemas con el alcohol seriamente, alternado con periodos de bulimia. Yo creo que es una forma de anestesiar me y cuando tengo algún problema recurro a eso”

“Pues por evadirme, supongo. Por evadirme, por no saber afrontar ciertas cosas. Por incomunicación en la familia, por inseguridad, por miedos... no sé”.

5.4 Tratamientos

Al hablar de tratamientos incluimos tanto los de carácter residenciales (pisos de reinserción, acogida, Comunidades Terapéuticas), los programas ambulatorios (módulos psicosociales, unidades de salud mental y de toxicomanías), programas de desintoxicación (unidades hospitalarias) así como consultas privadas de psicólogos o psiquiatras u otras opciones (en un caso se ha mencionado una asociación religiosa como entidad de tratamiento).

5.4.1 Tratamientos representativos

Se preguntó a todas las mujeres por el número y las características de los centros de tratamiento con los que habían contactado a lo largo del periodo de rehabilitación. Al ser una pregunta de opción múltiple, el número total de respuestas fue 118.

Teniendo en cuenta las proporciones, el 36,4% de las respuestas puso de manifiesto que estas mujeres habían optado en algún momento por el tratamiento ambulatorio; en segundo lugar aparece la opción de Comunidad Terapéutica (34,7% de las mujeres) y en menor medida se opta por los pisos de acogida y reinserción (4,2%), por la consulta del psiquiatra o del psicólogo privado (9,3%), la unidad de desintoxicación (7,6%) y otros casos (7,6%) (Tabla 53 y 54).

Tabla 53. Tipo de tratamientos realizados. Porcentajes (número total de respuestas: 118)

| Tipo de tratamiento | % |
|------------------------------|-------|
| Ambulatorio | 36,4% |
| Comunidad Terapéutica | 34,7% |
| Piso reinserción/acogida | 4,3% |
| Desintoxicación Hospitalaria | 7,6% |
| Psiquiatra/psicólogo privado | 9,4% |
| Otros | 7,6% |
| TOTALES | 100% |

Por sustancias, existe una diferencia clara entre la opción de tratamiento más solicitada por las mujeres usuarias de alcohol. Estas eligen mayoritariamente el tratamiento ambulatorio (60%) o los tratamientos privados (26,6%). La culpa, la vergüenza y el ocultamiento asociado a la dependencia alcohólica puede que sean los elementos que les lleve a elegir un tratamiento más anónimo, teniendo en cuenta, también, que los problemas consecuentes con esta ingesta quedan más referidos al ámbito doméstico (hijos, pareja, familia, etc.), en definitiva, a un área más privada (Tabla 54).

Tabla 54. Tipo de tratamientos realizados y sustancia de abuso. Porcentajes (número total de respuestas: 118)

| Sustancia Problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Tipo de tratamiento | | | |
| Ambulatorio | 34% | 60,0% | - |
| Comunidad Terapéutica | 38% | 6,7% | 66,7% |
| Piso reinserción/acogida | 5,0% | - | - |
| Desintoxicación Hospitalaria | 9,0% | - | - |
| Psiquiatra/psicólogo privado | 6,0% | 26,6% | 33,3% |
| Otros | 8,0% | 6,7% | - |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

En general, los programas ambulatorios y los residenciales son los mayoritariamente representados.

Esta misma pregunta no sólo hacía un repaso de los centros de tratamiento que las entrevistadas habían conocido en los diversos intentos de deshabituación, sino que también solicitaba información acerca de las circunstancias en que se produce el cese de la relación terapéutica (alta terapéutica, abandono, etc.). Como curiosidad, señalamos que en el 70,4% de los casos en los que la mujer contactó con un tratamiento ambulatorio, el cese de esta relación se producía por “abandono”. En el caso de las comunidades terapéuticas el cese fue el “alta es terapéutica” en el 69,2% de los casos.

No queremos decir, ni mucho menos, que unas modalidades de tratamiento sean mejores que otras o que el éxito terapéutico esté garantizado en función del carácter de la entidad. Nuestra hipótesis a la hora de interpretar estos datos es la siguiente:

- a) Hay muchos usuarios de drogas que pasan por un único tratamiento a la hora de resolver su problema de adicción. La motivación para iniciar y concluir el proceso es alta y la elección del centro es la que más se adecua a sus características. Sin embargo, no sucede esto en todos los casos. Es frecuente que los intentos de deshabituación sean varios y diversas las entidades con las que contactan. La motivación para iniciar un tratamiento no siempre tiene como objetivo abandonar el consumo sino que la demanda de tratamiento está influenciada por otras cuestiones como la presión familiar, una situación judicial, etc.
- b) Es frecuente que el éxito terapéutico no se produzca en el primer intento. Muchas veces no hay una conciencia plena de lo que supone “hacer un tratamiento” y la necesidad de efectuar cambios en múltiples áreas personales, relacionales, sociales, etc. acarrea cierta dificultad. Creemos que

en el imaginario de muchos usuarios de drogas confluye la idea de que el tratamiento ambulatorio entraña una menor exigencia y dificultad, por lo que suele optarse por esta modalidad de tratamiento en primera instancia.

- c) A medida que aumenta la edad, los años de consumo y los fracasos terapéuticos se adquiere mayor conciencia de lo que implica un proceso de tratamiento y los afectados entienden la necesidad de un gran compromiso personal para poder llegar a resolver el problema por el que demandan tratamiento.
- d) Desde ahí acuden nuevamente a unas u otras opciones de tratamiento desde un nuevo análisis de la necesidad, disponibilidad, limitaciones y compromisos propios y los que exige cada tratamiento.

Según Merino (2002), en la Unión Europea se ha constatado que:

- una de cada cuatro demandas de tratamiento corresponde al colectivo femenino
- la edad media de inicio de tratamiento entre éstas es anterior a la edad media masculina, si bien las diferencias aumentan con las franjas de edad: a mayor edad, menor número de mujeres en tratamiento
- las existencia de cargas familiares, la consideración de no ser consideradas en los tratamientos y el temor a la pérdida de los hijos y a ser definidas como “madres irresponsables” se presentan como obstáculos a la hora de iniciar los programas de rehabilitación.

Tabla 55. Número significativo de tratamientos y existencia de hijos. Porcentajes y valores absolutos

| Número de tratamientos significativos | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---------------------------------------|---------|----------|---------|---------|------|
| | 11 | 25 | 15 | 5 | |
| Existencia de hijos | | | | | |
| Sí | 24,3% 9 | 45,9% 17 | 21,6% 8 | 8,1% 3 | 100% |
| No | 10,5% 2 | 42,1% 8 | 36,8% 7 | 10,5% 2 | 100% |

En la tabla 55 vemos que las mujeres con hijos señalan 1 ó 2 como número de tratamientos significativos, mientras que entre las mujeres sin hijos los porcentajes más altos señalan en mayor medida 2 y 3 tratamientos significativos.

En este caso planteamos como hipótesis la relación entre el miedo a perder a los hijos (afectivamente o físicamente) como elemento de peso en la motivación para mantenerse vinculado a un tratamiento y finalizar el mismo en el momento terapéutico adecuado.

5.4.2 Edad de inicio de los tratamientos

En cuanto a la edad media de inicio del tratamiento el análisis de las respuestas no permite comprobar que en las mujeres de nuestra muestra el primer tratamiento se inicia alrededor de los 25 años; el segundo tratamiento sobre los 28 años y tercer tratamiento aproximadamente alrededor los 30 años (Tabla 56).

El Observatorio Vasco de Drogodependencias en su informe 4 referido al año 1999 manifiesta que la edad media de los sujetos que acuden por primera vez a tratamiento (sin especificar sexo) se sitúa ese año alrededor de los 28,5 años. Con unos y otros datos llegamos a avanzar que:

- a) las mujeres demandan tratamiento por un problema de adicción a una edad inferior a la que lo demanda la población afectada en general.
- b) se establece una media de tres años, aproximadamente, entre el abandono o finalización de uno y el comienzo del siguiente tratamiento.

Tabla 56. Edad media de inicio de los sucesivos tratamientos

| tratamientos | Años |
|----------------|------|
| 1 tratamiento | 24,9 |
| 2 tratamientos | 27,8 |
| 3 tratamientos | 30,3 |

En consonancia con lo anterior, cuando preguntamos por el tiempo transcurrido entre la conciencia de dependencia hasta que se acude a tratamiento, la media temporal entre una situación y otra fue de 6,5 años.

Sin embargo, en el 33,9 % de los casos la solicitud de tratamiento ocurre antes de los 3 años desde que se inicia la dependencia; en el 19,6% de los casos el contacto terapéutico se produce entre los 4 y los 6 años desde la instauración de la adicción ; para el 17,9% de las mujeres pasan entre 7 y 9 años hasta que solicitan tratamiento; el 19,6% de mujeres se vincula entre los 10 y los 14 años después de iniciarse la adicción y el 9,9% acude después de 15 años de dependencia (Tabla 57).

A este respecto, otra vez son los datos del Observatorio Vasco de Drogodependencias los que nos permiten poner el contrapunto a la información recogida en las entrevistas. Según esta fuente (OVD, 2001) los datos de 1999 señalan que entre la población vasca usuaria de drogas que solicita tratamiento (hombres y mujeres), la edad de inicio en el consumo de drogas se sitúa en torno a los 20,86 años y la edad media de inicio de tratamiento en torno a los 30,2 años, luego pasan 10 años desde que se inicia el consumo hasta que se demanda tratamiento para abordar este problema.

En comparación, parece que entre las mujeres discurre menos tiempo entre el inicio del consumo y la solicitud de tratamiento. Nuestra hipótesis apunta hacia la existencia de variables personales y familiares que ejercen un peso distinto entre hombres y mujeres. En las mujeres, aspectos tales como los sentimientos negativos asociados al consumo, los hijos o el deterioro personal que observan a su alrededor posiblemente les lleve a adquirir antes una mayor conciencia de problema. También la presión familiar y/o social, la falta de apoyo, etc. conduzca a ser más realista con respecto a la propia situación.

Tabla 57. Tiempo de dependencia previo a la demanda de tratamiento. Porcentajes y valores absolutos

| Tiempo de dependencia | % | N |
|-----------------------|-------|----|
| 1 a 3 años | 33,9% | 19 |
| 4 a 6 años | 19,6% | 11 |
| 7 a 9 años | 17,9% | 10 |
| 10 a 14 años | 19,6% | 11 |
| 15 a 18 años | 9,0% | 5 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Teniendo en cuenta las submuestras, las usuarias de heroína, la mayoría, comienza el primer tratamiento antes de los tres años de dependencia. Las mujeres alcohólicas acuden más tarde, entre los 7 y los 9 años desde el inicio de la dependencia alcohólica (Tabla 58).

Tabla 58. Tiempo de dependencia previo a la demanda de tratamiento y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|------------------------------|---------|----|---------|---|---------|---|
| Tiempo de dependencia | | | | | | |
| 1 a 3 años | 34,8% | 16 | 25,0% | 2 | 50,0% | 1 |
| 4 a 6 años | 21,7% | 10 | 12,5% | 1 | - | |
| 7 a 9 años | 15,2% | 7 | 37,5% | 3 | - | |
| 10 a 14 años | 21,7% | 10 | - | | 50,0% | 1 |
| 15 a 18 años | 6,6% | 3 | 25,0% | 2 | - | |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

En este caso, otra vez, la hipótesis acerca del ocultamiento del consumo puede ser la responsable de que el problema no sea tan evidenciado por el contexto social y familiar de la mujer alcohólica y que por ello el confrontamiento del problema se postergue en mayor medida. En comparación, el consumo de opiáceos suele ir acompañado de un estilo de vida que pone muy en evidencia ante los demás la existencia de problemas de diversa índole.

Aún así, si se compara la clínica entre hombres y mujeres con problemas de alcohol, la literatura confirma que éstas acuden a tratamiento más tempranamente (López, 2002).

Entre las mujeres que consumen heroína u otros opiáceos, como subraya Ávila (1996), la mayor diferencia entre ambos sexos es que la mujer heroinómana comienza el tratamiento antes, lo que reduce su periodo de adicción, claro que también desarrolla antes la dependencia. Esto está muy relacionado con los estudios de Zimer-Höfler y Dobler-Mikola (1992) quienes hallaron que la iniciación a los opiáceos en la mujer se debe a que es inducida por su novio, lo que no ocurre con otras drogas. Algo parecido encontró Hser (1987) en relación con la heroína quien afirma que la mujer es influenciada por su pareja, ya heroinómana, es más, “la participación de su compañero es tan determinante que el comportamiento adicto de éste se transfiere a la mujer: igual proporción de abuso de la heroína, igual número de periodos de abstinencia, igual número de recaídas, igual periodo de tiempo de consumo diario e igual simultaneidad con otras drogas”.

5.4.3 Comunidades Terapéuticas y centros residenciales

Es posible que las mujeres con hijos tengan mayores dificultades a la hora de optar por los programas residenciales (C.T. y pisos de acogida y/o reinserción) debido al miedo a la separación.

Unido a esto, Martens (1999) señala otras circunstancias que hacen que el tratamiento residencial sea difícil para las mujeres. Para esta autora es la propia cultura masculina de las comunidades terapéuticas lo que impide que las mujeres ingresen o permanezcan en ellas. Esto será así mientras no se introduzcan aspectos propios y específicos de la mujer.

En este sentido parece que algunas comunidades han optado por introducir diversos programas con actividades específicas y “privilegios extra”, a fin de que las mujeres prescindan de las estrategias de supervivencia que frecuentemente ponen en marcha cuando ingresan en los centros (actitudes masculinizadas, seducciones, relaciones afectivo-sexuales con un hombre o varios...). Estas actividades específicas irían encaminadas al cuidado corporal, el control de hábitos de alimentación, habilidades de afirmación y definición, el aprendizaje y

ensayo de la experimentación de intimidad sin sexo y del sexo sin drogas, así como habilidades de expresión de sentimientos y estrategias cognitivas para introducir cambios en la imagen propia.

Castrillo (1993), desde su experiencia como directora en una Comunidad Terapéutica femenina de la Fundación Spiral afirma que en general “los varones no analizan las actividades y las normas pero las resuelven y las cumplen (o no las quieren cumplir). Las chicas, en cambio, analizan y no resuelven y no saben si deben cumplir o no. Necesitan que la norma tenga sentido”. Si no encuentran sentido a lo que hacen divagan y no llegan a la acción, en cambio a los chicos, las explicaciones les aburren (En Comas, 1993).

Estas cuestiones coinciden con la opinión vertida por los terapeutas que entrevistamos para el desarrollo de este trabajo (capítulo 4).

Con respecto a la comunicación, el estilo masculino es más directo, adecuado o no; en cambio las chicas guardan para sí mismas sus sugerencias y opiniones “no tienen el hábito de opinar” y no lo hacen si no se les pregunta. Con respecto a cómo perciben el programa, esta profesional continúa diciendo que si conseguir una cierta cota de responsabilidad, autonomía y seguridad personal son los objetivos de cualquier programa, los chicos tienden a percibirlo como un reto, mientras que las chicas, lo sienten como un riesgo, un lugar vacío al que sólo acuden si ven a otra mujer.

Desde nuestro punto de vista, las mujeres tienen urgencia por establecer relaciones de alianza con otros hombres antes que con sus compañeras. Este tipo de “rivalidad” puede entorpecer su proceso si no se trabaja de forma psicoeducativa. Si hay un buen trabajo en este sentido las relaciones cambian y se establece entre ellas una relación de igualdad en lugar de la relación de competencia surgida al inicio y que responde a la búsqueda de un espacio propio que no se encuentra.

Según Castrillo, “la reinserción para la mujer consiste no sólo en dejar las drogas y tener un proyecto de vida sino también en incidir y trabajar estas cuestiones de forma muy distinta a como las han interiorizado a través de la educación. Una mujer que haya sido toxicómana va a volver a relacionarse con un mundo que reproducirá no sólo las condiciones familiares y sociales que aparecen en la raíz de su problema (además de aspectos psicológicos) sino que también deberá hacerlo desde su condición de mujer, factor que explica en muchos casos la toxicomanía”.

“Una mujer junto con otras mujeres en un centro de internamiento o urbano puede enfrentarse al hecho de su condición sin otras mediaciones, sin la influencia de su rol social, al tiempo que se facilita el espíritu solidario y se produce una

comunicación fácil y fluida, hasta el punto de emerger modelos válidos de autonomía femenina sobre los que es posible crear un espacio de identificación”.

5.4.4 Tratamientos significativos. Tiempo de finalización del último tratamiento

La mayoría de las mujeres entrevistadas terminaron el proceso terapéutico antes del trabajo de campo. Con este requisito quisimos garantizar un cierto tiempo desde la finalización del tratamiento y de tal forma favorecer que las mujeres estuvieran inmersas en una dinámica vital “normalizada”, tomando cierta distancia para poder valorar el proceso vivido.

De esta manera, el 78,6% de las entrevistadas habían finalizado el último tratamiento hacía más de un año: el 21,4% llevaba fuera del tratamiento menos de un año (Tabla 59).

Tabla 59. Tiempo de finalización del tratamiento. Porcentajes y valores absolutos

| Tiempo de finalización de tratamiento | % | N |
|--|----------|----------|
| Menos de 1 año | 21,4% | 12 |
| Más de 1 año | 78,6% | 44 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Como decíamos anteriormente, mayoría de usuarios de drogas contactan con más o menos éxito con varios centros de tratamiento. Algunos intentos de deshabituación no tienen consistencia y la relación terapéutica no llega siquiera a establecerse, puesto que la persona afectada permanece unas horas o sólo unos pocos días en tratamiento. Nuestra pregunta pretendía conocer el número de tratamientos significativos (centros en los que sí hubiera existido un vínculo terapéutico mantenido durante un tiempo importante).

En la muestra entrevistada comprobamos que para el 42,9% de estas mujeres (56) el número de tratamientos significativos fue 2. Para el 26,8% han sido 3 los intentos de deshabituación con cierto éxito; para el 21,4% ha sido uno y para el 8,9% cuatro (Tabla 60).

Tabla 60. Número de tratamientos significativos. Porcentajes y valores absolutos

| tratamientos | % | N |
|---------------------|-------------|-----------|
| 1 tratamiento | 21,4% | 11 |
| 2 tratamientos | 42,9% | 25 |
| 3 tratamientos | 26,8% | 15 |
| 4 tratamientos | 8,9% | 5 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Si consideramos la sustancia de abuso, el número medio de tratamientos para las heroínómanas es de 2,28; muy similar (2,25) para las mujeres con problemas de abuso de alcohol. Algo menor es la media de tratamientos para las dos cocainómanas (1,5) (Tabla 61).

Tabla 61. Número de tratamientos significativos y sustancia problema. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | |
|---------------------------|----------------|-----------|----------------|----------|----------------|----------|
| tratamientos | | | | | | |
| 1 tratamiento | 17,4% | 8 | 25,0% | 2 | 50,0% | 1 |
| 2 tratamientos | 47,8% | 22 | 25,0% | 2 | 50,0% | 1 |
| 3 tratamientos | 23,9% | 11 | 50,0% | 4 | - | - |
| 4 tratamientos | 10,9% | 5 | - | - | - | - |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 |

Por porcentajes, comprobamos que es mayor la prevalencia de mujeres alcohólicas que contacta con más entidades terapéuticas. Este dato hace referencia a la mayor dificultad de la mujer alcohólica para establecer vínculos adecuados que garanticen la permanencia en la red asistencial. Según la literatura acerca de la eficacia del tratamiento con estas mujeres (López, 2002), la dificultad no sólo provendría de la propia paciente sino que existen otras barreras como

- Las expectativas por parte de los terapeutas de que estas mujeres, debido a la comorbilidad con trastornos depresivos, responden peor al tratamiento
- La creencia de los terapeutas de que estas mujeres tienen un menor potencial para el cambio que los varones
- La falta de información sobre el pronóstico del alcoholismo femenino lleva a algunos terapeutas a considerar que el tratamiento va a ser ineficaz

En estas condiciones parece evidente que haya mayores dificultades de adhesión al tratamiento.

5.4.5 Toma de conciencia de la dependencia

El modelo transteórico planteado por Prochaska y Diclemente (1982) aplicado al tema de la adicción incluye diversas fases en el proceso de cambio desde un modo de comportamiento a otro (desde la adicción a la abstinencia). Este modelo afirma que el proceso de cambio no es un proceso lineal sino que es un progreso en espiral; al principio aparecen las fases de precontemplación y contemplación, donde se analiza la conducta y parece posible solicitar ayuda para iniciar los cambios. En la mitad de esa espiral se ubican los primeros pasos individuales para intentar controlar el consumo abusivo de la sustancia, el cese del tratamiento y los primeros intentos sin seguimiento profesional. Es el momento de la ocurrencia de los deslices no trabajados terapéuticamente, las recaídas paralelas al abandono del proceso terapéutico, etc., dando como resultado un abanico tan amplio de circunstancias como realidades individuales existentes.

Una de las variables que favorece el éxito terapéutico es la adquisición de la conciencia personal de problema. En muchos casos el tratamiento se inicia sin “creer” realmente que uno tiene un problema de abuso y adicción, que necesita introducir cambios en su vida y que necesita ayuda para ello.

Con respecto a la toma de conciencia de problema, solicitamos a las entrevistadas que nos manifestaran cuál o cuáles habían sido las variables o situaciones que les enfrentaron a la conciencia de problema. Las respuestas, teniendo en cuenta la sustancia que generó la adicción, se recogen en la tabla 62. Una de las opciones de respuesta incluye la enunciación misma de la pregunta. Es decir, ante la pregunta “cuándo o por qué decides iniciar un tratamiento” comprobamos que algunas mujeres no identificaban una causa sino que respondían diciendo “me di cuenta de que tenía problemas”, “por todo lo que estaba viviendo”, etc., por lo que introdujimos la categoría “toma de conciencia” como posibilidad a la hora de introducir y analizar estadísticamente las respuestas.

Tabla 62. Situación que motivó la toma de conciencia del problema de adicción teniendo en cuenta la sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia | Salud | Familia | Hijos | Pareja | Delitos | Falta de dinero | Toma de conciencia | Totales |
|-----------|-------|---------|-------|--------|---------|-----------------|--------------------|---------|
| Heroína | 4,3% | 8,6% | 26,0% | 8,6% | 8,6% | 4,8% | 39,1% | 100% |
| Cocaína | - | - | - | - | - | - | 100% | 100% |
| Alcohol | - | - | 25,0% | - | - | - | 75,% | 100% |

La categoría “toma de conciencia” es la suma de muchas circunstancias, sin especificar ninguna. Es el resultado de diversas variables que confluyen en la asunción de la necesidad de iniciar un tratamiento y constituye la respuesta más representativa en todas las mujeres, independientemente de la sustancia objeto de abuso. En segundo lugar son los “hijos” quienes contribuyen en la toma de la decisión. En menor medida aparecen cuestiones relacionadas con la familia exclusivamente, la pareja, causas judiciales o sanitarias. En cualquier caso, todas ellas pueden estar, junto con otras variables, incluidas en la opción mayoritaria “toma de conciencia”, respuesta que en nuestra opinión corresponde a un nivel distinto más profundo, reflexionado y personal comparado con otras opciones.

“cuando mi marido sale del tratamiento se produce un cambio en él que me gusta y es cuando me lo planteo yo”

“visité a mi madre, ella vivía fuera, me ayudó a verme en mi ruina. Ella estaba allí viviendo y fue cuando poco a poco tomé conciencia de mi estado, pasado y presente”

“con el ingreso en prisión y por el deterioro físico y mental”.

“cuando me separé lo pasé mal, me vi sola y con dos hijos”.

“Estaba mal físicamente, acababa de salir de la cárcel. Me lié con un chico que también consumía y al final los dos nos metíamos. Ya era un consumo diario, estar mal desde que te levantas y... un día y otro... buscándote la vida. Llegó un momento en que estás tan harta que llamé a un piso de Acogida y pedí ayuda”

“yo creo que fue uno de los días más dramáticos: Yo me había alejado de mi familia y estaba con un chico. Volvimos después, me encontraba ya mal mental y físicamente. Cuando estas muy cerca de la muerte y cuando te da todo igual... y en ese momento, o una de dos, o la palmas, o pides ayuda. Y es lo que hice. Me di cuenta de que no era yo”

“yo no era consciente de tener ningún problema con las drogas. Yo tenía mi rutina por la mañana, al levantarme, conseguir el dinero, ir a pillar y ya está. Mi madre y mi familia sí eran conscientes, y si yo era consciente tampoco quería serlo. Mi madre sabía la historia que tenía y mi hermana también... me engañaron para ir al tratamiento, me dijo que era para un trabajo, si... ¿es que yo siempre he sido muy tonta!... y fui. Allí me quedé. Al principio fui para unos días y pensaba en marcharme... Tampoco me dijeron que iba a estar tres años y así fue”

“con 29 años me vi ahí tirada en la calle. Se me murió mi novio, mi madre me echó a la calle por primera vez, recuerdo a mi madre echándome de casa... y me dije que ya estaba cansada... ya... lo que hago, cómo estoy en la calle, de qué manera... y como veo que me estoy drogando mucho y que no termino ni acabo con ello, porque tampoco cierro los ojos, pues decido pelear”

“mi hija pidió ayuda a la Diputación. Tenía 8 años y estuvo 8 meses en casa de mi cuñada. Cuando me dijeron que Diputación podía llevarse a mi hija decía mañana voy, mañana voy... aquello es lo que me hizo pedir ayuda. Fue ayuda para las dos, para ella también. Le han quedado secuelas, menuda infancia ¿eh?... Ella también está en tratamiento. Ahora está con su padre”

“en el momento que me vi más sola que la una. Mi madre vendió el piso y se vino aquí con su pareja. Yo no sabía dónde vivía, no me lo decía. Mis abuelos y tíos no me hablaban y luego ya me explicaron que lo hicieron para que me viese sola y para que hiciera algo. En el momento que me vi sola y en la calle fue el momento en el que dije que ya así no podía seguir”

“¿cuando?, en el mismo momento, cuando todo va mal, cuando no quieres estar en la calle pero te levantas y te vas. Cuando la familia pasa. Tomas conciencia al momento. Cuando ves que todas las mañanas tienes que conseguir dinero, tanto a los 16 como a los 23 y no puedes... y donde estás no te gusta, porque si te gustase aún estarías ahí. Yo sé lo que es vivir en un lado y lo que es el otro y yo quiero estar en éste”

“consciente... cuando te ves muy mal, con problemas. Fue antes de entrar en el programa y antes de casarme, hace tres o cuatro años... Sobre todo por los problemas familiares, verme que me quedaba sola. Estaba con el que es mi marido pero no teníamos amigos, teníamos que delinquir más, cada vez teníamos que arriesgamos más en todo en un momento en el que la salud se estaba deteriorando...”

“cuando nació mi hijo. Siempre me di cuenta de que así no se podía estar, pero si no llega a ser por el niño igual no hubiera hecho nada. Al principio lo que me impulsó fue el niño... lo hice obligada por Diputación ya que si no hacía algo me lo quitaba”

“al día siguiente comía mucho y al día siguiente estaba moralmente muy mal. Me levantaba llorando y veía a mis hijas y me decía: qué les voy a dar yo... un día estaba en el súper y mi hija pequeña dijo, tenía 4 años... Mamá coge las cervezas que coges tú y mi sobrina se sorprendió que cogiese cervezas y la gente me miraba y yo decía que no, no cojo más... La cría también me dijo escóndelas que papá no las vea y me dije que esto no puede ser que una criatura me diga estas cosas, no. Entonces, desde ese día ya no pude más y desde entonces no tomo... y hay empezó. Antes estaba ya necesitando para hacer las cosas cotidianas: cuando iba a limpiar, a hacer las cosas y dije... hasta aquí y no mas. Ahora me tomo un café, una manzanilla o un agua con gas”

“con mi hijo, cuando me doy cuenta de que estoy sola para tirar adelante con él y que de esa manera lo que voy a hacer es hundirme yo y hundir a mi hijo más. Y con la separación, no me quedaba más remedio que seguir para adelante”

“la experiencia que me hizo sentir fatal, fatal, fue la noche vieja de ese año. Me habrá pasado más veces, debí beber más que todo el mundo pero al otro día no me acordé de cosas que había hecho, pero fue una sensación de descontrol total y de vergüenza. Me sentó realmente mal. Generé una sensación muy negativa en el grupo. Fue el día 31 de ese año cuando me puse en tratamiento”

“robé dinero en casa, mucho dinero. Le mentí a mi madre siempre sobre este hecho... al final se desveló. Le dije que necesitaba ayuda y han estado a mi lado siempre”

“a cuenta del atentado de Nueva York, en Bilbao no había heroína. Si hubiese habido, igual hubiese sido distinto... pero ya estaba todo mal:, deudas importantes, problemas de salud...”

“con una niña de 4 años...la primera vez que me veo en la calle, sin trabajo, sin ayuda y sola, dejándola con hermanos para ir a drogarme y pensé que no podía ser, pero no hice nada... Con 26 años me quedo embarazada de nuevo y con este embarazo digo que se acabó. Lo noto cuando estoy de 5 meses y empiezo a tomar metadona”

“hasta muy tarde yo no he tomado conciencia. Con los años y al perder el contacto con la gente pienso que las relaciones que he tenido se han cansado y eso me hace tomar conciencia. Fue un cambio a peor pero también ha posibilitado otras cosas, un cambio a mejor”

“cuando con 21 años voy al tratamiento. Las metas que me había marcado no las había conseguido y yo quería tener hijos. Cuando empecé a ir al Módulo iba a pedir tranquilizantes y recuerdo las charlas que tenía con la mujer que atendía las visitas. Me sentía a gusto con ella y le planteé iniciar un tratamiento.

Me ayudó a salir de las pastillas. Fui a la Unidad de Desintoxicación y planteé en ese momento la ayuda en casa”

“cuando llevaba 9 años con la metadona. Tenía problemas judiciales y además trapicheaba. Era demasiado... y perdí el control. Estaba con mis hijos, tuve un problema con una chica, reaccioné muy agresivamente y ese fue el momento más bajo”

“con el maltrato de mi novio y decido volver a casa”

“en el 98 empecé una relación con una persona alcohólica con dependencia física importante, cirrótico. Él tiene un ingreso psiquiátrico y ahí me planteo dejarlo. Me veía reflejada. Yo bebía menos... pero era bebedora y la preocupación por él es lo que me hace plantearme dejarlo. Me gusta mucho el alcohol. Creo que no hay nada mejor para quitar la ansiedad. He tenido suerte porque no tengo problemas físicos. Frente a determinadas tensiones es lo más rápido y lo mejor. Antes del tratamiento no me ha impedido trabajar, después del tratamiento sí, no puedo trabajar, en periodos de abstinencia hay muchas cosas que me recuerdan al consumo y eso no lo puedo controlar”

“consciente desde el primer momento. Sabía lo que estaba haciendo. Cuando me preguntaron en casa qué pasa conmigo y... con 38 años, me vi sin fuerzas”

“eso es como el que fuma y sabe que lo tiene que dejar. Es algo que vive contigo que se lleva durante una larga época y cuesta cortar... supongo que inicié un tratamiento porque me aburrí, llevaba tantos años haciéndolo... que necesitaba cambiar. Suena estúpido pero es así, habrá que hacer alguna cosa distinta. Aproveché que dejé de salir con una pareja que consumía para planteármelo pero no era la primera vez que me decidía. No lo conseguí a la primera. Le fallé a mi hijo a una cita deportiva, le dije que iría a verle un domingo a la mañana y me lié el sábado a la noche. El domingo sabía que era la hora del fútbol, me estaba cabreando conmigo misma por no poder ir..Ahí me di cuenta de que no me controlaba como quería: cuando empiezas a fallar a cosas que no quieres fallar... me acuerdo que falle y estaba mal. Sabía que estaba fallando a mi hijo”

“con mi hijo, al verle en cuidados intensivos. Creo y quiero que se críe con una madre responsable al cien por cien. Se merece otra cosa. Antes comía tarde, no le atendía bien”

“por problemas económicos. Me lo gastaba todo. Tenía que trabajar pero no podía porque tenía problemas físicos. Estaba mal físicamente y no podía trabajar para consumir”

“tenía muchas cosas, muchos frentes abiertos, y al final no controlaba nada. Tomé conciencia cuando me vi en la calle. Mi madre y mi hermana me echaron de casa”

“tuve conciencia desde que empecé a consumir, desde el principio, pero nadie sabía que yo consumía y me daba miedo decirlo, pero mi segundo hijo nació con síndrome de abstinencia y ahí fue cuando todos se enteraron. Quisieron quitarme a mis hijos”

“estando en el tratamiento. Cuando empiezas con las terapias y analizas por qué estás ahí, qué te ha pasado. Bueno, cuando entras en el tratamiento, lo ves diferente y es a medida que estás allí cuando te vas haciendo consciente. Es que ya vas viendo que no sólo es lo de drogarte, sino que ves tu persona, cómo eres... ahí está el problema. Estuve allí 2 años”

“pues cuando toqué fondo y la mierda me llegó hasta el cuello. En el 88. Estaba en la calle tirada. Estaba buscándome la vida en la calle, no tenía sitio para dormir y me di cuenta de que me estaba metiendo heroína mezclada con... esto que se da a las ratas....entonces me dio como un ataque de angustia, fue cuando me di cuenta”

“con 32 años me vi ya mayor. Dejé la heroína en el PMM y me lié con la coca y vi que ya no era yo. Yo ya no era la misma. Siempre estaba triste. Además, en casa también pasaron de mi. Estaba todo el día loca por conseguir dinero”

“cuando llegue al tratamiento tampoco sabía muy bien qué era eso. Bueno, vamos a ver un poquito... que se calme la cosa y yo luego sigo con mi vida, decía tranquilamente. A mi sobre todo lo que me importaba era mantener una apariencia. Lo que pasa que luego llegó ya el momento en que no podía mantenerme en esta idea y empiezas a ver cosas”

“no fue ni por la familia ni nada. Porque cuanto más me presionaba la familia para hacer algo yo me ponía más tozuda. Tienes que ser tú la que tomas conciencia de que quieres hacer algo”

“cuando me quedé embarazada dejé de consumir por mi cuenta”

“tuve una crisis por una sobredosis, me asusté y eso me ayudó a pedir ayuda. También porque la relación con mi pareja, que consumía, era un horror y porque tenía la autoestima en los suelos”

A nivel europeo, para Stocco y otros (2000) habitualmente en los tratamientos se han enfatizado los elementos relacionados con el cuerpo y con las dimensiones sexuales y se ha minimizado el daño en relación a la feminidad (a la persona

dentro de su género). Para estos autores el tratamiento se enfoca desde lo masculino. Sugieren que las razones para dejar la droga son diferentes en ambos sexos. En la mujer tienen mucho peso los hijos (de hecho la principal razón para dejar las drogas es su cuidado y custodia), la familia y los problemas físicos y psicológicos asociados al consumo de drogas, mientras que en el hombre el cese del consumo o el inicio de tratamiento tiene que ver con cuestiones laborales o problemas judiciales (para los que el tratamiento es una alternativa a la prisión).

Pero también es cierto que en el colectivo femenino hay que tener en cuenta otras variables que dificultan el acceso al tratamiento tales como cuestiones legales, miedo a la pérdida del apoyo familiar y social, problemas laborales, sentimientos de incapacidad, etc., pero sobre todo les preocupa perder la custodia de los hijos y la falta de facilidades para hacerse cargo de ellos dentro de los programas terapéuticos.

5.4.6 Personas de apoyo durante el tratamiento

Una buena red de apoyo es uno de los elementos que influye a la hora de apostar por el éxito en el tratamiento de deshabituación. La familia, si está disponible, los amigos u otras personas que acompañan a las personas en la rehabilitación constituyen los pilares sobre los que se asienta el proceso terapéutico, junto con la motivación del propio afectado. El núcleo familiar acoge al miembro señalado e inicia con él una nueva forma de comunicación, establecimiento de límites y normas, etc. En definitiva, se trata de una reconstrucción del contexto familiar afectado y que influyó en el origen de la toxicomanía y ahora en su resolución, entre otros factores. Los amigos que participan en el proceso (no los compañeros de consumo) permiten reestablecer una red de relaciones sociales y un espacio de ocio normalizado. En definitiva, el tratamiento tiene como objetivo la abstinencia o la mejora de la calidad de vida de la persona usuaria de drogas, entendiendo que para ello es necesario un cambio radical en el estilo de vida desarrollado durante el período de consumo de drogas.

Cuando preguntamos a las mujeres por las personas que les apoyaron durante el proceso de rehabilitación, como primera opción aparecen las figuras parentales (38,5% de los casos), seguida de otros miembros del núcleo familiar como son los “hermanos” (26%) y en tercer lugar los propios “terapeutas” en un 20,8% de los casos (Tabla 63).

La “pareja” aparece en menor medida (7,3%) y es que esto puede resultar lógico si tenemos en cuenta que muchas de las parejas de mujeres toxicómanas son a su vez adictos o están en tratamiento simultáneamente (ver tabla 99). Finalmente, los “hijos” han resultado ser figuras de apoyo en el 2,1% de los casos y los “amigos” para el 5,2% de la muestra. No llegamos a saber si los hijos resultaron

un apoyo como tal o si era la motivación de la maternidad lo que sirvió de apoyo o motivación en el proceso de rehabilitación.

Tabla 63. Personas de apoyo en el proceso de rehabilitación.
Porcentajes y volares absolutos del número total de respuestas: 95

| Personas de apoyo durante la rehabilitación | % | |
|--|-------------|-----------|
| Padres | 38,5% | 37 |
| hermanos | 26% | 25 |
| Pareja | 7,3% | 7 |
| Hijos | 2,1% | 2 |
| Amigos | 5,2% | 4 |
| Terapeutas | 20,9% | 20 |
| TOTALES | 100% | 95 |

* El número de respuestas es mayor que el de mujeres ya que es una pregunta de respuesta múltiple. Las mujeres tenían, por orden, tres opciones de respuesta (ver cuestionario anexo)

5.4.7 Relación con otros usuarios del programa

Nos pareció importante preguntar a las mujeres por la relación que mantuvieron con hombres y mujeres en el proceso terapéutico, ya que la vinculación que se establece con otras personas en el tratamiento suele ser importante a la hora de mantenerse en él o abandonarlo. En algunos programas los usuarios comparten muchas horas y espacios, sobre todo donde se prima el grupo de tratamiento como instrumento de trabajo y en las comunidades terapéuticas, donde se convive con otros durante 24 horas.

El 32,1% de las mujeres manifiesta haber tenido problemas con otros usuarios hombres debido al establecimiento de una relación de “demasiado apego” en un 33,3% de casos, problemas de “rivalidad” con ellos (27,8%), así como problemas derivados de la “incomunicación” (22,2%) y “peleas” (16,7% de respuestas (Tabla 64).

Con respecto a la relación con otras mujeres, de entre las mujeres que declararon haber tenido problemas con otras mujeres (35,7%), la “rivalidad” fue el conflicto más mencionado (60% de los casos), seguido de “peleas” y “demasiado apego” (15% en ambos casos) e “incomunicación” en un 10% de los casos.

Tabla 64. La relación de las encuestadas con hombres y mujeres dentro de los programas de tratamiento. Porcentajes

| Tipo de relación | Con los hombres | Con las mujeres |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| “Demasiado apego” | 33,1% | 15,0% |
| “Rivalidad” | 27,8% | 60,0% |
| “Incomunicación” | 22,2% | 10,0% |
| “peleas” | 16,7% | 15,0% |

Parece, que las mujeres tienden a vincularse afectivamente a los hombres en mayor medida y a rivalizar con otras mujeres durante el proceso de tratamiento.

Es frecuente que las mujeres busquen el apoyo afectivo como una conducta habitual utilizada en situaciones de vulnerabilidad en particular. Nuestra experiencia en el abordaje de las toxicomanías nos enfrenta a menudo con el surgimiento de parejas afectivas durante el proceso de tratamiento, situación que muchas veces acaba en episodios de recaída y/o de abandono del proyecto terapéutico iniciado por parte de ambos. La filosofía de los programas de tratamiento es muy clara en este sentido, valorando esta situación como absolutamente desaconsejable para el éxito terapéutico.

5.4.8 Cambios durante el proceso terapéutico

También preguntamos si durante el proceso terapéutico habían sido trabajados los problemas asociados al consumo de drogas por parte de las mujeres (prostitución, problemas judiciales, etc.) y si estas cuestiones o la percepción de las afectadas al respecto había cambiado después del tratamiento. El 87,5% de las respuestas fueron afirmativas (“sí, a cambiado a mejor”), para un 10,7% de las mujeres algunos aspectos “no han cambiado” y para una minoría (1,8% de casos) ha habido cambios pero “a peor”.

Tabla 65. Percepción de cambio en los problemas asociados al consumo después del tratamiento. Por sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | | Totales | |
|---|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|----------|-------------|-----------|
| | % | N | % | N | % | N | % | N |
| Cambio en problemas asociados al consumo | | | | | | | | |
| Sí, a mejor | 89,1% | 41 | 100% | 8 | 50,0% | 1 | 89,3% | 50 |
| No han cambiado | 8,7% | 4 | - | | 50,0% | 1 | 8,9% | 5 |
| Sí a peor | 2,2% | 1 | - | | - | | 1,8% | 1 |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 | 100% | 56 |

Cualquier proceso terapéutico favorece y ofrece, sin duda, posibilidades de cambio. A través del testimonio de las encuestadas podemos comprobar que los tratamientos con los que se han vinculado están bien valorados y son considerados como auténticos “motores del cambio”.

A pesar de las dificultades que ya hemos mencionado anteriormente por parte de algunas mujeres para contactar y demandar tratamiento (existencia de hijos, estructuras concretas de ciertos programas, miedos individuales, etc.), los diversos recursos cumplen con su objetivo de orientar, apoyar y servir como sostén reubicador y reconstructor de los aspectos individuales más carenciales o deficitarios.

Las mismas encuestadas nos ofrecen algunos datos más concretos y personales a cerca de su experiencia:

“me han ayudado a coger el control de mi vida. Que la sustancia no sea la que manda. A elegir mis relaciones y ganar en salud. Los halagos de otras personas me ayudan a valorarme...”

“hay una primera fase, que es la más delicada, en la que crees que estás bien y es mentira. Es un trabajo muy personal y muy constante, una lucha individual. Si dispones de buena ayuda es bueno. Yo he dispuesto de buena ayuda. Ahora... es difícil ayudar, pienso; porque creo que aunque tengas muy buena ayuda, si uno mismo no la sabe pillar o no la quiere en realidad... tiene que empezar desde uno mismo y desde la individualidad, constancia y poco a poco, con mucha paciencia. Incluso a veces, ayudando crees que ayudas y no ayudas, es muy delicado. Tienes que poner tú todas las cartas ahí... es difícil y duro. Estando sin enganche es difícil, estando enganchado es más. Me encontré con uno que estaba en el tratamiento y estaba hecho una piltrafa, pero yo no le podía hacer nada excepto decirle “¿dónde están tus huevillos...?” ¡Es tan difícil salir!”

“me han ayudado las sesiones con la psicóloga. Llegué a un nivel de confianza con ella que casi le he contado todo. Ese ha sido mi gran valor; había comprensión por su parte. Me ha guiado, me ha escuchado y mi gran punto de apoyo ha sido encontrarme con mi familia y cuando he conseguido esto es cuando he ganado confianza en mí misma y he sacado adelante mi vida. Afianzar la relación con mi padre y la relación familiar en general”

“valorar más lo que tengo, amigos, familia... a mi pesar me han hecho crecer, a intentar ser más independiente. No me gusta mucho pero estoy en ello. No se puede estar con 36 como si tuviese 13. También he aprendido a valorar el daño que he hecho a otras personas, a quitarme ese ego, yo, yo y pobrecita yo. Hasta hace poco no pensaba que podía hacer daño yo a otras personas... que sólo sufría yo. A la hora de tener relaciones con los chicos, estoy en ello, no tengo que recurrir al alcohol para tener una relación sexual... A gustarme más yo, físicamente incluso. A muchas cosas... no machacarme tanto, me he machacado mucho y tengo que sufrir menos... “

“he visto que hay gente desinteresada, vocacional, que ama su trabajo. Siempre que he tenido un problema ahí están. Que la vida tiene valor, que no siempre tengo la culpa de todo, que no todo está en tus manos, que hay cosas que puedes abarcar y hay otras que no... y muchas ganas de vivir... la confianza en la gente, que hay gente que se preocupa de los demás sin pedir nada a cambio, que es algo desinteresado. Cuando hay cosas que quieres y tienes ganas, todo va para adelante. Me han enseñado a valorarme, a quererme... que todo el mundo comete errores y que no son perpetuos ni permanentes ni para toda la vida... En comunidad he aprendido la solidaridad, en la calle he pasado frío, hambre...”

“los tratamientos no me han ayudado en nada, no he querido hacerlos. Siempre me han obligado a estar en uno...”

“me han ayudado a relacionarme mejor, a controlar mis impulsos. Antes no era capaz de expresar mis sentimientos, a hablar de otra manera, a enfrentarme de otra manera a los conflictos...”

“a conocerme más, a controlar menos mis sentimientos, a no dispararme en los pensamientos, a organizar mi vida, a seleccionar a gente con la que quiero estar, a poder expresar sentimientos dolorosos, a superar la relación con mi padre,...”

“me han ayudado a ayudarme yo misma, a hacerme fuerte y a sentirme capaz y llevar una vida sin tóxicos y hasta tener la fuerza que yo tenía siempre. Esa fuerza, la droga me la quitó. A sentirme mejor, mucho mejor”

“me han ayudado las terapias individuales y las de grupo a analizar las ventajas de consumir, no consumir... a evitar situaciones de riesgo, personas, zonas. Tú eres la que toma la iniciativa de tu propia vida, lo que tú quieres hacer es lo que haces”

5.4.9 Terapeutas mujeres y terapeutas hombres

Otra de las cuestiones que quisimos conocer es la opinión de las mujeres respecto a las posibles diferencias de relación que se establecen entre ellas y la figura del terapeuta en función del género (hombres y mujeres terapeutas).

El 41,1% de las mujeres entrevistadas piensa que no existe ninguna diferencia de relación por género, es decir, el hecho de que el terapeuta sea hombre o mujer no establece diferencias en la relación. Sin embargo, el 38,2% de las mujeres sí encuentran diferencias en función del género de los profesionales.

Entre las que sí encuentran diferencias, las cuestiones que éstas destacan son:

1. Respecto a los terapeutas del género masculino el 14,3% de las mujeres opina que, comparados con terapeutas femeninas, ellos “son mejores” ; el 4,7% opina que “son peores”, el 28,6% de las que perciben diferencias valora que ellos son “más blandos con las chicas” y el 14,3% opina exactamente lo contrario, es decir, que “son más duros con las chicas” (Tabla 66)
2. Respecto a las terapeutas del género femenino el 22,6% dice que, comparados con ellos las mujeres terapeutas “son mejores”. El 2,7% opina que “son peores”, el 11,3% de las mujeres interpreta que ellas son más duras con las chicas y más blandas con los chicos; el 2,7% percibe que se establecen entre ellas y las terapeutas una relación de rivalidad y el 15,6% opina que las terapeutas son más comprensivas (Tabla 66)

Tabla 66. Relación que mantienen las mujeres terapeutas y los hombres terapeutas con las encuestadas. Porcentajes

| Tipo de relación con mujeres y hombres terapeutas | Mujeres terapeutas | Hombres terapeutas |
|---|--------------------|--------------------|
| “Son mejores” | 22,6 % | 14,3% |
| “Son peores” | 2,7% | 4,7% |
| “Más blando/as con las chicas y más duro/as con los chicos” | - | 28,6% |
| “Más duro/as con las chicas y más blando/as con los chicos” | 11,3 % | 14.3% |
| “rivalidad” | 2,7% | - |
| “Más claro/as con los chicos” | - | 14,3% |
| “Más comprensiva/os con las chicas” | 15,6% | - |
| “Más sensibilidad” | 18,1% | - |
| No diferencia | 27% | 23,8% |
| Ns/nc. | 21,4% 12 | 28,8% 16 |

5.4.10 ¿Es necesario un tratamiento diferencial en función del género?

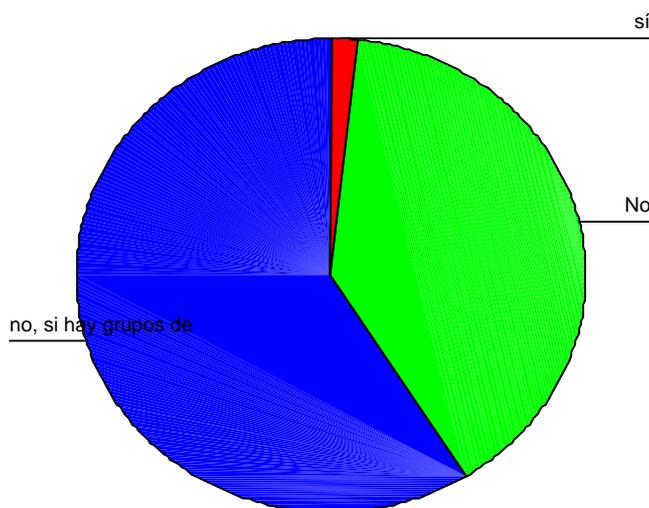
Una de las preguntas que nos pareció importante incluir en la entrevista era la opinión de las afectadas acerca de la necesidad de un tratamiento diferencial teniendo en cuenta el género. Las reflexiones e hipótesis de las investigadoras, una vez iniciado el trabajo de campo y recogidos algunos testimonios, giraron en torno a dos cuestiones. Por un lado, creemos que existen muy pocos centros en los que se ofrece un tratamiento específico para mujeres toxicómanas y que ninguna de las entrevistadas lo ha experimentado, luego es más difícil creer en la necesidad de algo que no se conoce o no se ha vivido. Las mujeres entrevistadas estaban satisfechas con las entidades en las que terminaron su proceso y es posible que no puedan imaginar cómo hubiera podido discurrir otra opción terapéutica como la que nosotras les sugeríamos.

En segundo lugar, nosotras mismas comprendimos que, efectivamente, hay que intentar evitar todo tipo de discriminación, aunque estas sean positivas, ya que una opción intermedia es mucho más rica. Es decir, existe la posibilidad de realizar tratamientos mixtos y simultáneamente contar con espacios diferenciales que permitan trabajar aspectos específicos.

El 58,9% de las mujeres entrevistadas opina que no es necesario un tratamiento diferencial siempre y cuando exista la posibilidad de contar con grupos específicos para mujeres, el 39,3% no cree necesario un tratamiento diferencial en ningún caso mientras que el 1,8% de las mujeres afirma que sí existe la necesidad de un programa de este tipo.

La distribución gráfica de las respuestas asociadas a esta cuestión es la que aparece a continuación (Gráfico 6).

Gráfico 6. Percepción de la necesidad de la existencia de tratamientos diferenciales por género



Si separamos la muestra teniendo en cuenta la sustancia de abuso vemos que la opción más elegida es la que plantea la posibilidad de realizar un tratamiento mixto incluyendo en él grupos específicamente femeninos. Vemos también que en el conjunto de las mujeres usuarias de alcohol, 7 de las 8 mujeres eligen esta dinámica en el tratamiento (Tabla 67).

Tabla 67. Percepción de la necesidad de la existencia de tratamientos diferenciales por género. Porcentajes y valores absolutos

| ¿Es necesario un tratamiento diferencial? | Heroína | Alcohol | Cocaína | Totales |
|---|----------|---------|---------|----------|
| No | 45,6% 21 | 12,5% 1 | - | 39,3% 22 |
| Sí | 2,2% 1 | - | - | 1,8% 1 |
| No, si hay grupos de mujeres | 52,2% 24 | 87,5% 7 | 100% 2 | 58,9% 33 |
| TOTALES | 100% 46 | 100% 8 | 100% 2 | 100% 56 |

López (2002) cita estudios en los que se sugiere que las mujeres alcohólicas tratadas en un grupo exclusivamente femenino tendrían más ajuste social y más

bajo consumo de alcohol que las tratadas en grupos mixtos. Según él, parece que las características psicológicas de la mujer alcohólica (baja autoestima, sentimientos de culpabilidad y depresión) son abordadas más adecuadamente con la utilización de técnicas psicoterapéuticas específicas, principalmente de grupo.

Los testimonio de las mujeres entrevistadas (consumidoras de opiáceos y alcohol) aportan más información acerca de su percepción de la necesidad de tratamiento específico:

“yo noto que las mujeres que se han prostituido recaen con más frecuencia, lo llevan peor, en el tratamiento tienen más problemas. Parece que algo está partido, roto y no lo pueden recuperar, es muy difícil. Necesitan un apoyo y una ayuda constante que les diga lo que tienen que hacer. Tienen la autoestima por los suelos. En general no creo que sea necesario un tratamiento diferente pero algunas mujeres necesitan una ayuda especial”

“Sí, por lo menos un espacio propio, un espacio distinto para nosotras y para poder hablar de cuestiones propias como por ejemplo la prostitución, relaciones sexuales, bisexualidad, la baja autoestima.... hay que elaborar muchas cosas”

“No. En mi tratamiento había espacios para las mujeres que ayudaban mucho pero no creo que sean necesarios los tratamientos separados”

“Depende en que grupos sí, depende de qué temas se vaya a tratar sí. No creo que sea conveniente siempre mezclados. En un grupo decir que te has prostituido... o gente que era lesbiana, por ejemplo, yo creo que para esa gente le era súper difícil hablar de esas cosas en un grupo de hombres. A mí me resultó muy difícil hablar de.....fue horrible. De hecho no lo dije hasta ¡buf!...”

“está bien como está ya que te ayuda a convivir y a comprender cómo piensan los chicos y muchas veces tienes mejores amigos que amigas... En un piso mixto quizá es un poco más complicado por las relaciones ya que quizá entre chicas se lleva mejor..., que no tenían problemas de espacio y de intimidad... Está bien estar todos juntos para aprender a convivir”

“yo he hecho un programa en el que todos somos iguales. En Acogida había piso de chicas y piso de chicos y eso no me parecía del todo bien pero era fácil compincharse con un chico y marcharse. Entonces nos tenían aparte, separados, pero también a veces echabas de menos un poco de compañía masculina, no sé,... pues hacer como que no pasa nada y poder estar todos juntos. Eso en comunidad te lo hacían entender. Si estabas mucho tiempo con un chico enseguida te separaban. Vivir en Comunidad despertaba un sentimiento distinto. El trato era igual, los trabajos eran iguales para todos Las diferencias

podría haberlas antes de empezar... el hombre va más a saco y la mujer todavía está protegiéndole”

“Una mujer que se ha prostituido, si luego quiere tener hijos y tener pareja...no marcan lo mismo los tratamientos. El sentimiento de dignidad, orgullo y vergüenza a la mujer le marca más. Cuando te estás prostituyendo no sabes, no eres consciente pero luego es otra historia el darte cuenta de lo que has hecho. La vivencia no es la misma y ni marca lo mismo una violación, una prostitución, ni el hecho de haber tenido hijos; el instinto de una madre es muy distinto al instinto de un padre”

“los hombres tienden a crecerse entre las mujeres y en el tratamiento lo que he vivido es la igualdad”

“no, yo creo que no debe de ser diferente. Yo hice el tratamiento con chicos y chicas... y bien. Lo que sí creo es que a todas las personas no se les puede tratar por igual, hay que hacerlo personalizado, que todos no somos iguales. Yo no soy como los chicos pero tampoco como todas las chicas. Yo soy yo. El tratamiento tiene que ser algo personal. Aparte de las terapias de grupo hay terapias individuales... y cada uno es un mundo y a cada uno le tienen que exigir en unas cosas y otras mejorarlas y otras dejarlas, cambiar actitudes. Yo cambié un montón de cosas, desde la fuerza de voluntad, las responsabilidades... para mí lo más importante es eso, que tiene que ser personal. Los temas sexuales los tratábamos aparte, salían sólo en el grupo de chicas...”

“la mujer está muy poco metida en tratamientos pero no creo que la solución sea hacer un tratamiento para hombres y otro para mujeres, sino que si hubiera más mujeres en los tratamientos se sabría ayudar y llegar mejor a las mujeres y si hay una entre diez difícilmente se puede... No creo que sea un problema de hacer tratamientos aparte sino que la mujer lo esconde más, o se le ve de otra manera o no lo sé... quizá necesitan recursos distintos a los hombres. Si la mujer no participa dentro de los tratamientos nunca se le va a poder ayudar... El porcentaje de alcohólicos hombres en los tratamientos es mayor que las mujeres alcohólicas. Normalmente aunque todo el mundo lo sepa no pasa nada,... no pasa nada entre comillas,... la mayoría de las mujeres alcohólicas no tienen un trabajo. Ahora sí, pero antes no trabajaban, eran amas de casa,... ¿a quién le importa esa ama de casa que está bebiendo? a nadie. Le importará a su marido porque piensa que ella no cumple y a ella no le queda más que aguantarle o marcharse de casa, pero si lo hace no sabrá a dónde va. Se supone que la clase trabajadora ha sido siempre el hombre, hasta hace unos años, y para el hombre sí se han hecho los tratamientos porque es una figura útil, productiva. Nosotras antes no hemos producido, entre comillas, y por eso no ha importado nada... si puede seguir dando de comer a sus hijos y limpiando la casa y seguir bebiendo pues no pasa nada, que siga bebiendo. Si estás en el mercado laboral, en el

mundo productivo, la cosa cambia y si no vas a valer pues tendrás que arreglarte "maja", si no a ver qué haces, las cosas cambian bastante

"creo en los tratamientos personales, individualizados. En los mismos creo que falta información sobre los efectos de la medicación, de la metadona y del VIH en las mujeres"

"cuando estuve en comunidad sí se empezó a crear un grupo de mujeres. Estábamos tres o cuatro mujeres. Probablemente los hombres también lo necesitan pero es que yo no sé definir qué es lo que necesita un hombre personalmente... creo que fue en el punto en el que me interesé más por las mujeres que por los hombres... entonces estaba bien poder hablar de tus problemas, poder hablar de hombres.... creaba lazos de unión entre las mujeres. Además, éramos minoría. Las chicas tomábamos café... y allí nunca se tomaba café fuera de horas... era como un estatus que teníamos las mujeres y decían que era una discriminación negativa. Los hombres también tienen que hablar de sus cosas, seguro, el porqué tienen que ir de duros, porqué tienen que ir de tal. Imagino que ellos tienen que mantener las cosas y también necesitan relajarse y pararse. A mí me gustaba el grupo de mujeres. Lo hacíamos de vez en cuando. Al principio era escéptica. La ventaja era que éramos un grupo pequeño y hay cosas que no se puede decir delante de hombres... tu ego no te deja. Me he prostituido... por ejemplo... porque luego tú sales a la calle y la gente te conoce... y son cosas que cuesta decir, que es muy duro. Son cosas importantes, no hablar de juergas. Pero oír que un hombre me ha pegado, yo no sé como lo hubiera llevado... yo seguro que le hubiera cogido una manía... no creo que sea tan buena persona como para ayudarlo, entenderle... lo importante no es sólo decirlo. Tú puedes oír algo y te ayuda a sobrellevar algo que tú no quieres decir... pero te puede ayudar a digerirlo y a veces hay que hablar de cosas aunque haya gente que no lo haya dicho. Habría que llevar lecciones de cómo llevar una prostitución aunque nadie lo haya sido... porque habrá alguien a quien le toque"

"no creo que sea necesario un tratamiento diferente, aunque la sociedad es bastante discriminatoria con la mujer. No sabría decir"

En resumen, vemos que las mujeres que han recibido un tratamiento mixto, sin grupos de mujeres, no encuentran necesario un tratamiento diferencial pero sí creen que éste tiene que ser "personalizado". Para las mujeres que sí han estado en programas o tratamientos en los que se disponía de un espacio exclusivo para mujeres este espacio llega a resultar imprescindible como espacio compartido con otras mujeres que les permite hablar de cuestiones comunes al género tales como la sexualidad, la maternidad, la prostitución, el maltrato y los abusos, etc.

En la teoría encontramos que investigadoras que han trabajado sobre la cuestión de género (Meneses, 2002) señalan la idoneidad de una abordaje terapéutico específico necesario para abordar, entre otros asuntos, el abuso sexual y físico, la

responsabilidad que asumen las mujeres usuarias de drogas con sus hijos (considerada ésta como motivación y/o obstáculo en el tratamiento), la significativa prevalencia de la baja autoestima entre las mujeres, así como un mayor sentimiento de vulnerabilidad.

En el contexto europeo, Stocco (2002) sugiere garantizar dentro de la estructura de los hospitales donde se recibe a mujeres en situaciones de emergencia, personal competente que ofrezca un apoyo psicológico en episodios de sobredosis, interrupción de embarazo o intentos de suicidio. Se trata de situaciones especialmente delicadas y que “pueden servir para orientar a las mujeres a integrarse en un programa terapéutico de rehabilitación”. Así mismo, el autor propone incluir dentro de los servicios de tratamiento un espacio de encuentro entre mujeres toxicómanas para que éstas puedan intercambiar experiencias, además de espacios de trabajo con los familiares de las usuarias para ayudarles a comprender el problema y superar los sentimientos negativos como la vergüenza y la intolerancia que surge ante la frustración de las expectativas puestas en ellas”.

La literatura señala diversos trabajos relacionados con programas específicos de tratamiento para mujeres en centros ambulatorios y/o residenciales. En estos estudios, y teniendo en cuenta el constructo “autoestima”, Bartholomen, Rowan Szal, Chatham y Simpson, (1995), teniendo como base los datos relativos a un programa de metadona con intervención especializada para mujeres, que las mujeres que mantienen durante un tiempo prolongado (de 4 a 6 sesiones) un buen nivel de participación en grupos de mujeres, presentan un aumento en la autoestima y la cognición comparadas con las que participan menos o no permanecen el mismo tiempo desarrollando esa actividad. El nivel de participación correlaciona de manera positiva con el tiempo de permanencia.

Dentro de los programas para mujeres con hijos, Hughes, Coletti, Neri, Urman Stahl, Sicilliam y Anthony (1995) realizaron un estudio clínico con el fin de analizar la mejora del nivel de retención en una Comunidad Terapéutica de mujeres consumidoras de cocaína, permitiéndoles convivir con sus hijos durante el tratamiento. El resultado de la experiencia confirmó que las mujeres que convivieron con uno o dos de sus hijos en la comunidad permanecieron un tiempo significativamente más largo en el programa que las mujeres que siguieron participando de la modalidad de tratamiento anterior a la inclusión de esta variable. La media de estancia para las primeras fue de 3.004 días frente a los 1.014 días que permanecieron las segundas.

Becerro (1999) desde su experiencia como psicoterapeuta en grupos de mujeres consumidoras de psicofármacos, extrae la conclusión de que es importante trabajar la autoestima y el apoyo social entre mujeres. Así mismo confirma la idoneidad del ensayo y manejo de habilidades de comunicación asertiva como “decir no sin sentirse culpables” y otras cuestiones como “que se puedan permitir

errores”, “que se den cuenta de que, como personas, tienen derecho al placer, a pedir ayuda y a ser cuidadas, sobre todo, aprender ellas a cuidarse y aceptarse como el ser humano imperfecto que somos”, cuestiones, todas ellas, muy introyectadas desde los roles sociales atribuido por género.

5.5 Estado actual

En otro orden de cosas y volviendo a los datos de nuestro estudio, la valoración de la situación personal en el momento de la entrevista es también un indicador indirecto del éxito del tratamiento. Lanzada esta pregunta, el 50,9% de las mujeres, en el momento en el que se desarrolla el trabajo de campo, respondió que su situación era buena en general (“bien, en general”), el 34,5% valora su estado en situación de “crisis con ayuda” y en el 14,6% restante las valoraciones fueron menos alentadoras ya que las mujeres interpretaron su situación vital como “en crisis sin ayuda” (Tabla 68).

Tabla 68. Percepción de la situación vital. Porcentajes y valores absolutos

| ¿cómo están ahora? | % | N |
|---------------------------|-------------|-----------|
| Bien en general | 50,9% | 28 |
| En crisis, con ayuda | 34,5% | 20 |
| En crisis sin ayuda | 14,6% | 8 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Parece no haber diferencias significativas en función de la sustancia de abuso. Si acaso, se podría señalar que es mayor el porcentaje de las mujeres que fueron usuarias de alcohol quienes parecen estar “bien, en general” (62,5%) en comparación a las consumidoras de opiáceos o cocaína. Es posible que las consecuencias del consumo de alcohol, aunque relevantes, no sean tan graves y manifiestas como las del consumo de otras sustancias y que el cese en el uso de alcohol permita retomar una vida más “normalizada” sin que en el proceso de consumo se hayan perdido tantas cosas (personales, materiales, etc.) como en los otros casos (Tabla 69).

Tabla 69. Percepción de la situación vital. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | | Totales | |
|---------------------------|---------|----|---------|---|---------|---|---------|----|
| ¿cómo están ahora? | | | | | | | | |
| Bien en general | 47,8% | 22 | 62,5% | 5 | 50,0% | 1 | 50,9% | 28 |
| En crisis, con ayuda | 37,0% | 17 | 37,5% | 3 | - | | 34,5% | 20 |
| En crisis sin ayuda | 15,2% | 7 | - | | 50,0% | 1 | 14,6% | 8 |
| TOTALES | 100% | 46 | 100% | 8 | 100% | 2 | 100% | 56 |

Si relacionamos esta variable con el tiempo de abstinencia a la sustancia problema vemos que las mujeres que declaran estar “bien, en general” tienen puntuaciones más altas en las franjas de mayor tiempo de abstinencia (entre 5 y 10 años de abstinencia). Las que dicen estar “en crisis, con ayuda” se incluyen en mayor medida entre las que llevan menos de 6 meses de abstinencia. Y las que dicen estar “en crisis sin ayuda” son mujeres que llevan más de 10 años de abstinencia (Tabla 70).

Tabla 70. Cómo se encuentran ahora y tiempo de abstinencia de la droga problema. Porcentajes

| Tiempo de abstinencia | Menos de 6 meses | 6 meses a 2 años | 2 años a 5 años | De 5 a 10 años | Más de 10 años | |
|---------------------------|------------------|------------------|-----------------|----------------|----------------|------|
| ¿cómo están ahora? | | | | | | |
| Bien en general | 7,1% | 3,6% | 25% | 42,9% | 21,4% | 100% |
| En crisis, con ayuda | 45% | 10% | 15% | 20% | 10% | 100% |
| En crisis sin ayuda | - | 25% | 25% | - | 50% | 100% |

Quizás, cuanto mayor sea el tiempo de abstinencia mayor es la distancia temporal con los recursos asistenciales y, por ello, está menos presente el hábito de “pedir ayuda”, en el que tanto se insiste desde los tratamientos. Por otro lado, la reciente “normalización” de la vida de las mujeres que han acabado el tratamiento en una fecha aproximada al momento en el que se desarrollan las entrevistas puede provocar cierta inseguridad personal ya que acceden a un nuevo estilo de vida asumiendo personalmente las consecuencias de toda nueva decisión. Es el momento de afianzar habilidades y recursos aprendidos y de dar los primeros

pasos fuera ya del seguimiento estrecho del programa. Coincide con el enfrentamiento a las primeras pruebas frente a las situaciones de riesgo reales. Es el momento en el que se pone en práctica y sobre el terreno todo lo que ha se ha adquirido en el proceso terapéutico.

Algunas de estas mujeres siguen vinculadas de alguna forma a la red asistencial ya que se mantienen en tratamiento dentro de los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) (Tabla 71).

Tabla 71. Número de mujeres en Programas de Mantenimiento con Metadona. Porcentajes y valores absolutos

| Tratamiento PMM | % | N |
|-----------------|-------|----|
| Sí | 26,8% | 15 |
| No | 73,2% | 41 |
| TOTALES | 100% | 56 |

Lógicamente, las mujeres incluidas en los PMM son aquéllas que tuvieron un problema de adicción a heroína u otros opiáceos.

Como dijimos anteriormente, el 82,1% (46) de las mujeres que integraron nuestra muestra acudieron a tratamiento para resolver un problema de adicción a opiáceos. En el momento de la entrevista 15 de ellas (32,6%) se mantienen vinculadas a un Programa de Mantenimiento con Metadona.

De las mujeres que tomaban metadona el 75% dice encontrarse “bien en general” ó “en crisis con ayuda”, en cualquier caso, vinculadas al tratamiento y percibiéndolo a este como un espacio de ayuda (Tabla 72).

Tabla 72. Tratamiento de metadona y estado actual. Porcentajes y valores absolutos

| | Tratamiento en PMM | |
|----------------------|--------------------|----|
| Estado actual | | |
| Bien en general | 33% | 5 |
| En crisis con ayuda | 42% | 8 |
| En crisis sin ayuda | 25% | 2 |
| TOTALES | 100% | 15 |

Al relacionar el consumo de metadona con el tiempo de abstinencia a la droga problema vemos que la vinculación con los PMM va decreciendo en proporción inversa a los años de abstinencia respecto a la droga “problema”.

Tabla 73. Toma de metadona y tiempo de finalización (o no) del tratamiento.
Porcentajes

| Tiempo de abstinencia de la droga problema | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------|
| | Menos de 6 meses | 6 meses a 2 años | De 2 a 4 años | De 4 a 8 años | Más de 8 años | |
| Consumo de metadona | | | | | | |
| Si | 33,3% | 26,7% | 26,7% | 13,3% | - | 100% |

Parece que, en muchos casos, los PMM sirven como un instrumento de sostén intermedio entre la adicción y la abstinencia y a medida que las mujeres van “normalizando” y afianzándose en un nuevo estilo de vida sin drogas no les resulta tan necesario contar con los PMM como instrumento de apoyo.

5.6 Preocupaciones en la actualidad

Una de las preguntas de la entrevista hizo referencia a las preocupaciones principales y actuales de las mujeres entrevistadas, pudiendo manifestar más de una opción de respuesta. En total, al ser una pregunta de respuesta múltiple, contamos con 101 contestaciones. El tema que más preocupaba a las mujeres, por orden de importancia, fue la pareja (21,8% de las mujeres lo eligen como primera opción) seguido muy de cerca por otras dos cuestiones que obtienen la misma proporción de respuestas. Se trata de la preocupación que surge en torno al trabajo y los hijos (20,8% cada una de las variables). En tercer lugar aparece la preocupación ligada a la salud (16,8% de respuestas), el dinero (13,9%), la familia (5,9%) y en último lugar las relaciones interpersonales (amistades, etc.). (Tabla 74).

Tabla 74. Preocupaciones principales y actuales. Porcentajes

| Áreas de preocupación | |
|------------------------------|-------------|
| Pareja | 21,8% |
| Trabajo | 20,8% |
| Hijos | 20,8% |
| Salud | 16,8% |
| Dinero | 13,9% |
| Familia | 5,9% |
| Relaciones interpersonales | - |
| TOTALES | 100% |

Si tomamos en cuenta la variable “sustancia de abuso” vemos que la preocupación relacionada con la pareja entre las mujeres usuarias de alcohol destaca por encima de otras preocupaciones (Tabla 75). De hecho, cuando se compara a las mujeres usuarias de alcohol con los varones que acuden a tratamiento por la misma causa se observa que ellas suelen estar más deprimidas, han experimentado oposición para tratarse por parte de sus familiares y refieren consecuencias familiares más graves. Durante la evolución del tratamiento es frecuente la separación o el divorcio (López, 2002).

Tabla 75. Preocupaciones principales y actuales y sustancia de abuso. Porcentajes

| Sustancia Problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Áreas de preocupación | | | |
| Pareja | 20,7% | 33,3% | - |
| Trabajo | 22,0% | 13,3% | 25,0% |
| Hijos | 23,2% | 13,3% | - |
| Salud | 18,3% | 6,7% | 25,0% |
| Dinero | 11,0% | 20,0% | 50,0% |
| Familia | 4,8% | 6,7% | - |
| Relaciones interpersonales | - | 6,7% | - |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

En el conjunto de la muestra, si cruzamos la variable señalada (preocupación principal), por la edad de las mujeres en el momento de ser entrevistadas, comprobamos que las más jóvenes señalan como áreas de preocupación, principalmente y por orden de importancia a los hijos, la pareja y la familia. Las que tienen entre 31 y 35 años señalan en mayor medida la triada familia, dinero y trabajo. Las comprendidas en el intervalo de edad de los 36-40 años se

preocupan más por la salud, el dinero y la pareja. Las que tienen entre 41 y 45 años valoran elementos como la salud, el trabajo y los hijos y las mujeres mayores de 46 años identifican, por orden de importancia cuestiones relacionadas con la familia, el trabajo y el dinero (Tabla 76).

Tabla 76. Preocupaciones actuales por intervalo de edad. Porcentajes y valores absolutos

| Franjas de edad | 26-30 | 31-35 | 36-40 | 41-45 | Más de 46 | |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------------|------|
| | % N | % N | % N | % N | % N | |
| Áreas de preocupación | | | | | | |
| Pareja | 22,7% | 18,2% | 36,4% | 9,1% | 13,6% | 100% |
| Trabajo | 14,3% | 28,6% | 28,6% | 14,3% | 14,3% | 100% |
| Hijos | 33,3% | 19% | 28,6% | 14,3% | 4,8% | 100% |
| Salud | - | 5,9% | 58,8% | 29,4% | 5,9% | 100% |
| Dinero | 7,1% | 28,6% | 42,9% | 7,1% | 14,3% | 100% |
| familia | 20,0% | 60,0% | - | - | 20,0% | 100% |
| Relaciones interpersonales | - | - | 100% | - | - | 100% |

5.7 Consumo actual de drogas

Por otro lado, también quisimos saber si estas mujeres que habían pasado por uno o varios tratamientos estaban consumiendo algún tipo de sustancia en el momento en el que fueron entrevistadas. Esta información permite intuir el éxito a medio o largo plazo de los programas terapéuticos.

A este respecto, el 42,9% de las mujeres (24) da una respuesta afirmativa. Dice que sí está consumiendo actualmente algún tipo de droga, siendo el hachis la sustancia más consumida (37,5% de las que afirman consumir en ese momento), seguida del alcohol (41,6 %) y la cocaína (16,7% de los casos afirmativos) (Tabla 77).

Tabla 77. Consumo actual de sustancias al margen de las recetadas. En porcentajes.

| Consumo actual | 42,9% Sí |
|-----------------------|-----------------|
| Hachís | 37,5% |
| Alcohol | 41,6% |
| Cocaína | 16,7% |
| "Pastillas" | 4,2% |
| TOTALES | 100% |

| | |
|----------------------|-------|
| Tabaco | 91,1% |
| Metadona (prescrita) | 26,8% |

Al comparar la situación de consumo de "otras sustancias" teniendo en cuenta la que originó la dependencia vemos que entre las usuarias de alcohol (8), hay menos mujeres que en el momento de ser entrevistadas estaba utilizando otras sustancias (62,5% no consume otra sustancia). Sin embargo, de las tres mujeres que sí lo hacen, dos de ellas está utilizando la misma sustancia que generó el problema de adicción. Es decir, es posible que estas dos mujeres estuvieran ya en un proceso de recaída.

Entre las usuarias de heroína y otros opiáceos hay un número mayor de mujeres que está consumiendo otras sustancias distintas a la que originó la adicción en comparación a las que fueron usuarias de alcohol. Las sustancias más consumidas son, por orden de elección, hachís y alcohol.

Tabla 78. Consumo actual de sustancias al margen de las recetadas y sustancia de abuso. En porcentajes

| Sustancia Problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | General |
|-----------------------|-----------------|----------------|-------------|-----------------|
| Consumo actual | | | | 42,9% Sí |
| Hachís | 17,4% 8 | 12,5% 1 | 50% 1 | 37,5% |
| Alcohol | 15,2% 7 | 25% 2 | 50% 1 | 41,6% |
| Cocaína | 6,4% 3 | - | - | 16,7% |
| “Pastillas” | 2,2% 1 | - | - | 4,2% |
| No | 58,7% 27 | 62,5% 5 | | |
| TOTALES | N= 46 | N= 8 | N= 2 | 100% |
| Tabaco | 95,7% 44 | 62,5% 5 | 100% 2 | 91,1% |
| Metadona (prescrita) | 32,6% 5 | - | - | 26,8% |

En cualquier caso observamos que un porcentaje elevado de mujeres (42,9%) hace uso de sustancias que si bien no fueron las que hicieron que demandara tratamiento en otro momento sí son sustancias susceptibles de crear abuso.

Con respecto al consumo del tabaco, el 91,1% de las entrevistadas fumaba habitualmente. El tabaco es una sustancia sumamente adictiva y requiere de una alta dosis de motivación y voluntad personal para cesar su uso. Recordemos que el abandono del hábito tabáquico entre las mujeres debiera atender a aspectos específicos tales como la variable “aumento de peso” en orden a prevenir la recaída en el consumo.

Tabla 79. Consumo de tabaco. Porcentajes

| Consumo de tabaco | Sí | No | |
|-------------------|-------|------|------|
| | 91,1% | 8,9% | 100% |

5.8 Recaídas

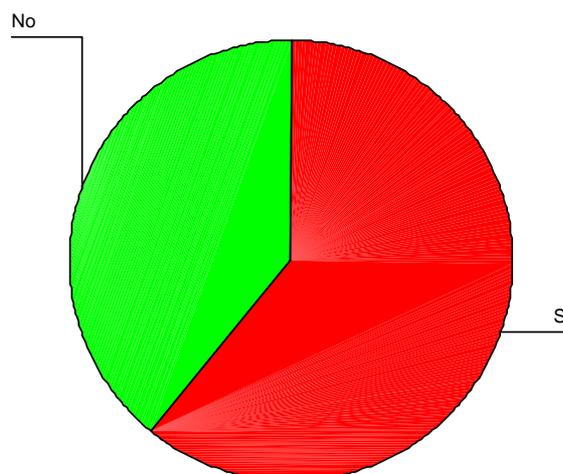
Si se acepta la propuesta de la OMS de definir la toxicomanía como un proceso crónico recidivante, deberíamos aceptar la recaída tanto como parte integrante de la evolución de la enfermedad y también como parte del tratamiento (Abeijón, 2000).

Para este autor, “la enfermedad y el tratamiento de la misma son dos procesos que funcionan en paralelo, aunque conectados a través de situaciones que modifican el desarrollo de los mismos. Así, se puede pensar que un buen tratamiento permite acabar con la enfermedad y a su vez consigo mismo (tratamiento). Una vez resuelta la enfermedad, el tratamiento desaparece. En procesos crónicos estas relaciones se modifican y así, muchas veces, el tratamiento y la enfermedad evolucionarán en el tiempo en relación de mutua dependencia”.

Otros autores que han aportado mucho a la comprensión de las recaídas en el proceso terapéutico son Marlatt y Gordon, quienes en 1985 elaboraron una excelente teoría sobre la prevención de recaídas; el modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1982), las técnicas de la Entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1999) etc. En todas ellas se analiza el proceso de la recaída, las fases del proceso del cambio y las claves psicoterapéuticas aplicables para conseguir la motivación necesaria por parte del paciente y poder iniciar cambios que conduzcan a la abstinencia.

En nuestra muestra, el 60,7% (34) de las entrevistadas dice haber experimentado episodios de recaída durante la etapa de mantenimiento de la abstinencia o una vez finalizado el tratamiento.

Grafico 7. Existencia de episodios de recaída. Porcentajes



De las que sí han experimentado recaídas en su proceso de tratamiento o una vez finalizado éste, el 28,8% sólo ha experimentado un episodio de recaída, el

31,1% ha vivido dos experiencias de recaída; el 22,2% asume tres recaídas en su proceso terapéutico y un 17,7% de las mujeres entrevistadas señala más de tres episodios de recaída (Tabla 80).

Tabla 80. Episodios de recaída. Porcentajes y valores absolutos

| Numero de recaídas | % | N |
|--------------------|-------------|-----------|
| 1 | 61,7% | 21 |
| 2 | 20,6% | 7 |
| 3 | 14,8% | 5 |
| Más de 3 | 2,9% | 1 |
| Total | 100% | 34 |

Cuando les preguntamos cuál o cuáles fueron los motivos que precipitaron la vuelta al consumo, un 67,6% de las mujeres lo atribuye a “factores individuales”, un 29,4% a “factores interpersonales” y un 2,9% a “factores sociales”. Teniendo en cuenta las submuestras realizadas en base a la sustancia de abuso, entre las mujeres alcohólicas de la muestra los factores individuales tienen aún más peso (75%) que en otras muestras (Tabla 81).

Tabla 81. Episodios de recaída y motivos atribuidos (factores individuales, interpersonales o sociales). Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia Problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | % | N |
|----------------------------|----------------|---------------|----------|-------------|-----------|
| Factores de recaída | | | | | |
| Factores individuales | 66,7% 20 | 75,0% 3 | - | 67,6% | 23 |
| Factores interpersonales | 30,0% 9 | 25,0% 1 | - | 29,5% | 10 |
| Factores sociales | 3,3% 1 | | - | 2,9% | 1 |
| TOTALES | 100% 30 | 100% 4 | - | 100% | 34 |

Dentro de los factores individuales, nos parecía importante señalar que el 41,2% del total de mujeres que recayeron señalan la “depresión” y la soledad como las causas principales que precipitó la vuelta al consumo, (en las alcohólicas, el 100% señala a esta causa), seguido de “no tenerlo claro” (dejar las drogas) en un 29,5% de los casos. El 17,1% del total de la muestra que recayó menciona los episodios o estados de ansiedad como antecedentes de la recaída (Tabla 82).

Tabla 82. Motivos específicos de recaída. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | |
|---------------------------------------|----------------|----------|----------|----------------|
| | | | | |
| Motivos específicos de recaída | | | | % N |
| Depresión y soledad | 33,4% 10 | 100% 4 | - | 41,2% 14 |
| No tenerlo claro | 33,4% 10 | - | - | 29,5% 10 |
| Ansiedad | 20,0% 6 | - | - | 17,6% 6 |
| Problemas con la pareja | 3,3% 1 | - | - | 2,9% 1 |
| Problemas familiares | 3,3% 1 | - | - | 2,9% 1 |
| Salud | 6,6% 2 | - | - | 5,9% 2 |
| TOTALES | 100% 30 | 4 | - | 100% 34 |

Mantenerse abstinentes en el consumo de drogas es un proceso de aprendizaje y cambio de hábitos. La prevención de la recaída requiere profundizar en el conocimiento de sí mismo y de los intereses y valores que ayudan a elegir las mejores opciones para afrontar adecuadamente las situaciones de riesgo que anteceden a la recaída.

Según Weiner (1986), la atribución que hacen las mujeres de sus propios fracasos durante este aprendizaje parece tener una dimensión más interna y no controlable. Las consecuencias emocionales para la autoestima y el autoconcepto varían, como todos sabemos, en función de la atribución del éxito (o el fracaso) del aprendizaje. Así, una atribución de fracaso que aluda a factores internos, estables y no controlables produce “indefensión aprendida”, concepto ampliamente relacionado con la depresión.

Vemos que las “dudas” (no tenerlo claro), “depresión” y “ansiedad” son estados emocionales relacionados con la inadecuación, la falta de recursos personales, la autoestima y el autoconcepto.

También nos parecía interesante ver la prevalencia de episodios de recaída teniendo en cuenta algunas variables o características de las mujeres que entrevistamos. Es así como encontramos cierta asociación entre ser portadora de VIH y haber experimentado episodios de recaída (Tabla 83).

Tabla 83. Episodios de recaída y VIH. Porcentajes y valores absolutos

| Portadora de VIH | Sí | | No | |
|-----------------------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| Episodios de recaída | | | | |
| Sí | 82,6% | 19 | 45,5% | 15 |
| No | 17,4% | 4 | 54,5% | 18 |
| TOTALES | 100% | 23 | 100% | 33 |

Aunque la recaída es frecuente en el proceso terapéutico de cualquier consumidor de drogas nos llama la atención que de las 23 portadoras de VIH, 19 (el 82,6%) hubiera experimentado episodios de recaída. La historia de consumo acarrea una serie de consecuencias que siguen afectando a la vida de las personas, aunque el consumo haya cesado. Es posible que una consecuencia tan vital y presente como el VIH afecte al estado anímico y a las expectativas de futuro de la persona afectada y a su vez se constituya como antecedente y consecuencia de la recaída.

Otras de las variables que nos interesaba asociar era la recaída y sus causas con la existencia de intentos de suicidio (Tabla 84).

Tabla 84. Causas de las recaídas e intentos de suicidio. Porcentajes y valores absolutos

| Intentos de suicidio | Sí | |
|--|-------|----|
| | % | N |
| Causas de las recaídas | | |
| Salud | 8,3% | 1 |
| Depresión | 50,0% | 6 |
| Ansiedad | 16,7% | 2 |
| No tenerlo claro | 16,7% | 2 |
| Familia (peleas, muertes) | - | |
| Pareja (peleas, separaciones, muertes) | 8,3% | 1 |
| soledad | - | |
| TOTALES | 100% | 12 |

Parece que entre las mujeres usuarias de drogas que han tenido intentos de suicidio y episodios de recaída (12 de 56), la depresión sigue siendo el factor con mayor peso en una y otra variable.

El análisis cualitativo de la información permite una mejor comprensión de las situaciones asociadas a la recaída en las mujeres de la muestra.

Depresión, soledad...

“me siento mal, me deprimó cuando veo cómo estoy y eso me hace beber... tengo la sensación de que he bebido toda mi vida”

“sí, he estado sin consumir 7 meses pero no estaba a gusto; tenía dolores de cabeza, estaba tomando retrovirales, estaba en pleno cambio de vida, con trabajo, también estaba en el curso y me veía en un espacio súper reducido y lo pasaba mal, fueron navidades... y al dejar el curso y el trabajo, con las navidades....me sentía sola...Me intenté suicidar y levanté cabeza cuando ingresé nuevamente aquí...”

No tenerlo claro...

“en acogida, me escapé. Con el tiempo pienso que fue para darme cuenta de lo decidida que estaba. Me dejó fatal y desde entonces... no he tenido recaídas”

“no sé...muchos, no había un motivo concreto... apatía, falta de continuidad.. no me encontraba bien. Todo me parecía una mierda”

“sí. No quería dejarlo y me buscaba problemas más gordos...”

Ansiedad...

“la ansiedad que hace que no te llene nada y de la angustia recurre un poco a la droga”

Problemas con la pareja...

“sí, recaí al de pocos meses de empezar el programa. Me plantearon una posible ruptura con mi pareja y lo llevé fatal. Abandoné un tiempo y después volví”

“la recaída la provocó la separación del padre de mi hijo: le descubrí distinto a como me lo había imaginado; no le importaba el crío, no le importaba nada yo...”

“sí, he tenido tres recaídas. Las tres fueron por lo mismo, por las rupturas de pareja”

“se debió a la falta de apoyo de mi pareja. Fue cuando me quedé viuda. Conocí a esta persona que estaba consumiendo cocaína. Pensaba que la cocaína no era tan adictiva y me confundí”

5.9 Relación familiar

En opinión de Mercedes Rodríguez (2002), la familia tiene la misión de estructurar la vida de los dos sexos para asegurar las funciones de procreación y crianza de los hijos por generaciones y ésta es diferente en hombres y en mujeres, lo que da lugar a una percepción diferente en cuanto a sentimientos y comportamiento en la realidad entre los dos sexos. Según Walters (1991), la familia asigna tareas instrumentales y de mayor autonomía a los chicos y tareas emocionales (mantener relaciones, crianza) a la mujer. Así, los síntomas de inmadurez se muestran de forma concreta. La mujer presenta síntomas de dependencia (búsqueda de aprobación, conciliación) y los hombres son más independientes a través de estrategias de aislamiento emocional. Sin embargo, a pesar de los síntomas de dependencia, las mujeres drogodependientes presentan más situaciones de semiautonomía que los varones. También salen de casa antes que los hombres (Rodríguez, 2002).

Para esta autora, otras de las características de la relación familiar de las mujeres drogodependientes son:

- carencias en la intimidad o en la confianza con la madre, pese a reconocerlas como buenas madres y calificarlas como tales
- las madres de estas mujeres han tenido historias duras en su infancia (abandonos, responsabilidades precoces, etc.)
- no han tenido espacio ni tiempo para establecer intimidad con su hija ni en la infancia ni en la adolescencia
- las hijas no cuentan a las madres sus problemas de drogodependencia. Creen que deberían de aliviar la carga materna y no añadir más problemas. En este sentido, la familia es informada muy tarde o no es informada (sólo a través de situaciones límite, hechos fortuitos...) de la drogodependencia de la hija
- las madres se hacen cargo más fácilmente de la problemática del hijo varón drogodependiente, asumiendo en mayor medida la responsabilidad y las consecuencias de su consumo de drogas.

Bowlby (1969) decía que el cerebro recibe y guarda en la memoria la información sobre el ambiente y sobre las habilidades para enfrentarse a él y ésta se almacena en forma de modelos que una vez organizados, se hacen resistentes al cambio. Nuestro modelo relacional primordial es el familiar, y en concreto el que establecemos con nuestra madre. Hemos visto que hay diferencias en la relación

que la madre establece entre los hijos y las hijas. Por otra parte, los estudios argumentan que la predisposición a sufrir ansiedad o depresión es mayor si el padre o la madre han sufrido estos trastornos, si bien el peso de la genética y el peso del aprendizaje están por dilucidar.

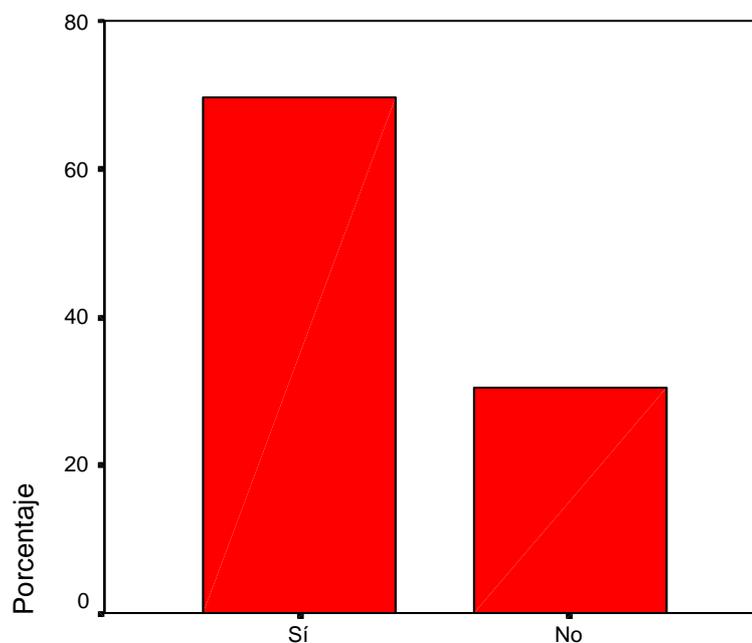
En nuestro estudio, cuando preguntamos a las mujeres acerca de la existencia de algún otro familiar con problemas de drogodependencia, el 69,6% de ellas confirmó esta circunstancia (Tabla 85).

Tabla 85. Existencia de algún familiar con problemas e drogodependencia en la familia de las entrevistadas. Porcentajes y valores absolutos

| Familiar con problema de drogodependencia | Sí | | No | | TOTALES | |
|---|------|----|------|----|---------|----|
| | % | N | % | N | % | N |
| | 69,6 | 39 | 30,4 | 17 | 100% | 56 |

Observemos visualmente la prevalencia de otros problemas de toxicomanía en el seno familiar de las mujeres entrevistadas (Gráfico 8).

Gráfico 8. Existencia de familiares (padres y/o hermanos consumidores de drogas)



¿hay algún familiar con problemas de toxicomanía?

Si tenemos en cuenta la sustancia de abuso de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio, comprobamos que hay un mayor porcentaje de familiares consumidores de drogas entre las adictas a heroína y otros opiáceos (Tabla 86).

Tabla 86. Existencia de otro familiar con problemas de drogodependencia en el contexto de las entrevistadas y sustancia de abuso de la mujer. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | Totales |
|---|----------|---------|---------|---------|
| Familiar con problema de drogodependencia | 71,7% 33 | 62,5% 5 | 50% 1 | 100% 56 |

De las mujeres que tienen en su contexto familiar algún familiar con problema de drogas (39 de las 56 mujeres) un 66,7% menciona un padre con problemas de alcoholismo y un 33,3% nombra a hermanos y/o hermanas con problemas por el uso de drogas ilegales (Tabla 87).

Tabla 87. Existencia de algún familiar con problemas e drogodependencia. Porcentajes y valores absolutos

| Relación de parentesco | % | N |
|------------------------|-------|----|
| Padre | 66,7% | 26 |
| Hermanos/as | 33,3% | 13 |
| TOTALES | 100% | 39 |

El tipo de droga que se consume mayoritariamente en la familia es el alcohol (Tabla 88). En algunos casos existe un consumo simultáneo de varias sustancias (alcohol y sustancias ilegales).

Tabla 88. Droga consumida mayoritariamente en el contexto familiar. Porcentajes

| Droga consumida | % |
|-----------------|------|
| Alcohol | 56,1 |
| Drogas ilegales | 43,9 |
| TOTALES | 100% |

Según García (2003) para las mujeres que tienen problemas con el alcohol es más probable que haya alguien significativo en su entorno social inmediato (padre, hermano, marido...) que también sea usuario de alcohol. Cuanto mayor es la frecuencia del consumo por parte de estas personas de referencia, mayor es la

posibilidad de que las mujeres se definan como bebedoras. En este sentido, cinco de las ocho mujeres alcohólicas declara problemas de abuso de sustancias en su familia, sobre todo por parte del padre.

Además del consumo de drogas en el contexto familiar, nos interesaba conocer la existencia de problemas psiquiátricos por parte de los familiares de las entrevistadas. Al fin y al cabo la historia de estas mujeres, como la de todos, está condicionada por el contexto familiar y educativo en el que pasamos algunos de los años más determinantes de nuestras vidas.

De las 56 mujeres de la muestra, 23 (41,1% de la muestra) afirma que alguno de sus familiares padece problemas psiquiátricos (Tabla 89).

Tabla 89. Existencia de problemas psiquiátricos en la familia. Porcentajes y valores absolutos

| | Sí | |
|---|-----------|----|
| | % | N |
| Problemas psiquiátricos Familiar | 41,1% | 23 |
| Padre | 8,7% | 2 |
| Madre | 56,6% | 14 |
| hermanos | 13,0% | 3 |
| otros | 21,7% | 5 |
| TOTALES | 100% | 23 |

En el caso de las usuarias de opiáceos el familiar afectado es la madre y en el caso de las alcohólicas el problema lo tienen los hermanos en mayor medida.

Aunque la información de que disponemos no puede ser contrastada a través de un diagnóstico psiquiátrico, se trata de la percepción de nuestras entrevistadas y de lo que opinan acerca de la salud mental de quienes les rodean. En este sentido, el 41,1% de ellas confirma la existencia de problemas psiquiátricos en su familia, siendo identificada como afectada en mayor medida la madre (56,6%) asociada a un estado de depresión (50,0%) como dato destacable (Tabla 90).

Tabla 90. Existencia de problemas psiquiátricos en la familia. Porcentajes

| Problemas psiquiátricos | |
|--------------------------------|-------------|
| Depresión | 50,0% |
| Comportamientos extraños | 22,6% |
| Alzheimer | 13,8% |
| Locura | 9,1% |
| esquizofrenia | 4,5% |
| TOTALES | 100% |

Teniendo en cuenta la sustancia de abuso de las mujeres entrevistadas, la distribución de los datos es la siguiente (tabla 91).

Tabla 91. Existencia de problemas psiquiátricos en la familia y sustancia de abuso entre las mujeres entrevistadas. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia Problema | Heroína | | Alcohol | |
|---|----------------|-----------|----------------|----------|
| Problemas psiquiátricos Familiar | | | | |
| Padre | 5,3% | 1 | 25% | 1 |
| Madre | 68,3% | 13 | - | |
| hermanos | 5,3% | 1 | 50% | 2 |
| otros | 21,1% | 4 | 25% | 1 |
| TOTALES | 100% | 19 | 100% | 4 |

Algunas de las características de las mujeres de nuestra muestra cuya madre, en opinión de la entrevistada, padece un cuadro depresivo son:

- Se trata de usuarias de drogas que han alcanzado un nivel de estudios primarios o carece de estudios en un 70% de los casos.
- la edad de abandono o finalización de los mismos está en torno a los 12-14 años y a los 18-20 como franjas que ocupan el 100 % de los casos.
- las razones atribuidas a este cese de los estudios son el “fracaso escolar” y “encontrar trabajo” en un 72,7% de los casos.

- la edad del primer consumo se produce antes de los 16 años (72,7% de los casos).
- la sustancia problema por la que inician tratamiento es la heroína (90,0%).
- la experimentación y posterior hábito con las sustancia de abuso se produce con la pareja y con amigos (100% de los casos).
- el 63,7% de estas mujeres reconoce haber vivido episodios de recaída en el consumo de la sustancia que originó la demanda de tratamiento.

El 73,2% dice recordar una “buena relación con su familia” antes del consumo, sin embargo, la relación actual con la misma, sólo es buena en un 33,9% de los casos, regular en el 27,9% y mala en el 48,2%. Es un resultado un tanto paradójico, a no ser que los recuerdos no sean tan fiables como pudiéramos pensar o que el período de consumo haya contribuido a deteriorar las relaciones (Tabla 92).

Tabla 92. Tipo de relación en el pasado y actual con la familia. Porcentajes y valores absolutos

| Tipo de relación | Relación pasada | | Relación actual | |
|------------------|-----------------|----|-----------------|----|
| | % | N | % | N |
| Buena | 73,2% | 41 | 33,9 % | 19 |
| Regular | 7,1% | 4 | 17,9% | 10 |
| Mala | 5,4% | 3 | 48,2% | 27 |
| Inexistente | 14,3% | 8 | - | |
| TOTALES | 100% | 56 | 100% | 56 |

5.10 Existencia de maltrato y/o abusos físicos, psicológicos y/o sexuales

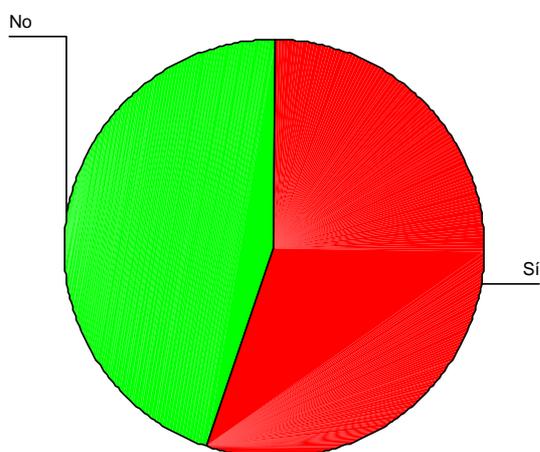
Los actos violentos incluyen una multitud de variaciones como la intimidación verbal, emocional y/o física a través de comportamientos muy variados que oscilan entre los más evidentes a otros de mayor sutileza (Rodríguez y otros, 2002).

Para las autoras de este estudio, dos son las reflexiones que nos suscita el tema. La primera tiene que ver con la constatación en diversas investigaciones de que existe una relación entre el abuso sexual y el maltrato físico en la infancia y el uso y abuso de sustancias psicoactivas en momentos evolutivos posteriores. Y, por otro lado, la situación de vulnerabilidad que genera el hecho de ser una mujer usuaria de drogas frente a este tipo de conductas violentas.

La entrevista pretendió conocer y confirmar la relación entre las variables “consumo de drogas” y “maltrato” (de cualquier índole) y ver si se confirmaban las hipótesis una u otra (quizás las dos) anteriormente referidas.

La pregunta que se formuló a las entrevistadas fue la siguiente “¿has sido víctima de maltrato o abuso, físico, psicológico o sexual por parte de alguien?” (ver Anexo 2). El 55,4% de nuestras entrevistadas declaró haber sido objeto de tales comportamientos en algún momento de su vida (Gráfico 9).

Gráfico 9. Existencia de maltrato y/o abuso físico, psicológico y/o sexual.



Si dividimos la muestra en función de la sustancia objeto de abuso, observamos en la tabla 93 que la usuarias de opiáceos han sufrido abusos sexuales en mayor medida mientras que las mujeres alcohólicas han sido víctimas de abusos físicos (maltrato físico como palizas, golpes etc.) y psicológicos (insultos, desvalorización, acoso moral, etc.) mayoritariamente (Tabla 93).

Con respecto a la existencia de abuso y/o maltrato por parte de alguien, el 50,0% de las consumidoras de alcohol declararon haber pasado por esa experiencia. Dos reconocen abusos físicos y otras dos declararon haber padecido abuso o maltrato psicológico.

Tabla 93. Existencia de maltrato y/o abuso físico, psicológico y/o sexual y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia Problema | Heroína | | Alcohol | | Cocaína | | Total muestra | |
|-------------------------------|----------------|-----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------------|-----------|
| Tipo de maltrato/abuso | | | | | | | % | N |
| Físico | 26,9% | 7 | 50,0% | 2 | 100% | 1 | 32,3% | 10 |
| Psicológico | 30,8% | 8 | 50,0% | 2 | - | - | 32,3% | 10 |
| sexual | 42,3% | 11 | - | - | - | - | 35,4% | 11 |
| TOTALES | 100% | 26 | 100% | 4 | 100% | 1 | 100% | 31 |

Con respecto al tipo de experiencia y teniendo en cuenta el número de mujeres que han sido maltratadas (31) en la muestra general (56), sin la división por sustancias, en un 32,3% de los casos el abuso o maltrato es físico, en otro 32,3% de los casos se trata de abusos o maltrato psicológico y en un 35,4% de las casos el abuso es de carácter sexual (Tabla 93).

Con respecto a la edad de ocurrencia de esta experiencia, para el 19,4% de estas mujeres el incidente ocurre antes de los 9 años; en el caso del 25,8% de las maltratadas la experiencia ocurre entre los 10 y los 16 años y el 54,8% la recuerda después de los 17 años (Tabla 94).

En este caso comprobamos que la totalidad de las mujeres maltratadas experimentó estos abusos a edades tempranas, posiblemente en una etapa previa a la instauración de la adicción. Parece, pues, que en el caso de las mujeres de nuestra muestra, la experiencia de maltrato es un factor antecedente al consumo de drogas.

Tabla 94. Edad de ocurrencia de la experiencia (puede ser de forma repetida) de abuso o maltrato. Porcentajes y valores absolutos

| Edad de la experiencia | % | N |
|-------------------------------|-------------|-----------|
| Antes de los 9 años | 19,4% | 6 |
| De 10 a 16 | 25,8% | 8 |
| Después de los 17 | 54,8% | 17 |
| TOTALES | 100% | 31 |

La agresión, en la mayoría de los casos, se desarrolla en el entorno familiar y el agresor es alguien cercano a la víctima (Subijana, 2001).

Si tenemos en cuenta el carácter del maltrato vemos que en el caso de los abusos físicos, el agresor es un familiar o vecino (50,0%) y en segundo lugar el padre (40,0%). En cuanto al maltrato psicológico, éste lo ejerce mayoritariamente el padre (50,0%) mientras que la figura abusadora en el caso del las agresiones sexuales corresponde a tíos, vecinos u otras personas cercanas a la afectada (81,8%) (Tabla 95).

Tabla 95. Relación de la encuestada con el agresor. Tipo de maltrato/abuso. Porcentajes

| Tipo de abuso/maltrato | Físico | Psicológico | Sexual |
|--------------------------------|--------|-------------|--------|
| | 10 | 10 | 11 |
| Relación con agresor/a | | | |
| Padre | 40,0% | 50,0% | 18,2% |
| Madre | - | 20,0% | - |
| Hermanos | 10,0% | - | - |
| Otras personas (tíos, vecinos) | 50,0% | 30,0% | 81,8% |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

Algunos de los testimonios de las mujeres abusadas son estos:

“sí... mi padre siempre ha sido muy dictador y le tienes miedo. Más que respeto es miedo lo que le teníamos. Igual eso te hacía volverte más... basta que no me dejes para que me vaya, pero siempre ha sido muy machista. En mi casa los chicos el pelo corto y las chicas el pelo largo y así... las chicas hacen las cosas y los chicos no. Y ha sido siempre así, el típico padre que te pega cuando te portas mal. No era un padre con el que se podía hablar como un padre porque nunca ha sido de sentarse a hablar con él, así como a mi madre siempre le contaba todo, a él nunca”

“psicológico, por mi padre. Siempre he sido muy rebelde, desde que tengo uso de razón, desde siempre, lo que sale en la TV de mujeres maltratadas, en mi casa igual, todos hemos hecho carrera. Mi madre ha sufrido palos a cuenta de mi padre... lo que hoy sale en la tele es broma para lo que yo he visto en mi vida...”

“sí, por parte de mi padre. Físico, psicológico y sexual. Por parte de mis parejas, psicológico... me decían que no valía nada, hablándome mal, estaba con él porque yo necesitaba la droga, así de sencillo... que no valía para nada, que era una torpe. Y me dejó él. No le mandé a la mierda, no”

“físico y psicológico por parte de mi padre... fue un hecho continuado durante bastante tiempo”

“con 11-12 años mi padre Intentó abusar de mi sexualmente. Cuando tenía 14 años mi primo se metió en la cama conmigo... fue un hecho aislado también... Antes no podía hablar de ello, ahora sí”

“mi padre ha sido autoritario. Analfabetos los dos... han sido personas con pocos recursos. Mi padre me ha maltratado físicamente y psicológicamente. No fue un hecho aislado, sino continuo. Llegaba borracho y he visto discusiones entre ellos. Me metía en la habitación y les oía gritar entre ellos...Después, entrar a separarlos. Han sido muchos años así. Llegar a las manos sí ha sido un hecho aislado pero maltrato y chillidos... todos”

“por parte de mi padre, físico y psicológico. A todos nos ha tratado mal. Él era profesor, llegaba a casa y tenía 8 hijos y dice que volvería a tener otros 8, pero cuidarlos no. Mi madre nos cuidaba y procuraba darnos lo que mi padre no nos daba. Cuando alguien iba a sufrir un castigo estábamos todos a la expectativa... y seguimos haciéndolo”

“maltrato físico por parte de mi padre. Lleva dos años fallecido. Y maltrato psicológico también”

“sí, mi hermano, cuando era pequeña me maltrató físicamente: palizas, golpes... y alguien en el barrio también, con 6 años abusó de mi sexualmente”

“sí, por parte de un vecino. Yo tenía 5 años. Fue un abuso sexual”

“sí, el dueño del supermercado, cuando éramos pequeños. Lo típico, que te manda tu madre a un recado y entrabas en el supermercado; te agarraba por atrás y te empezaba a toquetear y todo el rollo, con 6 años, y eso me marcó mucho porque mi madre me mandaba al supermercado y yo no quería ir. Me ha costado hablar de ello”

“sí, de adolescente, fue un conocido... un abuso, sexual... hablé de ello en el tratamiento. Fue un hecho aislado, aunque sí que he tenido mas rollos así... de ese tipo sobretodo durante la adolescencia, cuando empezaba a salir, tonterías de esas que te hacen los tíos de querer abusar y demás... por eso sí he pasado siendo adolescente...”

Orte (2002) señala que “los estudios sobre las consecuencias de la violencia sexual a corto y largo plazo incluyen conductas de aislamiento, baja autoestima, sentimientos de culpa, miedo a los hombres, ataques de ansiedad, trastornos del sueño, tendencia al consumo de drogas y alcohol, tendencia al suicidio y a la automutilación, promiscuidad sexual y riesgo de prostitución, embarazo,

problemas de identidad sexual, desordenes múltiples de la personalidad y desórdenes de la alimentación, conductas antisociales, sentimientos de aislamiento y estigmatización. Las experiencias son consideradas muy traumáticas, porque el perpetrador suele ser el padre o padrastro, teniendo como consecuencia un mayor sentimiento de traición y de pérdida de la confianza, mayores trastornos familiares, menor apoyo emocional”. Concluye la autora que los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y/o la drogadicción como mecanismo de afrontamiento de ese suceso estresante o como consecuencia del estigma, lo que llevaría a relacionarse con grupos marginales.

Atendiendo a las conclusiones anteriores quisimos relacionar la variable maltrato con la variable ejercicio de la prostitución. En la tabla 96 vemos que el 63,2% de las mujeres que han sido víctimas de maltrato o abuso se han prostituido en algún momento de su vida.

Tabla 96. Existencia de abusos y ejercicio de la prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Víctima de abuso/maltrato | Sí | | No | |
|-------------------------------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| Ejercicio de la prostitución | | | | |
| Sí | 63,2% | 12 | 36,8% | 7 |
| No | 52,8% | 19 | 47,2% | 17 |
| Ns/nc | - | | 4,0% | 1 |

Existe bibliografía que correlaciona algunas deficiencias en la modulación de la agresividad individual con determinadas actitudes y comportamientos de los padres y madres o mayores hacia los niños y niñas. Según Tobeña (2003), aunque en los trabajos pioneros de Harlow no se pudo entender “ahora ya disponemos de muchos datos que informan sobre cómo el contacto táctil *amable* es capaz de modificar la organización de algunos de los sistemas neuroendocrinos que regulan la afectividad, la empatía y el apego social”.

Según el mismo autor, “la experiencia del aislamiento social precoz deja trazos muy duraderos en el cerebro. La organización de sistemas endocrinos que intervienen en la modulación de la agresividad, la afectividad y la respuesta al estrés, se ve claramente afectada. El funcionamiento neuroendocrino de muchachos y muchachas que han sufrido historias de abandono, desatención y malos tratos físicos o psicológicos presenta algunas concomitancias con los animales que han sufrido aislamiento precoz o una historia de estrés crónico durante las primeras etapas de la vida”.

En nuestra muestra, una proporción elevada de mujeres ha estado en entornos familiares conflictivos y/o abandonados. El consumo de alcohol por parte del padre, el consumo de drogas ilegales por parte de los hermanos y los síntomas depresivos maternos crean un entorno difícil para la comunicación. Recordamos, además, la existencia de numerosos miembros familiares (media de 4 hermanos por encuestada). Todo ello nos hace suponer que el consumo de drogas precoz por parte de las mujeres de la muestra sea una salida al sufrimiento y un modulador de la ansiedad y el estrés.

Rodríguez Díaz y otros (2002) manifiestan que si bien la existencia de abusos y/o maltrato en la infancia no determina la presencia de conductas de consumo de drogas en la adolescencia o en la adultez, entre las personas que consumen drogas sí hay una prevalencia más alta de conductas de violencia, maltrato y/o abusos físicos, psicológicos y/o sexuales. Según los autores “existe abundante documentación que nos indica que el haber padecido abuso se ha asociado a una mayor probabilidad de abuso de sustancias posterior por quien ha sido víctima de él. Incluso mujeres alcohólicas manifiestan una propensión a informar de historias de abusos emocionales en la infancia que las no alcohólicas”.

En nuestro estudio comprobamos que el esquema que se repite en las familias de origen de las mujeres encuestadas con problemas de abuso de sustancias corresponde a aquel en el que:

1. se da una mayor proporción de padres con problemas de alcohol
2. existencia en torno al 50% de problemas psiquiátricos en la familia, sobre todo problemas de depresión en la figura materna
3. existen experiencias de abuso o maltrato físico, psicológico y/o sexual, por parte de padres, hermanos y otras figuras masculinas cercanas.

5.11 Relaciones afectivas

En el momento de llevar a cabo el estudio el 78,6% (44) de las mujeres entrevistadas tenía pareja afectiva (Tabla 97).

Tabla 97. Existencia actual de pareja afectiva. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de pareja afectiva actualmente | | |
|---|-------|----|
| Sí | 78,6% | 44 |
| No | 21,4% | 12 |

El 36,4% de estas mujeres conoció a su pareja después de terminar el tratamiento de deshabitación. El 27,3% la conoció durante el tratamiento, un 22,7% de las que tiene pareja la conoció durante su etapa de consumo de drogas y un 13,7% comenzó esta relación antes de iniciarse el uso de sustancias (Tabla 98).

Tabla 98. Momento del establecimiento de la relación de pareja. Porcentajes y valores absolutos

| Cuándo la conoció | | |
|------------------------------|-------------|-----------|
| Antes de la etapa de consumo | 13,7% | 6 |
| Durante el consumo | 22,7% | 10 |
| Durante tratamiento | 27,3% | 12 |
| Después del tratamiento | 36,4% | 16 |
| TOTALES | 100% | 44 |

La pareja actual de estas 44 mujeres también ha sido consumidora o usuaria de drogas en un 55,4% de los casos. El 16,1% de las mujeres declara que en el momento de la entrevista su pareja estaba consumiendo (Tabla 99).

Tabla 99. Relación de la pareja actual con el consumo de sustancias. Porcentajes y valores absolutos

| | % | N |
|----------------------------------|--------------|-----------|
| Tiene pareja | 78,8% | 44 |
| | | |
| Ha sido consumidora | 54,4% | |
| Es consumidora | 16,1% | |
| No tiene nada que ver con drogas | 29,5% | |

Como vemos en la tabla precedente, la mayoría de las parejas de las mujeres entrevistadas tiene o ha tenido relación con las drogas. La relación comienza cuando la mujer está consumiendo activamente (probablemente él haya sido la pareja con la que ha consumido habitualmente) o surge durante el tratamiento, suponiendo sin muchas dudas que él sea otro de los pacientes del programa de deshabitación.

A este respecto deberíamos recordar la cuestión que hacía referencia a la tendencia por parte de las mujeres al establecimiento de un vínculo de apego "excesivo" con los miembros masculinos del grupo terapéutico durante el desarrollo del programa de tratamiento. Por otro lado conocemos la dificultad de la mujer para la separación afectiva y la subsiguiente vivencia de soledad, a pesar

de las advertencias que, sin duda, se realizan desde los dispositivos sanitarios acerca de la dificultad y la inconveniencia de dichas relaciones. En ocasiones, la posibilidad de la pérdida de esta relación de pareja es el factor antecedente del abandono del programa terapéutico y/o la recaída en el consumo de drogas.

Si dividimos a las mujeres en grupos en función de la sustancia de abuso observamos que entre las mujeres usuarias de alcohol con pareja (6) es mayor el porcentaje de vínculos en los que la pareja no tiene ninguna relación con el uso o abuso de drogas (Tabla 100). Por el contrario, entre las mujeres con problemas de abuso a opiáceos el 72,2% de sus parejas ha sido o es consumidora de drogas.

Tabla 100. Relación de la pareja actual con el consumo de sustancias y sustancia de abuso por parte de la entrevistada. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | Total muestra |
|----------------------------------|----------|---------|---------|---------------|
| Tiene pareja | | | | |
| Ha sido consumidora | 52,8% 19 | 16,6% 1 | 100% 2 | 55,4% 22 |
| Es consumidora | 19,4% 7 | 33,4% 2 | - | 16,1% 9 |
| No tiene nada que ver con drogas | 27,8% 10 | 50,0% 3 | - | 28,5% 13 |
| TOTALES | 100% 36 | 100% 6 | 100% 2 | 100% 44 |

Consideramos que el mantenimiento de una relación de pareja entre personas que han sido o son usuarias de drogas añade cierta dificultad de afrontamiento de determinadas situaciones de riesgo para la vuelta al consumo. Máxime si la pareja mantiene una situación de consumo activo.

Aún así, el 86,4% de las mujeres con pareja definió esta relación como satisfactoria (tabla 101).

Tabla 101. Valoración de la relación de pareja. Porcentajes y valores absolutos

| Tipo de relación | % | N |
|--------------------------|-------|----|
| Relación satisfactoria | 86,4% | 38 |
| Relación insatisfactoria | 4,5% | 2 |
| Otros casos | 9,1% | 4 |
| TOTALES | 100% | 44 |

El tiempo medio de mantenimiento de la relación es de 5 años; es decir, en el momento de ser entrevistadas, la relación de pareja cumplía una media de 5 años de su constitución (Tabla 102).

Tabla 102. Tiempo de relación con la pareja. Porcentajes y valores absolutos

| Tiempo de relación | % | N |
|--------------------|-------|----|
| Menos de 1 año | 18,8% | 8 |
| De 1 a 3 años | 6,7% | 3 |
| De 3 a 5 años | 29,4% | 13 |
| De 5 a 8 años | 15,8% | 7 |
| De 8 a 1 años | 6,7% | 3 |
| Más de 11 años | 22,6% | 10 |
| TOTALES | 100% | 44 |

Al hablar de la pareja no podemos olvidar un tema que hemos desarrollado en páginas anteriores. Se trata de la existencia de abusos o malos tratos por parte de las parejas de las mujeres entrevistadas. Esta pregunta no sólo se refiere a la existencia de estas conductas por parte de la pareja actual sino que incluye otras parejas con las que las mujeres han establecido un vínculo en algún otro momento de su vida.

A la pregunta de si ha habido abuso o maltrato por parte de alguna o algunas de las parejas (la actual u otras anteriores), el 84% de las mujeres dice que sí lo ha habido; y en este caso, el 56,8% lo define como abuso/maltrato psicológico, el 35,1% como físico y el 5,4% de abuso sexual.

Tabla 103. Existencia de abuso/maltrato por parte de alguna de sus parejas. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de abuso/maltrato | | |
|------------------------------|-------|----|
| Sí | 84,0% | 37 |
| No | 16,0% | 7 |
| TOTALES | 100% | 44 |

Tabla 104. Existencia de abuso/maltrato por parte de alguna de sus parejas y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | Totales |
|-------------------------------------|----------|---------|---------|----------|
| Existencia de abuso/maltrato | | | | |
| Sí | 65,2% 30 | 75,0% 6 | 50,0% 1 | 84,0% 37 |
| No | 16,6% 6 | - | 50,0% 1 | 16,0% 7 |
| TOTALES | 100% 36 | 100% 6 | 100% 2 | 100% 44 |

Volvemos a los testimonios:

“he sido maltratada por mi marido. No han sido abusos sexuales pero insultos sí. Venía cocido y había que aguantarle muchas veces”

“sí, por parte de mi marido. Han sido repetidos. Me ha maltratado psicológica y físicamente”

“sí, he recibido maltrato psicológico por parte de mi marido. El hecho de tenerme que callar y tener él siempre la última palabra, porque si no... recibo lo que no quiero recibir. Eso me revuelve muchísimo”

“sí, por parte de mi pareja. Ha sido maltrato psicológico, insultos, malos modos, etc.”.

“El padre de mi hija me pegaba. No sé los años que estuve con él. Fue un hecho continuado. Se volvió continuo. El era yonki y no sé muy bien porqué me pegaba”.

“mi ex marido se cogía borracheras... tenía 22 años cuando le conocí. Con este....a veces se pasaba un poco. Hemos tenido discusiones y me ha dado patadas, pero no demasiado grandes”

“Maltrato físico y psicológico por parte de mi anterior compañero. Tres años de maltrato y ruptura violenta. De los 30 a los 40 la relación con mi compañero fue violenta. El trato era vejatorio, de los que te minan, vamos. Quizá no demasiado externo ni evidente pero sí destructivo”

“ He sufrido maltrato físico y psicológico de forma aislada durante 5 años, de una anterior pareja. Es la pareja que tenía cuando decidí dejar las drogas”

“sí, me han maltratado varias de mis parejas. Mi primera pareja era yonki y bebedor. No tenía una medida nunca. Yo no quiero ser víctima. Yo no estaba atada con una cadena. Hombre....yo que creo es que el hecho de que estuviera

enganchada hacía que todavía viera menos salida. Era dependiente a él o a cualquiera que me demostrara que yo valía un poco”

“recibí maltrato por parte del último chico con el que salí. Me desvaloraba ...o igual es que yo no he sido muy consciente y lo justificaba...”

En la mayoría de los testimonios se hace referencia al maltrato recibido por parte de parejas anteriores. Parece que no existe ese tipo de trato por parte de la pareja actual o es difícil reconocer la existencia del mismo en el presente. Es posible que el autoengaño o la negación funcione en este caso como un mecanismo de defensa. En cualquier caso, es más fácil hablar del pasado al referirnos a experiencias dolorosas y traumáticas (cuando encontramos el entorno adecuado) que del momento actual. Recordemos que existe en torno a un 16,0% de mujeres cuya pareja actual es consumidora de drogas. ¿Es posible una vida normalizada en esta situación?, consentir esta situación ¿no es un tipo de maltrato o incluso de autoagresión?

En los EE.UU, Fazzone y otros (1997) relacionan el fenómeno de la violencia doméstica con el consumo de drogas. El 30% de las pacientes femeninas, consumidoras o no de drogas sin síndrome postraumático han sido víctimas de la violencia doméstica. Las agresiones físicas ocurren entre el 8% y el 13% de los matrimonios. Cuanto más frecuente es el consumo de drogas en el ámbito cotidiano de la pareja la violencia aumenta en intensidad y frecuencia.

Tabla 105. Consumo activo de la pareja y consumo de sustancias por parte de las mujeres con este perfil de vínculo afectivo. Valores absolutos

| Pareja consumidora | Si | No | TOTALES |
|--|-----------|-----------|----------------|
| Consumo actual de alguna droga por parte de la entrevistada | | | |
| Alcohol | 3 | 4 | 7 |
| Haschis | 3 | 4 | 7 |
| Cocaína | 1 | 2 | 3 |
| Pastillas | - | 1 | 1 |
| No consumo | 2 | 24 | 26 |
| TOTALES | 9 | 35 | 44 |

Vemos en la tabla precedente que 7 de las 9 mujeres que tenían pareja consumidora en ese momento, estaban a su vez consumiendo drogas.

Una de las posibles hipótesis que justifica la aceptación por parte de las mujeres de los malos tratos y abusos y la dificultad para romper una relación donde existe

este tipo de comportamientos es la de la existencia de un vínculo de dependencia relacional.

Sirvent (2002) ha estudiado ampliamente este fenómeno y llega a establecer una clasificación de este tipo de dependencia en categorías tales como:

1. Dependencias relacionales genuinas: caracterizadas por la aparición de fenómenos de

- dependencia emocional o afectiva
- adicción al amor
- apego ansioso o trastornos de personalidad (por dependencia, límite y antisocial, fundamentalmente)

2. Dependencias relacionales mediatizadas (originadas por trastornos adictivos, sobre todo a drogas)

- codependencia
- bipedendencia

Para este autor la codependencia o síndrome de “yo te salvaré” es la dependencia relacional de un sujeto no adicto respecto de un sujeto adicto. En las mujeres adictas el proceso de dependencia relacional más común es la bidependencia, ya que ésta se establece a dos niveles: dependencia al compañero (afectivo-sexual) y dependencia a la sustancia. Serían varias las características de este proceso.

- a) se vive la relación como un hábito “acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía”, con tendencia a la reiteración.
- b) Hay una falta de conciencia del problema
- c) Se produce una delegación en la toma de decisiones
- d) existen dos subtipos: autodestructiva (más frecuente en mujeres) y parasitaria (frecuente en varones):

AUTODESTRUCTIVA

necesidad de la pareja obsesiva y pasionalmente

se somete a la pareja, inescapabilidad

analogía con trastornos de la personalidad límite y dependiente

PARASITARIA

utiliza a la pareja para fines propios

somete a la pareja, posesión

analogía con trastornos de la personalidad límite y antisocial

Sirvent, 2002.

Al relacionar este supuesto teórico con la experiencia de las mujeres entrevistadas en este estudio comprobamos que el 92,9% de las mujeres de la muestra empezó a consumir con la pareja y/o los amigos (Tabla 45). Parece que las circunstancias concomitantes a la experimentación e inicio en el consumo de drogas se mantienen a lo largo del proceso adictivo y también en el proceso de recuperación.

Recordemos que casi 8 de cada 10 mujeres de la muestra mantienen en la actualidad una relación afectiva. En un 55,4% de los casos esta pareja ha sido consumidora y un 16,1% de las mujeres declara que actualmente su pareja está consumiendo.

Desde nuestra experiencia en trabajo el asistencial comprobamos que es habitual que durante el proceso de tratamiento las mujeres se vinculen emocional y/o sexualmente con otro usuario del programa. Pensamos que a veces aparecen mecanismos psíquicos compensatorios y la fijación en un varón como respuesta a situaciones extremas de ansiedad y estrés. El establecimiento de estos vínculos con otras personas consumidoras puede llegar a constituirse como un problema de bidependencia (dependencia al consumo de drogas y a la relación afectiva) y como tal se convierte en un factor de riesgo para el mantenimiento de la abstinencia.

Revuelta, Sánchez y Lete (2000), realizan una investigación sobre la dependencia relacional, en la que señalan algunas características de las mujeres dependientes como son:

- incapacidad de tomar decisiones en la cotidianidad, “o no están dispuestas a hacerlo a menos que cuenten con el consejo y el apoyo de otras personas”
- dificultades para iniciar proyectos o valerse por sí mismas
- sienten temor a ser abandonadas y al finalizar una relación estrecha manifiestan sentimientos muy fuertes de desamparo
- “son fácilmente heridas por la crítica o la desaprobación, tienden a someterse a otros y se esfuerzan mucho por gustar”, llegando a mostrar acuerdo aun creyendo estar equivocadas al hacerlo
- descartan sus propias capacidades y fortalezas, “carecen de autoconfianza”, con crisis de angustia frecuentes ante las nuevas responsabilidades

Parece confirmarse que este fenómeno ocurre en mayor medida en el colectivo femenino. Nuestra hipótesis al respecto hace referencia a algunos de los factores sociales relacionados con la educación impartida en función del género. En este sentido, es posible que la mujer sea educada tempranamente para ser dependiente de la figura masculina y para juzgarse a sí misma en función de la imagen que éste le devuelve. Habitualmente las mujeres buscan su identidad a través de la conexión y vínculo con los demás mientras los hombres buscan la propia intentando diferenciarse.

A pesar de que las mujeres han de trabajar para establecer una identidad propia y separada, socialmente la mujer sola genera sentimientos de desconfianza y compasión (Alborch, 2002). Además más vale poderse mirar en una imagen, aunque sea mala, que no tener espejo en el que mirarse. El padre es el referente de la identidad de ambas, tiene poder sobre ellas. Un hombre no ve en peligro su autonomía y nunca es cuestionada, sin embargo, el aprendizaje para la niña se ha centrado sobre todo en cómo agradar. La figura masculina que buscan en sus parejas sexuales suele ser más parecida a la que ya conocen, y en este caso, la figura masculina de referencia es el padre y/o los hermanos mayores.

Resulta difícil no caer en estereotipos cuando intentamos acercarnos a ciertos temas escasamente estudiados en general o tratados sólo por ciertos entornos. Desde la bibliografía, sólo la literatura feminista recoge estudios y reflexiones sobre la importancia de la relación madre-hija en la estructuración de la propia identidad. Pensamos, a pesar de esto, que es uno de los factores a tener en cuenta a la hora de estudiar la toxicomanía femenina.

Victoria Sau (1986) plantea que el patriarcado se fundamenta en la diada padre-hijo que garantiza la continuidad del sistema y se mantiene gracias a la supresión de la diada madre-hija y hermana-hermana. “Es una relación contra otra relación”, dice la autora. Si creamos en función de lo que vemos, lo que experimentamos y lo que nombramos, la relación madre hija es especial por la escasa representación pública y por la dificultad de definirla desde lo privado.

Otras autoras señalan que “la madre es el primer espejo en el que nos miramos en búsqueda de autoconfirmación y sobre el que se manifiestan los vínculos femeninos posteriores”. La relación madre-hija es el vínculo más íntimo, más intenso, más simbiótico y más simétrico que se conoce entre dos seres humanos (Alborch, 2002).

Recordemos lo que expresamos acerca del perfil de la figura materna de nuestras entrevistadas y de la prevalencia de diagnósticos de depresión de sus madres. En este sentido entendemos que la madre de la mujer adicta no está, como madre, para su hija. Las madres de los varones adictos, como decíamos anteriormente, están ocupando roles muy resistentes a la ruptura de sus funciones y están, además, sobrecargadamente en este rol de cuidadoras. Las madres de las mujeres adictas parece que sencillamente no están.

Para Mercedes Rodríguez (2002) las mujeres con problemas de abuso de drogas son mujeres precozmente adultizadas, sin referentes de una madre cuidadora y privadas de afecto.

Con todo lo dicho, la bidependencia puede aparecer en la mujer adicta como “tabla de salvación” frente a sus dificultades de autonomía e independencia. Para Sirvent (2002) “al margen de la adicción existe una dependencia de personas o situaciones que condicionan relevantemente el quehacer del afectado. El adicto adquiere un hábito pasivizante y se instala en una falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción”.

La dependencia afectiva del varón y la dificultad para decir no, de posicionarse activamente o exigir condiciones, el miedo a la soledad (cuando se percibe como vacío) y la desconexión afectiva lleva a muchas mujeres a soportar abusos físicos, psicológicos y sexuales por parte de sus parejas, convirtiendo la relación en una espiral de la que es difícil salir.

Como dato, recordemos que el 86,7% de la muestra empezó a consumir con una pareja y actualmente el 78,6% tiene pareja afectiva.

5.12 Redes de apoyo y amistad

Cuando preguntamos por las redes sociales con las que contaban nuestras entrevistadas, el 78,6% nos comentó que, efectivamente, disponía de amigos. De estas 44 mujeres que pueden contar con amigos el 43,2% (19) hablaba de “amigos y amigas en igual medida”, el 34,1% (15) tiene como amigas a otras mujeres mayoritariamente y el 22,7% tenía mayoritariamente a hombres entre sus amistades (Tabla 106).

Tabla 106. Existencia de amigos, hombres y mujeres.
Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de amigos | Sí | |
|--------------------------|-------|----|
| | % | N |
| | 78,6% | 44 |
| Sexo de amistades | | |
| Mayoritariamente mujeres | 34,1% | 15 |
| Mayoritariamente hombres | 22,7% | 10 |
| En igual medida | 43,2% | 19 |

De las 56 mujeres entrevistadas, el 35,7% (20) comenta haber vivido dificultades para relacionarse antes ya del tratamiento (Tabla 107).

Tabla 107. Problemas de relación antes del tratamiento y después del tratamiento. Porcentajes y valores absolutos

| Problemas de relación | Sí | | No | | Totales | |
|-------------------------|-------|----|-------|----|---------|----|
| | % | N | % | N | | |
| Antes del tratamiento | 35,7% | 20 | 64,3% | 36 | 100% | 56 |
| Después del tratamiento | 44,7% | 25 | 55,3% | 31 | 100% | 56 |

Estos problemas afectaban mayoritariamente a la incomunicación (36,8%) y la timidez (26,3%). Para el 45,5% (25) de estas mujeres también hubo problemas después del tratamiento, señalando “dificultad para una buena comunicación” como causa principal en el 69,2% de los casos y “soledad” en el 15,4% (tablas 108 y 109).

Tabla 108. Tipo de dificultades de relación antes de los tratamientos.
Porcentajes

| Tipo de dificultad | % |
|-------------------------------------|-------|
| Incomunicación | 35,0% |
| Timidez | 25,0% |
| Soledad | 15,0% |
| No hay/había relación. Sólo interés | 15,0% |
| Cambios de domicilio | 10,0% |
| TOTALES | 100% |

Tabla 109. Tipo de dificultades de relación después de los tratamientos.
Porcentajes

| Tipo de dificultad | % |
|--|-------------|
| Dificultad para una buena comunicación | 66,6% |
| Soledad | 18,5% |
| Perdida antiguas relaciones | 11,1% |
| Perdida de interés | 3,8% |
| TOTALES | 100% |

Vemos que hay una referencia a una situación de incomunicación, timidez y soledad antes de los tratamientos, incluso posiblemente previos a la conducta de consumo. Sin embargo, después de los tratamientos, también hay una proporción elevada de mujeres que dice experimentar dificultades para “una buena comunicación”.

Siguiendo con el tema de la comunicación y las relaciones, preguntamos a las mujeres su opinión sobre la el contacto que se establece entre hombres y mujeres consumidores de drogas y otras cuestiones. Para ello seleccionamos tres preguntas:

- a. relación entre hombres consumidores y mujeres consumidoras
- b. relación entre hombres consumidores
- c. relación entre mujeres consumidoras

Con respecto a la primera cuestión, el porcentaje mayor de las respuesta (44,6%) se agrupa en torno a la respuesta “de apoyo en el consumo, cuando hay droga”, seguida de “mala” para el 23,2% de las entrevistadas, “egoísta” en el 14,3% de los casos e “inexistente” en el 10,7% de las respuestas (Tabla 110).

En definitiva, para la mayoría de las mujeres la relación entre consumidores gira única y exclusivamente en torno a la propia sustancia. El consumo incapacita el mantenimiento de vínculos ya que la relación por sí igual no constituye, en ningún caso, una prioridad.

Tabla 110. Percepción de la relación entre hombres consumidores y mujeres consumidoras. Porcentajes

| Tipo de relación | % |
|---------------------|-------|
| Apoyo en el consumo | 44,6% |
| Mala | 23,2% |
| Egoísta | 14,3% |
| Inexistente | 10,7% |
| Como otras | 3,6% |
| solidaria | 3,6% |
| TOTALES | 100% |

De cualquier forma, las relaciones entre hombres y mujeres son básicamente relaciones de pareja, afectivas y/o sexuales. Son pocas las mujeres que dicen establecer relaciones con hombres que no sean sus parejas.

Entre hombres consumidores y mujeres consumidoras...

“en general, son relaciones egoístas. Cada cual mira por sí mismo”

“en general pienso que son relaciones interesadas, todas, independientemente del sexo”

“abusiva, las mujeres tienen mucho más que perder y por otra parte también dan mucho más”

“en general pienso que son relaciones más definidas en los objetivos y sin necesidad de afectos o emociones... salvo experiencias de traición ó engaño”

“no hay relaciones. Es interés y van encaminadas a conseguir la dosis”

“cuando los dos son tóxicos la relación es de aceptación. Aceptas...un día dices ¿nos tomamos una copita juntos?, luego ¿nos ponemos un “pico” juntos? No va a pasar nada. Luego es.. tú me has quitado una raya , o sea, es todo como un ovillo de lana revuelto, mal...”

“de dependencia total uno de otro. O sea, llega un momento en el que confundes la necesidad de conseguir algo (cuando estás de mono y no lo tienes) y la necesidad de esa persona y hacer lo que quieres que haga y al revés. Aunque depende de la persona también: quien va a dominar y quien no, pero de dependencia seguro, segurísimo. Y también existe un amor-odio, tu conmigo hasta la tumba”

“como no he tenido relación con otros... sólo ha sido con mi marido...Con otros siempre me he llevado bien, aún estando consumiendo. No he tenido problemas con nadie. Movida entre ellos siempre hay, desde mi persona ni la he vivido ni se ha hecho vivir a nadie”

“yo creo que puede empezar siendo algo bonito pero luego se convierte en utilizarse el uno al otro para conseguir la droga y una vez que lo has conseguido para vivir con la misma ilusión, pero que no es una relación real, es tener alguien con quien contar para ir a pillar, buscarte la vida, para no estar sola, que no te falle, tu le tienes enganchado y él también te tiene enganchado... algo así”

“consumiendo siempre se intentan aprovechar de una mujer más que de un hombre, porque si te engañan cuando vas a consumir, te quedas con la basura... por ser mujer no tienes derecho a ir a reclamar ni nada de eso. El hecho de ser mujer diferencia mucho, vamos, el trato de la calle”

“a ese nivel todos somos iguales. Dentro de este mundillo todos funcionamos de la misma manera. Lo principal es la sustancia y después lo demás. Es así. Esta es la cuestión”

“los hombres son hombres y las mujeres son mujeres. He visto a jovencillas enganchadas que se han vendido para conseguir sus dosis. Eres más vulnerable siendo mujer en este tema. Porque te tienes que buscar la vidilla y la vidilla en este aspecto te puede llevar a hacer cosas que ¡buf...!. Aunque el trato es distinto en el mismo mundillo si eres mujer o si eres hombre. Las mujeres no tienen el mismo trato ahí que con los hombres. Yo por ejemplo, soy mujer y me junto con hombres que están buscando la sustancia y yo tengo esa sustancia, ya ahí aunque sea una mujer eso es genial para ellos, a ese nivel lo que rige es la sustancia. Ni hay sexo”

“cuando estás en una adicción lo primero es la droga. La relación no es lo mismo si estás con el mono, si te ves mal, es como algo que tira de ello, se pone en primer lugar y luego la relación en segundo. Están condicionadas de alguna manera del estado anímico de la pareja”

“desastre. No hay relación. Si hay un enganche con drogas, están a engañarse... y la situación al final puede”

“hay una especie de compañerismo, es como la gente que fuma hachis, es como una especie de pipa de la paz, toda la gente que fuma canutos se lleva bien es como una pipa de la paz, que ayuda a llevarse bien. Entre consumidores también pasa... luego hay hombres que piensan que mujeres consumidoras son mujeres fáciles pero yo creo que es una utopía... creo que no es real. Habrá de todo, yo creo que en más jóvenes es más fácil encontrar a una mujer capaz de acostarse por conseguir, pero creo que llegada a cierta edad hay más formas de

conseguirlo que no es esa. A mí nunca me ha hecho falta eso. También conozco gente que iba a por ello A mi no me ha hecho falta. Amigos fijos de juerga, si tu tienes y ofreces ya sabes que se van a quedar contigo”

b) La relación entre mujeres consumidoras obtiene los siguientes porcentajes: para el 35,7% de las entrevistas, esta relación es “inexistente”, para el 21,4% es una relación “solidaria”, un 12,5% las califica de “competitivas” y el 7,1% manifiesta que son relaciones sustentadas en el consumo “de apoyo cuando hay droga” (Tabla 111).

Tabla 111. Percepción de la relación entre mujeres consumidoras.
Porcentajes

| Tipo de relación | % |
|-------------------------|----------|
| Inexistente | 35,7% |
| Solidaria | 21,4% |
| Competitiva | 12,5% |
| Apoyo en consumo | 7,1% |
| Mala | 5,4% |
| Egoísta | 5,4% |
| Como otras | 1,8% |
| Ns/nc | 10,7% |
| TOTALES | 100% |

Entre mujeres consumidoras...

“igual, aunque menos egoísta, a veces es más solidaria”

“si se está bien, buena, si no hay egoísmo”

“de competitividad, recuerdo en el tratamiento... entre nosotras siempre había celos, malos modos, nos enfadábamos mucho”

“más de apoyo; los sentimientos juegan un papel fundamental. En la necesidad las mujeres se unen con más facilidad y para el sentido bueno, de compañía y apoyo”

“Igual, aunque más solidaria, quizá los objetivos son otros, hay más unión”

“entre mujeres que consumen, tampoco. Yo he sido solidaria... bueno, conmigo también han sido solidarias, pero no es lo habitual. Yo he sido solidaria cuando me he prostituido y me he podido meter en un buen club porque tenía un buen cuerpo y me invitaba mucha gente porque era mona, tal cual. En cambio otra, que ese día estaba mal y que no había sacado dinero... pues vale... hoy te invito yo. Pero si yo seguía y veía que esa chica seguía en una esquina, que no la

invitaba nadie y tal... pues bueno, no, porque yo... es mi culo. No hay... no hay... es que no hay... es una cosa imaginaria ante la soledad"

"yo no me he relacionado mucho, pero ¿con mujeres? Pues... se puede decir que de desconfianza, no sé... mucho egoísmo y mucha conveniencia. No puede haber nada bonito en la relación"

"pues casi más de lo mismo, sólo que las mujeres somos más vidillas, distintas, igual más pícaras, más zorrillas"

"he tenido un problema, nunca he tenido amigas, siempre han sido amigos..."

"Yo en la calle con las chavalas, alguna vez, pero... recuerdo en San Francisco, con una chica, y con esa chavalita hubo buena historia, pero también de supervivencia"

"no me ha tocado estar con mujeres, siempre he estado con amigos, siempre hasta en el colegio, me he llevado mejor con los chicos que con las chicas, después igual"

"lo mismo, entre mujeres igual menos relación, por ejemplo yo empecé a consumir con una amiga y de ella no sé nada y tampoco me interesa mucho"

"difícil, no te puedes fiar de nadie, cada uno está a lo suyo. Sobre todo si eres mujer, eres más débil, si te quitan el dinero cuando vas a pillar no te puedes defender, y además aunque el hecho sea el mismo, está bastante peor que una chica consume... Además, o te tienen como persona independiente... he oído decirle al chico con el que estaba: ¿cómo le dejas a ésta que se meta?... cómprale algo pero no le dejes que se meta. Primero soy yo y nadie me tiene que decir lo que estoy haciendo, y... no sé, entre la ignorancia y el egoísmo no te puedes fiar de nadie, creo que es más débil la mujer, y como muchas mujeres han recurrido a la prostitución, está peor visto. Por otra parte, la imagen de que las chicas que consumen son mucho más viciosas... todavía somos las más marginadas de todos los marginados"

"hay pocas, muy pocas, yo no me he relacionado con mujeres consumidoras, sólo con chicos y cada una va a lo suyo... pero realmente hay pocas. Sólo he conocido chicas consumidoras en los tratamientos, pero igual no hay relación, no hay amistad... es violento, no hay confianza"

"lo mismo, o sea mal. Solamente el hecho de consumir ya te crea malestar. Entre las mujeres consumidoras siempre hay envidias, malo, todo malo"

“al final creo que es lo mismo. Lo que manda es la sustancia. Y le chupas el culo a quien sea... en este mundo hay de todo”

“no me lo he planteado nunca.... no sé”

Parece que existe un cierto matiz más positivo a la hora de valorar la relación entre mujeres usuarias de drogas en comparación a la relación entre hombres y mujeres.

- d) Con respecto a las relaciones de los hombres consumidores entre sí, el 30,4% opina que se basa en la sustancia “de apoyo en el consumo cuando hay droga” y el 21,4% las califica de “inexistentes”. Para el 19,6% son “egoístas” y “malas” (8,9% de las respuestas) (Tabla 112).

Tabla 112. Percepción de la relación entre hombres consumidores.
Porcentajes

| Tipo de relación | % |
|-------------------------|----------|
| Apoyo en consumo | 30,4% |
| Inexistente | 21,4% |
| Egoísta | 19,6% |
| Como otras | 8,9% |
| Mala | 8,9% |
| Solidaria | 3,6% |
| Ns/nc | 7,2% |
| TOTALES | 100% |

Ellas opinan que entre hombres consumidores...

“no suele haber amigos... primero es la necesidad de la droga y frente a eso... no hay amistad. Y si la hay es una relación por interés”

“nada...es que en la calle no hay relación. En la calle, lo que te encuentras es que...como te encuentras muy sólo o muy sola , tú puedes hacerte pajas mentales, pero no hay relación en realidad. La única relación es para robar, o para robarnos, nos utilizamos unos a otros... o para otros fines. Generalmente, es para robar y buscar drogas. No hay un respeto, no existe un respeto”

“haber quién es más listo, y haber quién pilla más”

“a ver cual es el macarra más fuerte y más duro, y de mala gente; en la calle cuando estas en ese mundo si te mezclas con todo el mundo nunca vas a encontrar un tío... cuando me drogaba no estaba con la gente de la calle, había

gente pero no me codeaba, alguna vez sí, porque había que buscarse la vida, pero según como fuese la relación entre ellos, yo me acercaba o no”

“egoísta y conflictiva. Son capaces de dar una puñalada a su mejor amigo para conseguir algo para ellos”

“de colegeo, y como pueda uno a otro le quita todo lo que pueda. No hay lealtad”

“igual, cada uno va a lo suyo, lo mismo, no hay lealtad”

“de utilizarse,... yo creo que entre los consumidores no hay una relación. Quizá al principio, pero una vez que están enganchado para lo único es para utilizarte. Es el único tipo de relación que tienes, ya luego no queda ningún valor... algo sí que queda, pero poca cosa, Yo recuerdo de amigos, de los que yo decía que eran amigos, yo creo que queda sentimiento de amistad pero cuando estas consumiendo poco hay”

“por interés, se limita sólo a conseguir dinero para el consumo, buscarse la vida, no puedes tener un amigo ahí. Son superficiales, la violencia está todo el día ahí”

“son relaciones de calle, son relaciones basadas en el consumo. No son relaciones fiables, la droga ocupa el primer lugar”

“si con alguien hay lealtad, con otros no, se engañan, habrá líos... Se invitan cuando pueden, pero al final, si falta la droga... Algunos pueden ser muy cabrones”

“tu sabes que si tienes no vas a estar sólo... basta decirle a alguien que tienes droga para que se quede contigo, crea una amistad por interés que no es realmente un interés malo.. Ves a gente junta en una noche de juerga y al día siguiente no se lleva bien... no hablan bien el uno del otro. Sólo porque ha habido la droga por medio... realmente no es gente que se lleve bien, realmente crea un lazo muy extraño... eso existe en este mundillo ”

5.13 Espacio de tiempo libre y ocio

Tanto el mantenimiento de la adicción por un periodo de prolongado de tiempo como el inicio en el consumo de drogas en edades destinadas a la educación son factores que dificultan la adquisición y el desarrollo adecuado de las habilidades necesarias para el disfrute y la planificación personal de las actividades de ocio (Lledó y otros,1999).

El consumo de drogas produce una paulatina desestructuración en la organización del tiempo, que gira casi exclusivamente en torno a la búsqueda de la sustancia. En el caso de las personas usuarias de drogas, frecuentemente, el concepto de “pasarle bien” pasa por realizar actividades como ver la tele, ver videos en casa, recorrer bares, etc., pero principalmente el tiempo y el espacio se estructura con la finalidad de conseguir la sustancia. Así, las relaciones interpersonales se basan en el “colegueo”. Son relaciones basadas en el interés respecto al que posee la sustancia o respecto a quien puede conseguirla. Son relaciones de dependencia. La amistad, como valor, no existe en este tipo de relaciones.

Nos interesamos por el espacio específico de tiempo libre: cómo organizaban y organizan las mujeres este tiempo de ocio teniendo en cuenta que el cese de la adicción “desocupa” una gran cantidad de tiempo anteriormente destinado a la obtención de la sustancia.

El 42,2 % de las mujeres manifiesta no haber practicado ninguna actividad de tiempo libre antes del consumo de drogas, mientras que un 51,8% reconoce haber practicado actividades en tiempo de ocio previos al consumo de drogas (Tabla 113).

Tanto los deportes (natación, gimnasio) como la lectura y las manualidades son actividades que las mujeres de la muestra reconocen haber realizado en soledad en un momento previo a la adicción (Tabla 113).

El tiempo libre activo y compartido se presenta como un factor protector frente al consumo de drogas y “una alta cantidad de tiempo libre disponible junto a una insatisfacción en el empleo de éste está asociado a un alto índice de consumo de alcohol y de drogas ilegales” (Martínez, 1999).

Tabla 113. Práctica de hobbies antes del consumo.
Porcentajes y valores absolutos

| Practica de hobbies antes del consumo | Sí | | No | |
|---------------------------------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| | 51,8% | 29 | 42,2% | 27 |
| Tipo | | | | |
| Deportes | 41,4% | 12 | | |
| lectura | 27,6% | 8 | | |
| Manualidades | 24,1% | 7 | | |
| Espectáculos | 6,9% | 2 | | |

Vemos que las mujeres que fueron usuarias de heroína son las que declaran no practicar actividades/hobbies de tiempo libre antes de su etapa de consumo. Sin embargo, las dos mujeres usuarias de cocaína y 7 de las 8 mujeres con problemas de alcoholismo manifestaron haber cubierto ese tiempo previo al consumo con actividades de ocio y tiempo libre (Tabla 114).

Tabla 114. Sustancia problema, la que le lleva a tratamiento y existencia de hobbies antes de consumir Porcentajes

| Practica de hobbies antes del consumo | Sí | No | Totales |
|---------------------------------------|-------|-------|---------|
| Droga que lleva al tratamiento | | | |
| Heroína /otros opiáceos | 46,7% | 53,3% | 100% |
| cocaína | 100% | - | 100% |
| alcohol | 87,5% | 12,5% | 100% |

Con respecto al momento del desarrollo del trabajo de campo, después de haber finalizado el tratamiento, comprobamos que el 66,1% de las mujeres desarrolla algún tipo de actividad de ocio, siendo las “manualidades” la ocupación más elegida (37,8% de los casos) a la que le siguen las actividades de “deporte” y “lectura” (29,7%) (Tabla 115).

Tabla 115. Práctica actual de hobbies. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de hobbies | Sí | | No | |
|-----------------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| | 66,1% | 37 | 33,9% | 19 |
| Tipo | | | | |
| Manualidades | 37,8% | 14 | | |
| Deportes | 29,7% | 11 | | |
| Lectura | 29,7% | 11 | | |
| Espectáculos | 2,8% | 1 | | |

Estos hobbies, como vemos en la tabla 116, son practicados mayoritariamente en soledad. Sólo un 15% de las mujeres que desarrollaba actividades las realizaba en compañía de sus amigos y de su pareja.

Tabla 116. Práctica de hobbies (sola o acompañada). Porcentajes

| Cómo los practica | % |
|--------------------------|----------|
| Sola | 85,0% |
| Acompañada | 15,0% |
| TOTAL | 100% |

Después del proceso de tratamiento vemos que son las heroínómanas las que en un porcentaje mayor continúan sin practicar actividades/hobbies, mientras que la muestra de mujeres con problemas de cocaína y alcohol recuperan y/o afianzan la práctica.

Tabla 117. Sustancia problema, la que le lleva a tratamiento y existencia de hobbies después de tratamientos Porcentajes

| Practica de hobbies antes del consumo | Sí | No | Totales |
|--|-----------|-----------|----------------|
| Droga que lleva al tratamiento | | | |
| Heroína /otros opiáceos | 58,7% | 41,3% | 100% |
| cocaína | 100% | - | 100% |
| alcohol | 100% | - | 100% |

El ocio y el desarrollo del tiempo libre no es para muchas personas una prioridad vital, a pesar de que sepamos que es una necesidad. Sin embargo, como cualquier habilidad requiere aprendizaje y entrenamiento. El ocio, como cualquier otra actividad requiere preparación, selección, toma de decisiones, etc. Tradicionalmente no ha existido una cultura del ocio, así pues, la formación de la que disponemos para estructurarlo tiene que ver con algunas actitudes y conductas obsoletas pero aún practicadas por la mayoría de nosotros.

5.14 Relaciones entre el consumo de drogas y otros comportamientos disfuncionales

5.14.1 Trastornos de la alimentación

El 37,2% las mujeres entrevistadas manifestó haber padecido problemas relacionados con la alimentación en algún momento de su vida: De estas, el

23,8% padeció “bulimia”, el 14,3% “anorexia”, el 4,8% “bulimia-anorexia” y en el 57,1% de la muestra se habla de cierto “gusto excesivo por la delgadez” (Tabla 118 y 119).

Tabla 118. Problemas con la alimentación. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de problemas con la alimentación | Sí | | No | | Totales | |
|---|-------|----|-------|----|---------|----|
| | % | N | % | N | % | N |
| | 37,5% | 21 | 62,5% | 35 | 100% | 56 |

Recordemos que de las 56 mujeres de nuestra muestra, 46 habían sido usuarias de opiáceos, 8 de alcohol y 2 de cocaína. Pues bien, si tenemos en cuenta la división por sustancias comprobamos que 6 de las 8 mujeres alcohólicas (75%) han experimentado algún trastorno con la alimentación mientras que un discreto porcentaje de usuarias de opiáceos (28,2%) manifiesta tal problema (Tabla 119).

Tabla 119. Problemas con la alimentación. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | | Alcohol | |
|-------------------------|---------|----|---------|---|
| Tipo de problema | | | | |
| Anorexia | 14,3% | 2 | 14,2% | 1 |
| Bulimia | 14,3% | 2 | 42,9% | 3 |
| Anorexia-bulimia | 7,1% | 1 | - | |
| Gusto por estar delgada | 64,3% | 9 | 42,9% | 3 |
| TOTALES | 100% | 14 | 100% | 7 |

López (2002), al hablar de la clínica de la mujer alcohólica señala los trastornos psiquiátricos como la depresión, trastorno de ansiedad y trastorno de la alimentación, entre otros, como factores de riesgo en la mujer para la adopción de un patrón abusivo de alcohol.

5.14.2 Prostitución

El informe de la salud de la población marginal de Barcelona en 1.999 (Puigpinós y otros) nos muestra a las prostitutas que trabajan en la calle como el sector más desfavorecido en un conjunto de indicadores:

. son las que viven solas con mayor frecuencia (el 31 %, mientras que están en ésta situación el 16 % de los inmigrantes y el 22 % de los toxicómanos,

- . tienen los niveles más bajos de estudios (más de la mitad, estudios inferiores a primaria),
- . tienen menor apoyo económico familiar (sólo el 19% recibe dinero de su familia de origen, mientras que los inmigrantes lo reciben en un 25 % de los casos y los toxicómanos en el 44%),
- . presentan mayores deterioros en la salud que los otros grupos analizados (padecen mayores problemas de espalda, de dolores de cabeza y trastornos circulatorios y las que tienen peor salud mental; mientras que son superados por los toxicómanos en trastornos nerviosos y depresiones),
- . tienen también altos índices de consumo de productos tóxicos, como tabaco, alcohol y marihuana,

Pese a estos indicadores, es el colectivo marginal que menos acude a la atención sanitaria pública. Es el grupo que se encuentra peor y el que demanda menos a los servicios públicos de salud (Juliano, 2002).

La prostitución es un tema añadido al problema de la adicción, agravando más los problemas derivados de la misma. En muchos casos, las drogas pueden ser usadas para soportar el trabajo sexual, presentándose ésta como la única oportunidad para conseguir ingresos ante la extrema pobreza. El perfil de la mujer adicta que la ejerce es el siguiente (Orte,2002):

- . en situación de alta precariedad en términos de higiene y seguridad,
- . con un número elevado de servicios por día,
- . viven en la calle, albergue o pensión,
- . la droga preferente es la heroína,
- . se inician en el consumo antes de los 18 años,
- . con dificultades para conseguir que los clientes utilicen el preservativo
- . más de un tercio, portadoras de VIH; otro tercio portadora de alguna ETS y dos tercios con resultados positivos al test de la hepatitis (principalmente hepatitis C).
- . no demandan apoyo institucional.

APREX (2002) confirma que la mayoría de las personas que ejercen la prostitución en la calle son consumidoras habituales de sustancias estupefacientes, siendo esa actividad el modo de surtirse de la droga. La importancia que tiene este colectivo a la hora de intervenir es que son usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y prostitutas, por lo que se produce en ellas un deterioro más rápido que en otros grupos de población.

En nuestra muestra, el 33,9% de las mujeres declara haber ejercido la prostitución (Tabla 120).

Tabla 120. Ejercicio de la prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| SÍ | | No | | Ns/nc | | Totales | |
|-----------|----|-----------|----|--------------|---|----------------|----|
| % | N | % | N | % | N | % | N |
| 33,9% | 19 | 64,3% | 36 | 1,8% | 1 | 100% | 56 |

De éstas 19 mujeres que dan una respuesta afirmativa, el 78,9% (15) restringe esta práctica al periodo de consumo. El 21,1% ya la ejerció antes de iniciarse en el consumo de drogas (Tabla 121).

Tabla 121. Momento del ejercicio de la prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Época de prostitución | % | N |
|------------------------------|-------------|-----------|
| Antes del consumo | 21,1% | 4 |
| Durante el consumo | 78,9% | 15 |
| Después del consumo | - | - |
| TOTALES | 100% | 21 |

El 78,9% de estas 19 mujeres también ha cometido otro tipo de delitos, además de dedicarse a la prostitución (Tabla 122).

Tabla 122. Ha ejercido delitos y prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Ha cometido delitos | SÍ | | No | | Totales | |
|----------------------------|-----------|----|-----------|---|----------------|----|
| | % | N | % | N | % | N |
| Prostitución | | | | | | |
| SÍ | 78,9% | 15 | 21,1% | 4 | 100% | 21 |

A pesar de que 7 de cada 8 de estas mujeres ha incurrido en conductas delictivas, únicamente el 52,6% de ellas llega a prisión (Tabla 123).

Tabla 123. Estancia en prisión y prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Estancia en prisión | Si | | No | | Totales | |
|----------------------------|-----------|----|-----------|---|----------------|----|
| | % | N | % | N | % | N |
| Prostitución | | | | | | |
| SÍ | 52,8% | 10 | 47,3% | 9 | 100% | 19 |

Teniendo en cuenta las sustancias de abuso, son las usuarias de opiáceos quienes han ejercido esta actividad en mayor medida. Al fin y al cabo suponemos que se trata de una fuente de financiación para la adquisición de drogas ilegales que no comporta tanto riesgo como otras actividades como la delincuencia, etc.

Por el contrario, el alcohol es una sustancia legal de fácil adquisición y de bajo coste (Tabla 124).

Tabla 124. Ejercicio de la prostitución y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína | Totales |
|------------------------------------|----------|---------|---------|---------|
| Ha ejercido la prostitución | | | | |
| Sí | 39,1% 18 | 12,5% 1 | - | 19 |
| No | 58,7% 27 | 87,5% 7 | 100% 2 | 36 |
| Ns/nc | 2,1% 1 | | | 1 |
| TOTALES | 100% 46 | 100% 8 | 100% 2 | 21 |

Con respecto a la relación entre consumo de alcohol y prostitución, únicamente una mujer se ha prostituido y esta conducta estaba ya establecida antes del consumo abusivo de alcohol.

El VIH es una consecuencia asociada a determinadas prácticas de riesgo. Tanto el consumo de drogas por vía parenteral como el ejercicio de la prostitución son conductas directamente relacionadas con la enfermedad.

Siguiendo con el tema de la prostitución no resulta difícil imaginar que las mujeres usuarias de drogas que ejerzan la prostitución tendrán menos capacidad para negociar las relaciones sexuales con medidas preventivas. Ya que la urgencia por conseguir el dinero y consumir se antepone a la seguridad en las relaciones. De esta forma pueden ser contagiadas por clientes ó compañeros (éstos, también consumidores de drogas ilegales como hemos podido comprobar en la muestra).

El 52,6% de las 19 mujeres que han ejercido la prostitución en algún momento de su vida es portadora de VIH (Tabla 125). Como ya dijimos, entre las mujeres entrevistadas 23 (41%) eran seropositivas. Como vemos ahora, el 43,4% (10) de las mujeres que padecen VIH (23) han ejercido la prostitución. Casi la mitad de las afectadas.

Tabla 125. Portadora de VIH y existencia de prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Prostitución | Si |
|--------------|----------|
| | 100% 19 |
| VIH | |
| Si | 52,7% 10 |
| No | 42,1% 8 |
| Ns/nc | 5,2% 1 |

El 46,1% de las mujeres (12) portadoras han ejercido la prostitución (Tabla 126).

Tabla 126. Portadora de VHC y prostitución. Valores absolutos

| VHC | VHC | | VHB | | VHC+VHB | |
|---------------------|-----|----|-----|---|---------|---|
| | % | N | % | N | % | N |
| Prostitución | | | | | | |
| Sí | | 12 | - | | | 1 |
| No | | 13 | 1 | | | - |
| Ns/nc | | 1 | - | | | - |
| | | 26 | 1 | | | - |

Orte (2002) afirma que en cualquier consumo de drogas, estar bajo los efectos de las mismas produce una disminución de la atención a las medidas preventivas.

ONUSIDA (2000) señala que entre las mujeres, el consumo de alcohol y de drogas se relaciona habitualmente con el intercambio de relaciones sexuales por drogas o dinero, lo que incrementa el riesgo de contraer diversos tipos de enfermedades de transmisión sexual.

En cualquier caso, la situación de la mujer adicta que ejerce la prostitución es sumamente degradante y marginal desde cualquier óptica. La mayoría la ejercen sin ningún tipo de control higiénico o de seguridad, con lo que supone de riesgo para su propia salud, la de sus clientes y la de sus parejas.

Respecto a los aspectos de riesgo y la vulnerabilidad relacionadas con el género “las diferencias fisiológicas en el tracto genital contribuyen directamente a que la mujer corra un riesgo más elevado de contraer la infección por el VIH y ETS que el hombre”. Por otro lado, “en la mujer, muchas ETS son asintomáticas” de modo que un gran número de mujeres no son conscientes de la necesidad de seguir un tratamiento y, sin duda, esto contribuye a la transmisión de la enfermedad en las relaciones sexuales sin protección (ONUSIDA,2000).

En la tabla 127 vemos que 12 mujeres de las que han ejercido la prostitución han sufrido abusos en algún momento de su vida, el 25,0% físicos, el 33,3% psicológicos y el 41,7% sexuales.

Tabla 127. Tipo de abuso/maltrato y existencia de prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Tipo de abuso/maltrato | Físico | | Psicológico | | Sexual | | |
|-------------------------------------|--------|---|-------------|---|--------|---|---------|
| | % | N | % | N | % | N | |
| Ejercicio de la prostitución | | | | | | | |
| Sí | 25,0% | 3 | 33,3% | 4 | 41,7% | 5 | 100% 12 |
| No | 36,8% | 7 | 31,6% | 6 | 31,6% | 6 | 100% 19 |

Otro de los datos interesantes en la asociación de variables lo podemos ver en la tabla 128. Observamos que el 43,2% de las mujeres que ha ejercido la prostitución ha recibido malos tratos por parte de alguna de sus parejas. Aunque es posible que esta actividad ayude a sufragar los gastos de consumo de ambos, también le sitúa como figura de desvalor, desprecio, etc. incluso por parte de su pareja. Decimos incluso, puesto que conocemos la valoración social de las personas que tienen o han tenido contacto con esta actividad.

Tabla 128. Existencia de maltrato abuso por parte de las parejas y ejercicio de la prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Ejercicio de la prostitución | Sí | | No | | Ns/nc | |
|--|-------|----|-------|----|-------|---|
| | % | N | % | N | % | N |
| Existencia de abuso/maltrato por parte de las parejas | | | | | | |
| Sí | 43,2% | 16 | 56,8% | 21 | | |
| No | 15,8% | 3 | 78,9% | 15 | 5,3% | 1 |

Además, el ejercicio de la prostitución es una actividad de alto riesgo personal, favorecedora de situaciones de violencia, abuso y maltrato físico, psicológico y sexual. La ausencia del reconocimiento laboral, el entorno fronterizo, desde un punto de vista legal, del acuerdo y la clandestinidad en la que se establece el contrato entre prostituta-cliente hace de esta actividad una de las más peligrosas por la situación de indefensión a la que se ven expuestas.

En el año 2001 se registraron únicamente 4 denuncias de mujeres en la CAV relacionadas con los malos tratos y delitos contra la libertad sexual en un contexto de prostitución. El hecho de reconocer el maltrato públicamente por medio de denuncias, si este se lleva a cabo, sitúa a la mujer frente un triple estigma (drogadicta, prostituta y maltratada) difícilmente sobrellevable frente a terceras personas.

Casi la totalidad de las agresiones denunciadas por las mujeres provienen de sus maridos o compañeros pero pensamos que en el contexto de la prostitución es

donde se podrían realizar un elevado número de agresiones sin demasiado temor por parte del agresor a ser descubierto. En nuestro colectivo, la prostitución como trabajo y fuente de ingresos para el pago de dosis independientemente de quién las consume, es tan usual como la mentira, el robo o la intimidación (Alonso, 1992)

El 78,9% de las mujeres que han ejercido la prostitución ha tenido ideas de suicidio (Tabla 129).

Tabla 129. Existencia de ideas de suicidio y prostitución. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de ideas de suicidio | Sí | | No | Totales | |
|---------------------------------|-------|----|-------|---------|---------|
| | % | N | | | |
| Prostitución | | | | | |
| Sí | 78,9% | 15 | 21,1% | 4 | 100% 21 |

El concepto social y personal de las personas que han desarrollado este tipo de actividades es sumamente degradante, por lo cual no nos extraña que sea uno de los factores de peso en las fantasías de suicidio.

El desprestigio de la prostitución, según Dolores Juliano (2002), no se relaciona con la actividad misma que implica sino con el hecho de que constituye un medio más o menos autónomo de supervivencia de la mujeres y, desde ese punto de vista, un espacio que permitiría ciertos niveles de autonomía que se inutilizan precisamente a través de una fuerte presión social estigmatizadora.

El uso de ese espacio que permite ciertos niveles de autonomía, sin embargo, culpabiliza más a las propias mujeres, a pesar de que son ellas las más perjudicadas psíquica y físicamente cuando lo utilizan instrumentalmente.

5.14.3 Problemas judiciales y penitenciarios

En cuanto a los problemas judiciales en los que se han visto envueltas, el 55,4% del total de las entrevistadas (56) declara haber cometido delitos relacionados con el consumo de drogas. De estas 31 mujeres, el 41,9% incluye en su historial delictivo “robos y tráfico de drogas”, el 38,7% “robos y hurtos sin procesar” (Tabla 130).

Según los datos de los diversos observatorios de drogodependencias (vasco, español y europeo) el porcentaje de mujeres toxicómanas que cometen delitos es notablemente inferior al de los varones. Parece evidente que las mujeres recurren

a la prostitución en mayor grado como fuente de financiación de su consumo, implicándose en menor medida en procesos judiciales.

Tabla 130. Existencia de problemas judiciales. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de problemas judiciales | Sí | |
|------------------------------------|-------|----|
| | % | N |
| | 55,4% | 31 |
| Tipo de delito | | |
| Robos, hurtos sin procesar | 38,7% | 12 |
| Robos, hurtos procesados | 12,9% | 4 |
| Tráfico de drogas | 6,5% | 2 |
| Robos + tráfico | 41,9% | 13 |

El consumo de heroína u otros opiáceos tiene un coste diario elevado mientras que no sucede lo mismo en el caso de la adquisición del alcohol, por lo que es más probable que las primeras cometa más actos delictivos como vía de obtención de dinero (Tabla 131).

Sólo una de las mujeres que acude a tratamiento por consumo de alcohol ha cometido delitos.

Tabla 131. Existencia de problemas judiciales y sustancia de abuso. Porcentajes y valores absolutos

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|------------------------------------|----------|---------|---------|
| | | | |
| Existencia de problemas judiciales | | | |
| | | | |
| Tipo de delitos | | | |
| Robos, hurtos sin procesar | 37,9% 11 | 1 | |
| Robos, hurtos procesados | 13,8% 4 | - | |
| Tráfico de drogas | 6,9% 2 | - | |
| Robos + tráfico | 41,4% 12 | - | 100% 1 |
| TOTALES | 100% 29 | 100% 1 | 100% 1 |

Nos ha parecido interesante rescatar un informe elaborado desde el movimiento feminista por la comisión Mujer y Cárcel en Orereta, en el año 1994, donde ya se recogía la necesidad de un abordaje diferencial sobre cuestiones de género en prisión. En este informe referido a las mujeres encarceladas de la CAPV (Santos y otros, 1994) es claramente comprobable que el motivo por el que muchas de estas mujeres delinquen viene derivado por sus relaciones de pareja y/o maternales. Concluyen que las mujeres delinquen por causas que tienen mucho que ver con su relación de pareja o por su condición de madres. “En un afán de ayudar a su pareja e hijos buscan una salida al problema, agravándolo y perjudicándose ellas mismas. Esta dependencia femenina del varón, que si bien se da en la sociedad en general, en el mundo delincuencia se presenta de forma más acentuada, dificulta cualquier proyecto ya que la mujer no se asume como protagonista de su vida. Estas mujeres, una vez conquistada la libertad, secundan siempre los planes del varón, aunque esto conlleve no salir del mundo delincuencia. Hay que resaltar también la dificultad de estas mujeres de encontrar salidas normalizadas para sus economías”.

El 23,2% de las 56 mujeres de la muestra ha estado en prisión, frente al 76,8% de ellas que no llegó a ingresar en prisión (Tabla 132).

Ninguna de las mujeres alcohólicas ha estado en prisión.

Tabla 132. Ingreso en prisión. Porcentajes y valores absolutos

| Ingreso en prisión | | |
|---------------------------|-------|----|
| Sí | 23,2% | 13 |
| No | 76,8% | 43 |
| TOTALES | 100% | 56 |

El 23,2% de las mujeres que ha estado en prisión (13) ha tenido ideas de suicidio (Tabla 133). Es muy posible que la experiencia de prisión, el obligado cese en el consumo o la reducción de éste (no hay tanta disponibilidad de sustancias ni de dinero) lleve a cualquier persona a experimentar un “tocar fondo” que permite una mayor toma de conciencia de la situación. Delinquir, estar en prisión, etc. son consecuencias que afectan en mayor medida al rol masculino. Posiblemente, la vergüenza y la culpa experimentada ante la transgresión objetiva y subjetiva de la norma induzcan las ideas de suicidio.

Tabla 133. Ingreso en prisión y existencia de ideas de suicidio. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de ideas de suicidio | Sí | | No | | Totales | |
|---------------------------------|-------|----|-------|---|---------|----|
| | % | N | % | N | | |
| Ingreso en prisión | | | | | | |
| Sí | 76,9% | 10 | 23,1% | 3 | 100% | 13 |

5.14.4 Ideas e intentos de suicidio

No sólo las mujeres que han tenido una experiencia penitenciaria son las que han tenido ideas de suicidio. De las 56 mujeres que componen la muestra, en general, casi 7 de cada 10 (69,6%) ha tenido ideas de suicidio; De ellas (39), el 74,4% las refiere a los periodos de consumo (Tabla 134).

Tabla 134. Existencia de ideas de suicidio. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de ideas de suicidio | Sí | | No | |
|---------------------------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| | 69,6% | 39 | 30,4% | 17 |
| ¿cuándo? | | | | |
| Antes del consumo | 25,6% | 10 | | |
| Durante el consumo | 74,4% | 29 | | |
| Después del consumo | - | | | |

De estas 39 mujeres 16 ha efectuado alguna tentativa real de suicidio (Tabla 135).

Tabla 135. Existencia de intentos de suicidio. Porcentajes y valores absolutos

| Existencia de intentos de suicidio | Sí | | No | |
|------------------------------------|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| | 41% | 16 | 58,9% | 23 |
| ¿cuándo? | | | | |
| Antes del consumo | 21,1% | | | |
| Durante el consumo | 78,9% | | | |
| Después del consumo | - | | | |

La mayoría de estas conductas ocurre durante la etapa de consumo (78,9%).

5.15 Sentimientos asociados al consumo de drogas

En este momento recogemos un espectro de 14 “líneas afectivas” asociadas a la etapa de consumo, de las cuales 12 son negativas y 2 positivas. Se trata de las impresiones, emociones y sensaciones que despierta el periodo de consumo. Al ser una pregunta de respuesta múltiple, obtuvimos 131 contestaciones en el siguiente orden (Tabla 136):

Tabla136. Sentimientos negativos asociados al consumo. Porcentajes y valores absolutos

| Sentimientos negativos asociados al consumo | % | N |
|--|-------------|------------|
| Culpa y vergüenza | 13,7% | 18 |
| Tristeza y depresión | 13% | 17 |
| Soledad desolación | 12,2% | 16 |
| Angustia | 9,9% | 13 |
| Vacío | 9,1% | 12 |
| Abandono | 7,6% | 10 |
| Impotencia | 7,6% | 10 |
| Ira, rabia, enfado | 7,6% | 10 |
| Miedo, inquietud, inseguridad | 6,1% | 8 |
| ruina | 6,1% | 8 |
| Complejo de inferioridad | 3,8% | 5 |
| Ansiedad | 3% | 4 |
| TOTALES | 100% | 131 |

Como podemos observar, las mujeres asocian a su etapa de consumo sentimientos tales como la culpa, la vergüenza, la tristeza y la soledad.

Marina (1999) dice que en los castigos está incluido el sentimiento de vergüenza y culpa y “ambos son sentimientos sociales suscitados por el miedo al aislamiento social, o por la percepción de no haber ajustado el comportamiento al yo ideal”. Según el mismo autor, hay cuatro evaluaciones negativas de uno mismo:

1. sentimiento de inferioridad: sentimiento desfavorable de la propia imagen, al compararla con la imagen de los otros o del propio ideal, acompañado de sentimientos de debilidad o impotencia.
2. la vergüenza: la posibilidad o el hecho de que los demás contemplan alguna mala acción realizada, alguna falta o carencia o algo que debería mostrarse oculto, acompañado de sentimientos de huida o de esconderse.
3. autodesprecio: rechazo, enojo u odio contra uno mismo.
4. la culpa: el resultado de una mala acción o de un daño causado, provoca sentimientos negativos de malestar y pesar.

Pero en estos mismos sentimientos es la opinión del entorno (a través de actitudes familiares y sociales aceptadas) la que determina y establece su experimentación. Quizá una imagen del *ideal del yo* inalcanzable o incompleta, y sobre todo, censurada por un entorno quizá demasiado exigente y poco comprensivo con las circunstancias reales en las que se desarrollan y determinan estos comportamientos es la que hace que los sentimientos mayormente manifestados, y por tanto experimentados, sean tristeza, depresión, culpa y vergüenza.

Si tenemos en cuenta la división derivada de la sustancia de abuso, comprobamos que las mujeres usuarias de alcohol asocian a esta conducta la culpa y la vergüenza en mayor medida que las consumidoras de otras sustancias.

Tabla 137. Sentimientos asociados al consumo y sustancia problema.
Porcentajes

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|--|---------|---------|---------|
| Sentimientos negativos asociados al consumo | | | |
| Tristeza y depresión | 12,5% | 18,9% | - |
| Culpa y vergüenza | 12,5% | 22,7% | - |
| Soledad desolación | 11,5% | 13,6% | 20,0% |
| Angustia | 9,7% | 9,0% | 20,0% |
| Vacío | 7,6% | 13,6% | 20,0% |
| Abandono | 7,6% | 9,0% | - |
| Impotencia | 9,7% | - | - |
| Ira, rabia, enfado | 8,6% | 4,5% | - |
| Miedo, inquietud, inseguridad | 5,7% | 4,5% | 20,0% |
| ruina | 6,8% | - | 20,0% |
| Complejo de inferioridad | 4,8% | - | - |
| Ansiedad | 2,9% | 4,5% | - |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

Los datos de la siguiente tabla (138) nos permiten afirmar que son los factores de riesgo individuales (entre los cuales están las emociones negativas) los que tienen más peso para las mujeres entrevistadas a la hora de funcionar como antecedentes de un recaída.

En base a los porcentajes otorgados a los sentimientos negativos asociados al consumo podríamos pensar en los aspectos estructurales sobre los que hay que poner especial atención mientras se trabaja en el mantenimiento de la abstinencia. En este sentido, habrá que ayudar a las pacientes a adquirir

habilidades de afrontamiento ante sentimientos de tristeza, abordar el trabajo sobre las emociones, las atribuciones, las habilidades sociales y de relación, el manejo del tiempo libre, del ocio, la autoestima, la asertividad, etc (Tabla 138).

Tabla 138. Motivos de recaída (factores individuales, interpersonales y sociales) y sentimientos asociados al consumo

| Factores de recaída | Individuales | Interpersonales | Sociales | N |
|--|---------------------|------------------------|-----------------|----------|
| | % | % | % | |
| Sentimientos negativos asociados al consumo | | | | |
| Tristeza y depresión | 62,5% | 31,25% | 6,25% | 100% 18 |
| Culpa y vergüenza | 62,9% | 29,62% | 7,4% | 100% 17 |
| Soledad desolación | 75,0% | 25,0% | - | 100% 16 |
| Angustia | 61,5% | 38,5% | - | 100% 13 |
| Vacío | 66,6% | 33,3% | - | 100% 12 |
| Abandono | 50,0% | 50,0% | - | 100% 10 |
| Impotencia | 40,0% | 60,0% | - | 100% 10 |
| Ira, rabia, enfado | 60,0% | 40,0% | - | 100% 10 |
| Miedo, inquietud, inseguridad | 75,0% | 25,0% | - | 100% 8 |
| ruina | 25,0% | 75,0% | - | 100% 8 |
| Complejo de inferioridad | 60,0% | 40,0% | - | 100% 5 |
| Ansiedad | 50,0% | 50,0% | - | 100% 4 |

Parece que a medida que el tiempo de abstinencia es mayor, las emociones negativas asociadas al consumo, a uno mismo y a la vida tienden a variar. Vemos que el sentimiento de tristeza, miedo o ansiedad es menos nombrado con el paso del tiempo mientras que aumenta la sensación de soledad y abandono, cuestión que puede ser atribuida, entre otras cosas a la edad (Tabla 139).

Tabla 139. Tiempo de abstinencia y sentimientos asociados al consumo.
Porcentajes y valores absolutos

| Tiempo de abstinencia | Menos de 6 meses | De 6 meses a 2 años | De 2 a 5 años | De 5 a 10 años | Más de 10 años | N |
|--|------------------|---------------------|---------------|----------------|----------------|----|
| | % | % | % | % | % | |
| Sentimientos negativos asociados al consumo | | | | | | |
| Culpa y vergüenza | 37,0% | 25,9% | 29,6% | 7,4% | - | 18 |
| Tristeza y depresión | 25,0% | - | 25,0% | 25,0% | 25,0% | 17 |
| Soledad desolación | 7,7% | 18,7% | 12,5% | 30,8% | 30,0% | 16 |
| Angustia | 20,0% | 50,0% | 25,0% | 25,0% | 15,4% | 13 |
| Vacío | 50,0% | 16,6% | 8,3% | 25,0% | - | 12 |
| Abandono | 10,0% | 10,0% | 20,0% | 50,0% | 10,0% | 10 |
| Impotencia | - | 10,0% | 30,0% | 30,0% | 30,0% | 10 |
| Ira, rabia, enfado | 20,0% | | - | 40,0% | 40,0% | 10 |
| Miedo, inquietud, inseguridad | 37,5% | - | 37,5% | 12,5% | 12,5% | 8 |
| ruina | 12,5% | 12,5% | 37,5% | 37,5% | - | 8 |
| Complejo de inferioridad | - | - | 40,0% | 20,0% | 40,0% | 5 |
| Ansiedad | 75,0% | 25,0% | | - | - | 4 |

. los sentimientos de “tristeza y depresión” se mantienen independientemente del tiempo de abstinencia

. los de “ansiedad”, “culpa y vergüenza”, “vacío”, “miedo, inquietud e inseguridad” aparecen en los primeros años con más frecuencia

. los de “soledad, desolación”, “impotencia”, “complejo de inferioridad”, “ira, rabia, enfado” parecen manifestarse con más frecuencia en proporción a un período mayor de abstinencia

Cuando preguntamos por los sentimientos positivos asociados a la etapa de consumo, únicamente 24 mujeres, el 42,8% de la muestra, manifiesta asociar el consumo de drogas a sentimientos positivos. Para estas mujeres (24) las emociones ligadas al uso de drogas son “placer y satisfacción” en el 62,5% de los casos (15 mujeres) y “estar sin problemas” en el 37,5% de los casos (9) (Tabla 140).

Tabla 140. Líneas sentimentales positivas. Porcentajes y valores absolutos

| Sentimientos positivos asociados al consumo | % | N |
|--|-------------|-----------|
| Placer, satisfacción | 62,5% | 15 |
| Estar sin problemas | 37,5% | 9 |
| TOTALES | 100% | 21 |

Teniendo en cuenta la sustancia problema que lleva a tratamiento, entre las mujeres con problemas por abuso de opiáceos que asocian emociones positivas al consumo el 75% lo liga a “placer y satisfacción”, frente al 25% que lo asocia a “estar sin problemas”. Con las mujeres alcohólicas ocurre lo contrario, la mayoría (83,3%) dice asociar “estar sin problemas” al consumo de alcohol y sólo un 16,6% lo condiciona a “placer y satisfacción”. El 100% de las cocainómanas asocia el consumo a los sentimientos de “placer y satisfacción” (Tabla 141).

Tabla 141. Líneas sentimentales positivas y sustancia problema. Porcentajes

| Sustancia problema | Heroína | Alcohol | Cocaína |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Sentimientos positivos asociados al consumo | | | |
| Placer, satisfacción | 75,0% | 16,6% | 100% |
| Estar sin problemas | 25,0% | 83,3% | - |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

5.16 Consecuencias del uso de drogas que afectan a su vida en el momento actual

Preguntamos a las mujeres acerca de las consecuencias de la adicción y cómo afectaba ésta a su vida en el momento de desarrollar la investigación. El número total de respuestas fue de 83 por ser una pregunta con varias opciones de respuesta.

Las consecuencias sobre la salud aparecen en primer lugar con un 30,1% del total de elecciones, en segundo lugar se mencionan las consecuencias del consumo sobre la relación con los hijos en un 15,7% de los casos, la afectación de la relación con la familia en un 14,5% de los casos, las relaciones de pareja (7,2%), el trabajo (3,6%) y finalmente las relaciones interpersonales (1,2%). En todos estos casos hablamos de la pérdida de relaciones, deterioro de las mismas, de la calidad del vínculo, falta de comunicación, etc. Un 10,8% de las respuestas

deja de manifiesto que no experimenta ninguna consecuencia derivada de la etapa de consumo (Tabla 142)

Tabla 142. Consecuencias del consumo en sus vidas. Porcentajes

| Áreas que han sufrido consecuencias por el consumo | % |
|---|----------|
| Pérdida de salud | 30,1% |
| Separaciones, problemas con hijos | 15,7% |
| Familia (pérdida, ruptura) | 14,5% |
| No le afecta en nada | 10,8% |
| Sentimientos de desarraigo | 10,8% |
| Problemas con la pareja | 7,2% |
| Pérdida de tiempo | 6,0% |
| Trabajo | 3,6% |
| Problemas en otras relaciones interpersonales | 1,2% |
| TOTAL | 100% |

“diría que perdí la juventud. He pasado muchos años de vacío. Podía tener muchas cosas hechas y empezadas pero ha sido como un parón largo en mi vida”.

“las consecuencias han sido absolutamente fatídicas. Llevaba una vida desestructurada, de pasar de mis hijos, de pasar de mi familia, de pasar de mis amigos, de aislarme. Mi vida se ha destrozado a cuenta del consumo de drogas. Yo creo que actualmente estaría trabajando, tendría una vida normal y corriente. Seguramente no sé si me hubiera separado porque me casé con 17 años y no sabía muy bien lo que hacía y fuimos totalmente inconscientes, pero hubiera rehecho mi vida. De hecho, desde que me separé fue cuando empecé a vivir en condiciones, a valerme por mí misma...”

“marginalidad, como consecuencia negativa, pero espíritu crítico como consecuencia positiva. Te hace cuestionarte muchas cosas que ves, que oyes, que sientes, que te dicen, que sobran...”

“ha sido una pérdida de tiempo, de desgaste físico, de carencias...”

“¿consecuencias? Muchas. Yo creo que lo que más me ha marcado es lo psicológico porque he hecho cosas que ahora mismo sería incapaz de hacer. He sido de lo más rastroso. A mí como más me ha afectado es en lo psicológico”

“una de las consecuencias ha sido perder a mi hijo, perder a mi familia, y perder mi autoestima sobre todo, aunque yo la tenía por los suelos”

“sobre todo, lo que pienso es la suerte que he tenido de haber estado metida en la droga y de salir y haberme dado cuenta de lo que eso supone. Lo negativo es que tengo dos hijas y tengo mucho miedo de que caigan en la droga. Pero cada vez que lo pienso digo: qué bien haber tenido la suerte de salir, de haber hecho el tratamiento y haberme hecho madurar: Tenía 19 años y no tenía ningún sentido de la responsabilidad”

“yo he vivido dos vidas, una de la que no me acuerdo y otra después del alcohol”

“en principio ha supuesto perder todo lo que tenía: familia, hija, todo; sentirme sola y luego el tema de la discriminación social. La gente ni te habla, ni te miraba, me sentía como un bicho raro. Perder a mi gente... principalmente mi hija

“la consecuencia es que soy seropositiva. Pienso, también, que hubiese sido una chica normal y me hubiese casado con un chico normal... nunca sabes”

“ha habido muchas consecuencias. Ahora mismo no siento consecuencias de aquello. Lo único que pienso es el tiempo de mi juventud que he perdido, de lo que podía haber hecho y no hice...”

“no sé como responder a eso,... la mayor pérdida ha sido la de tiempo que no he vivido, pero eso se queda simple”

“la droga me ha cambiado la vida totalmente. Podía haber acabado de estudiar que era lo que quería y al final no he hecho nada. Tampoco hubiera tenido a mi hijo tan pronto, no me lo hubieran querido quitar... y no sé, tantas cosas... (llora). Me enrollé de tal manera, la lié tanto.....”

“sentirme muy culpable de lo que hice...”

“¿consecuencias? Todas. A nivel laboral he bebido en el trabajo, mi autoestima se fue al suelo y perdí a mis amistades. Ahora tengo pocas amigas y a distancia. No cuento a nadie mi historia. Antes era más divertida. Ahora, del trabajo a casa y de casa al trabajo”

“me ha destrozado la vida. Perder todo, perderme yo misma y luego todo el trabajo de reencontrarme otra vez, que es largo. Perderlo todo, familia, amigos...”

“me ha marcado mucho el día a día. Es algo en lo que voy a tener que andar con cuidado... la veo en todos lados. Tengo que ver con quien voy, dónde entro, etc.. Y a nivel de personalidad también me ha marcado mucho. Es como una huella que queda ahí marcada. Traigo conmigo muchas inseguridades que ahora estoy recuperando poco a poco, y a nivel social intento recuperarlas poco a

poco. A nivel familiar pedí su ayuda en la última etapa de recuperación y hemos conseguido un nivel de comunicación bueno que creo que nunca habiésemos alcanzado”

“las consecuencias no han sido físicas porque tengo muy buena genética, pero consecuencias emocionales sí: depresiones, soledad y problemas de comunicación, incapacidad para relacionarme con los chicos... no sé si es consecuencia de eso o tomo el alcohol por eso, no sé...”

“ha sido una forma de conocer una forma de vivir buena o mala. No lo sé pero para mí es positivo conocer ésta. Y comunicarme, como cosas positivas. Cosas negativas...los anticuerpos y la hepatitis, problemas de salud, prisión...”

“consecuencias todas... Aparte de arruinarme, mis padres están con tratamiento psiquiátrico, es un caos familiar, la relación con mi hermano... perderlo todo...”

“mi vida está desestructurada por no haberme preocupado de tener trabajo fijo, llegar a los 48 sin nada construido y vivir al día”

“yo he tenido problemas familiares. Mi marido ha fallecido. Mis hijos, por suerte, están sanos. Con el pequeño, estamos con analíticas Está con la carga viral indetectable. Ha luchado para salir adelante y de momento está bien”

“ sufro la inestabilidad con mi hijo: inestabilidad económica, inestabilidad de vida....Siento envidia cuando la gente tiene su vivienda y yo tengo que empezar desde cero. Voy rápido, pero aún así es como ir tarde”

“la consecuencia es la falta de confianza en mí y de los demás hacia mí, la pérdida de la autoestima, la pérdida de amigos y familiares, de hermanos, perdí una hermana de sobredosis; a mi marido... Cuando recuerdo ahora esos años... .han dejado en mí una huella de tristeza muy fuerte”

“me ha complicado mucho la vida, las consecuencias que te trae la heroína es que pierdes muchas cosas: dignidad, valores...”

“¿consecuencias del consumo de drogas?...a mi me cambió todo. Podía ser yo, pensar, acceder a otra dimensión personal, relacionarme desde otro yo.. Para mí fue algo iniciático. Incluso me ayudó en mi profesión. Por lo tanto, como consecuencias negativas, yo diría que ninguna. El problema es que no puedes estar siempre así. Cada cosa tiene sus pros y sus contras, pero para mí es más positivo lo que me han dado las drogas que sus consecuencias negativas. Hay a gente a la que le sienta fatal pero para mí fue bueno. En todo caso lo único negativo sería el deterioro físico”

“para mí ha sido fatal. Yo he sufrido muchísimo. Sobre todo cuando ya estaba consumiendo heroína he sido muy desgraciada. Lloraba todos los días porque, normalmente, la gente que consume heroína es gente marginal. Yo siempre he tenido una familia estructurada, muy normal, y de repente te ves en ese mundo y no puedes evitarlo pero te sientes muy desgraciada, por lo menos yo. Y, de hecho, yo hoy en día todavía tengo ese sentimiento, esa sensación de culpa, muchos remordimientos, recuerdos de cosas que has hecho, cosas que le has hecho a tu familia .y tengo sueños sobre eso. No sé... aunque pasen los años y tengo un trabajo normal, tengo mi pareja, etc. pero todavía tengo muchos remordimientos”

“la consecuencia es mi vida. Estoy pagando con mi vida. Es que es así. La ignorancia del principio..... Cuando yo empecé con esto no había ninguna información. Los primeros estudios que se hicieron del tema del virus VIH fue en el 84, y yo en el 84 estaba en la calle y veía morir gente en la calle. No sé, es que nadie sabía de qué se moría la gente. La gente decía “es que se ha muerto fulano porque tenía una infección en el brazo, de un absceso”, pero la gente, ahora me doy cuenta, se moría de Sida, pero hasta el 88, que fue cuando se empezaron a diagnosticar los casos, yo no tenía información. O sea, que si la información que hay ahora hubiese existido en el 76, pues posiblemente yo me hubiese pensado las cosas de otra forma”

“al principio las consecuencias fueron positiva. Me ayudaba a superar la timidez. Esto dura poco. Luego llegan las negativas, como llevar una doble vida, el trabajo, perderte cosas, el pesimismo, la negatividad. Mientras estuve consumiendo también me alejé de mi familia y amigas. Yo era alegre y cambié”

“Igual lo que yo voy a decir es una barbaridad, pero es que yo he tenido mucha suerte, mucha suerte. Creo que en el tratamiento he podido hacer un trabajo personal de autoconocimiento que mucha otra gente no ha tenido posibilidad de hacerlo”

5.17 Opinión sobre la percepción social de la adicción a drogas

Quando preguntamos acerca de su percepción sobre el trato de la sociedad a las personas drogodependientes en función del sexo del usuario, el 82,1% de las entrevistadas responde que sí hay diferencias a la hora de valorar al toxicómano en función del sexo de éste. El 17,9% no percibe diferencia alguna (Tabla 143).

Tabla 143. Percepción social de la adicción femenina. ¿diferencia con respecto al hombre?. Porcentajes y valores absolutos

| ¿hay diferencia en cómo es tratada? | Sí | | No | |
|---|-------|----|-------|----|
| | % | N | % | N |
| | 82,1% | 46 | 17,9% | 10 |
| Percepción social de la adicción en la mujer | | | | |
| Es peor tratada que en el hombre | 100% | 46 | | |
| Es mejor tratada que en el hombre | - | | | |
| Es igual | - | | | |

En cuanto a esa diferencia, el 100% de las que opina que existen diferencias considera que la sociedad valora peor la drogodependencia en la mujer.

Con respecto al consumo de una u otras sustancias, Rojas (2003) recoge en un artículo la idea extendida de que “la mujer alcoholizada es una mujer excitada sexualmente”. Señala, asimismo que la concepción de que “la mujer que bebe es inmoral” hace aumentar el riesgo de convertirla en blanco de cualquier tipo de abuso. Estas creencias parecen responder a estereotipos formados social y culturalmente ya que las consecuencias por el consumo son más graves para las mujeres:

Algunas respuestas fueron:

“no está bien vista. En todos los casos es bastante más cruel que la opinión hacia el hombre toxicómano”

“no sé lo que la sociedad piensa a ese respecto pero pienso que rechaza a los drogadictos y pienso que es lo mismo hombre o mujeres”

“la sociedad es más dura con las mujeres, la ven peor. Yo creo que es diferente. El hombre está y punto, a la mujer se la critica mucho más”

“más castigo, más rechazo, más humillación. La mujer no pasa desapercibida. El hombre que se droga está ahí y no pasa nada. La mujer está y no pasa desapercibida, se la condena mucho más”

“la sociedad es más dura con las mujeres. Está peor visto. Si están un hombre y una mujer, ella es la criticada... a ella se le mira despreciativamente”

“la mujer lo tiene que llevar de una forma más oculta porque está peor visto y hace más daño moral”

“más claro, agua. Mi madre se escondía, mi padre no. Es peor visto”

“está peor visto, ya que una mujer no debería fumar o beber. Yo creo que es un poco machista esa manera de pensar porque ¡ya ves!, como que asocian más que la mujer que está en la calle es una puta o un drogadicta o una cerda y el hombre no; la chica que anda con hombres es una guarra y el chico que anda con mujeres es muy macho. Con la droga pasa igual. No lo ven bien, asimilan mejor que un chico se drogue”

“pues mira, la femenina está más oculta y le cuesta mucho más a una mujer. Es muchísimo más difícil que entre a rehabilitarse que un hombre, muchísimo más difícil, pero no necesita tantos intentos. Igual no es entra-sale, entra-sale, pero una vez que se decide, el porrazo es más grande en una mujer y el salir también es más meritorio que en un hombre. Y, ¿si hay diferencia?s. Yo creo que entre las mujeres nos arropamos un poquito. Yo me he encontrado con mujeres que no tan tenido nada que ver con la droga y al saber, cuando lo han sabido, me ha echado una mano. Y entre hombres igual lo he ocultado un poquito más, igual me lo pensaría dos veces, sí”

“sí, yo creo que hay diferencia, pero no sé si por la toxicomanía o por ser hombres y mujeres. Es la discriminación sexista. Una mujer que se va de fiesta es una puta y un hombre que se va es un chulín, aunque yo creo quees lo mismo. El hombre que roba se atribuye los méritos, aunque sea un yonki, y la mujer está ya acabada porque se ha prostituido. Creo que se pisotea más a la mujer que al hombre, pero yo creo que es porque a las mujeres, en general, se las discrimina todavía más hoy”

“claro que hay diferencias. En el hombre no está mal visto, lo de siempre. En la mujer, sale para buscarse la vida y es más duro, hay más dificultades para buscarse la vida”

“la sociedad todavía no admite el problema. Si eres toxicómano o has tenido problemas de alcohol o lo que sea parece que la sociedad te rechaza. La sociedad nos ha discriminado mucho, como a los homosexuales. Estamos muy marginados. La mujer bebe a escondidas, tiene miedo a ir a algún sitio a pedir ayuda y bebe más a escondidas, no quiere que se entere la vecina y. tiene más miedo. Yo soy alcohólica rehabilitada. A la gente le cuesta admitirlo. Yo no tengo ningún problema en reconocerlo con orgullo”

“pero no por ser mujer u hombre drogadicto sino por ser hombre o mujer. Siempre se ha visto a una mujer como una viciosa, una drogadicta, una viciosa. Un hombre es un pobre hombre, un desgraciado. Se le puede relacionar más con prostitución, con aspectos más negativos, etc. pero si una mujer abandona a su hijo ya está marcada de alguna forma. Una mujer que no tiene forma de buscarse la vida y se prostituye ya está marcada... una mujer que se deteriora físicamente

más que el hombre también está marcada. La mujer dejada supone más que un hombre dejado. Después de acabar Comunidad tiene que hacerse cargo de la separación o de los hijos, de la formación o el trabajo. A nivel cultural una mujer que no tiene estudios ¿dónde va? Una mujer que ha pasado por todos estos traumas está en una situación mucho más grave”

“ Yo creo que la mujer cuando se droga, se droga más, recae, como que lo intenta más veces. Sin embargo, los hombres están un tiempo, 10 años, y luego ya lo dejan. Las mujeres recaen más”

“al hombre siempre se le han permitido más los vicios. Mi madre me decía, no te vayas con él al bar, haz porque él no vaya. Siempre se ha visto peor a la mujer. Además, como está ligado a la prostitución, eso hace que se lleve peor. Incluso, cuando sales después del tratamiento, si lo hablas con alguien lo ve peor. Hay menos mujeres que consumen, se lleva de una manera oculta. Mi madre le preguntaba a mi hermana si había bebido vino “como los hombres”

“si, no es lo mismo tomar unas cervezas un hombre que una mujer, es el doble de feo. Mi sobrina trabaja en un bar y dice... hay una mujer que tiene 50 años y, dice, con la edad que tiene, ¿cómo no le da vergüenza?”

“no tiene nada que ver, incluso en los grupos de Alcohólicos Anónimos la mujer alcohólica tiene que ser una mujer sexualmente fácil, es una viciosa, no pueden separar alcohol y sexo, quizá porque ellos, los hombres, cuando beben tienen al alcohol como un estímulo, más que nosotras. Aunque paradójicamente, a ellos el alcohol les crea impotencia. El tema del alcohol y sexo lo tienen muy relacionado, tanto positivo como negativo, tanto por sus necesidades cuando han estado bebidos de ir a un prostíbulo o cuando no han podido tener una erección, o cuando la han tenido y se ha ido... Para nosotras alcohol y sexo es distinto. Si estás borracha hasta las patas te da igual que te hagan el amor, no te vas a enterar. El deseo sexual no lo tienes en ningún momento. Yo no he tenido deseos sexuales cuando he bebido. A mi un hombre me ha sobrado. Socialmente se cree que la mujer está disponible, más fácil, o que la mujer alcohólica es una mujer viciosa. Lo mismo que en las máquinas tragaperras, el hombre que juega en la máquina puede que sea o puede que no sea jugador, pero la mujer que juega, seguro que es y que se juega el sueldo de la comida en la máquina. La mujer que se toma todos los días cuatro vinos, pues ya está, porque te puedes tomar cuatro zuritos con tu pareja, con tu marido, o te tomas una caña y un pincho y eso queda bien. Pero el hombre se puede tomar la caña y el carajillo, “es que tiene costumbre de tomarse carajillos”, pero la mujer que se los toma es una alcohólica. Y es más normal que los hombres vayan dando vueltitas tomando vinos a que vayan las mujeres. La mujer que bebe, o es que ha tenido un trauma horrible que le ha hecho coger la botella, pero no tiene porque haber habido ese trauma, o porque es una viciosa sexualmente. No puede decirse que es alcohólica, porque

es alcohólica igual que un hombre es alcohólico sin que haya un motivo concreto que le haya llevado a agarrar la botella”

“Entre los mismos toxicómanos he oído expresiones más despectivas, incluso ahora, con los años, a pesar de que la heroína es algo bajo y despreciable, en su día el yonqui hombre era el hombre. Se acepta el hombre que bebe, que va borracho, pero no a la mujer”

“peor, mucho peor. El hombre es el hombre. Por ser chica ya te ven mal. Si eres chica, la fastidiaste”

“las mujeres son más crueles. Si te ven mal, tú te lo has buscado”. Cuando estas bien hay malas confianzas, hipocresía. Creo que nos queremos poco”

“está peor visto, es como antiguamente cuando fumaban los hombres y las mujeres. Sigue siendo un poco igual”

“está peor visto. No se nos permite hablar tanto de ello. Creo que en el futuro habrá más mujeres que hombres con problemas de adicción. Creo que hay una predisposición a ello. Hay una predisposición al aislamiento negativo. Dicen que ahora fuman más las mujeres y yo creo que acabaremos consumiendo más que los hombres por cómo está esto montado... por ser mujer en esta sociedad... queremos equiparnos al estilo de vida masculino y eso al final tiene un coste”

“sí, me he sentido discriminada por ser mujer, pero no por el hecho de ser mujer sino por el hecho de ser toxicómana. No es tanto una cuestión de género, sino de tener problema con las drogas”

“dicen que la mujer es más viciosa y que le cuesta más, al ser más viciosa el coste es mayor al dejar cualquier adicción. Pienso y creo que es así, creo. Luego habrá excepciones. Siempre se ha dicho que la chica tiene más vicio: cocaína, pastillas, alcohol, como que consumen más cosas y, en general, a los toxicómanos la sociedad los trata como personas incurables. Yo no lo creo, pero bueno”

“si eres chico se te permiten más los consumos, el desfase. Si eres chica es más condenatorio y recriminado”

“vergonzante. Socialmente es algo mucho más permitido en los hombres que en las mujeres”

“Lo llevamos más oculto para protegernos. Se nos condena más”

“sí, no sólo por la droga sino por ser mujer. Mi madre no trata a los hombres igual que a las mujeres”

“ En la drogadicción es igual en hombres que en mujeres, se critica igual a hombres que a mujeres. Antes era distinto”

“con el VIH se me ha discriminado en el médico de cabecera, con dentistas, por ser mujer y seropositiva”

“Hay un doble rasero para medirnos. Si tu eres una mujer tóxica, directamente eres o has sido una prostituta”

6. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos podido constatar que en los últimos tiempos el consumo de drogas legales en el colectivo femenino ha ido en aumento. Entre las mujeres más jóvenes el alcohol y el tabaco son las drogas mayoritariamente elegidas mientras que entre las mujeres de mediana edad son los psicofármacos, sobre todo tranquilizantes las sustancias de uso más habituales.

El aumento de la prevalencia del consumo de drogas en el colectivo femenino en general suscitó hace ya unos años la curiosidad y el interés de la comunidad científica por conocer cuáles eran y siguen siendo los factores asociados a este cambio. De hecho, la literatura entorno al consumo de drogas desde una perspectiva de género es relativamente reciente.

Hablamos de cambio porque hasta hace poco el hecho de ser mujer era, por sí mismo, un factor de protección frente al abuso de sustancias. Hoy en día sin embargo, la a menudo mal entendida “igualdad entre los sexos” ha situado a la mujer en situaciones de riesgo frente al consumo de sustancias que anteriormente afectaban casi en exclusiva a los varones.

Parece que la investigación no sólo reconoce la gravedad del consumo problemático de sustancias tóxicas entre las mujeres sino que también observa diferencias en este consumo y sus consecuencias entre los géneros.

El sexo biológico, la posibilidad de la maternidad o la atribución de roles son cuestiones que sin duda diferencian a hombres y mujeres consumidores de drogas. La forma en la que afectan las sustancias al organismo femenino, las consecuencias derivadas sobre terceros (los hijos) y las expectativas sociales que afectan a la conducta o las sanciones derivadas de la transgresión de estas “normas” afectan de forma diferente a uno y otras. Desde ahí ya se puede hablar de cuestiones específicas de género relacionadas con el consumo de drogas. Otras cuestiones inherentes al abuso de determinadas sustancias tales como la marginalidad, un contexto familiar desestructurado, etc. afectan tanto a hombres como a mujeres

Cuestiones como los roles asignados, insuficientemente reconocidos por “lo social” y por las propias mujeres y los nuevos roles (competitividad versus competencia laboral y social), en nuestra opinión, están a la base de la explicación del aumento del consumo de drogas en el colectivo femenino, por lo que una de las conclusiones evidente para las autoras del estudio es que, efectivamente, el género se constituye un factor de riesgo para el consumo de drogas

Nuestro objetivo ha sido el de acercarnos y conocer la realidad de las mujeres consumidoras de heroína en mayor medida y de alcohol y cocaína (aunque con

los que respecta al consumo de estas dos sustancias no hayamos podido obtener una muestra tan representativa) en la CAPV y ver cuáles de las hipótesis recogidas en la cada vez más extensa investigación sobre este tema se confirmaban en nuestra muestra.

El trabajo de campo ha contado con los testimonios de 56 mujeres que finalizaron uno o más programas de tratamiento para resolver su problema de adicción (Centros de Salud Mental, Módulos Psicosociales, Pisos de Acogida, Comunidades Terapéuticas, Centros de reinserción, etc.).

Los centros anteriormente mencionados, incluyendo el trabajo extra que supone la misma selección, proporcionaron la muestra de mujeres en las que se centró nuestro estudio.

Sin duda, toda investigación que requiera la concurrencia de personas entraña una dificultad, ya que requiere una selección de las personas que integran una muestra representativa, su localización y la aceptación de la invitación para participar en un estudio que implica narrar experiencias difíciles e íntimas. Por supuesto, no todo el mundo está dispuesto a hacerlo, decisión más que respetable. En este sentido entrevistamos a todas aquellas mujeres que decidieron participar componiendo un colectivo de mujeres que había pasado por, al menos, un proceso terapéutico debido a un problema de adicción a heroína, principalmente, y alcohol y cocaína en menor grado.

La participación en el estudio fue totalmente voluntaria a propuesta de los centros de tratamiento. El 89,3% de las entrevistas se hizo personalmente y el 10,7% por teléfono. Siempre que se pudo se optó por la primera modalidad ya que el contacto personal favorecía la comunicación.

También quisimos obtener una muestra representativa de toda la Comunidad Vasca. En este sentido, por territorio histórico, el 69,6% de las mujeres vivía en Bizkaia, el 16,1% en Gipuzkoa y el 14,3% en Alava.

Como hemos aclarado, y pese a que la mayoría de las mujeres que han integrado nuestra muestra han sido consumidoras de heroína u otros opiáceos, un 14,2% de las mujeres entrevistadas había demandado tratamiento por un problema de abuso de alcohol. No se trata de una muestra que pueda llegar a ser representativa del colectivo de mujeres alcohólicas, sin embargo, la diferencia de datos entre estas 8 mujeres y el resto de la muestra nos obligó a describir y/o interpretar las diferencias allí donde éstas eran destacables.

El alcoholismo femenino no es un fenómeno tan conocido como la conducta de abuso de otras sustancias. Sigue siendo un hábito marginal, culposo y estigmatizante para muchas mujeres. Aún así, el uso del alcohol en el colectivo

femenino sigue aumentando, como podemos ver en el capítulo 1, donde se hace referencia a la prevalencia de su uso entre las mujeres más jóvenes.

Aunque entendemos que el fenómeno del alcoholismo femenino debe ser investigado como tal, aquí aportamos algunos de los datos hallados en el análisis estadístico que mostramos para la reflexión.

La media de edad de las mujeres heroinómanas es de 36,4 años, La edad media de las alcohólicas es de 41,2 años y la de las 2 cocainómanas es de 37,5 años. Según estos datos parece que en la CAPV se confirma un dato que aparece manifestado en la literatura y es que la edad media de las mujeres usuarias de drogas que solicita tratamiento y que finaliza uno o más procesos terapéuticos es menor entre las adictas a opiáceos. El hecho de que las mujeres alcohólicas presenten una edad media superior puede significar que entre éstas existe más dificultad para acceder al tratamiento (culpa, estigma, vergüenza, que el hábito sea más oculto, etc.) y que por ello, la demanda de tratamiento se produzca más tarde.

Los perfiles definidos por los cuestionarios son característicos de cada una de las submuestras (mujeres con abuso de heroína, de alcohol y de cocaína). Algunos de los datos aportados por los mismos no se encuentran en la literatura, otros avalan los resultados y conclusiones de estudios precedentes similares al que nos ocupa.

Los perfiles vienen definidos por unas circunstancias vitales comunes y por unas consecuencias físicas, psicológicas y sociales que surgen como resultado del abuso de la sustancia, de las pautas de consumo y del estilo de vida consustancial al mismo.

Para la interpretación de los datos demarcados en los perfiles así como para el análisis de las concordancias y diferencias con otros estudios precedentes sugerimos remitirse al texto. A continuación resumimos “asepticamente” los datos más sobresalientes de los mismos.

En cuanto al perfil sociodemográfico observamos que las adictas a opiáceos son, en mayor proporción, mujeres casadas o que conviven en pareja y con hijos. Un elevado porcentaje ha vivido experiencias de embarazo y/o aborto en etapas de consumo y todas siguieron consumiendo durante la gestación.

Prácticamente la totalidad de ellas tiene hermanos. El número medio de los mismos es de cuatro.

En general, la edad de abandono de los estudios es precoz y el bajo nivel de formación alcanzado determina la obtención de trabajos poco cualificados o en encontrarse en situación de desempleo. Las mujeres usuarias de heroína son las

que más ayudas sociales están percibiendo y las que manifiestan más bajo nivel de ingresos.

Más de tres de cada cuatro mujeres heroinómanas toma actualmente medicación psiquiátrica prescrita y prácticamente la mitad toma medicación retroviral. La misma proporción declara ser portadora de VHC y/o VHB

Aproximadamente la mitad de las mujeres consume actualmente algún tipo de droga, alcohol y hachís mayoritariamente.

La mitad inicia el consumo de cualquier sustancia antes de los 16 años y la heroína es ingerida por primera vez con una edad de 19,6 años como promedio.

La práctica totalidad de esta submuestra inicia el consumo de drogas con la pareja y en menor porcentaje con la pareja y los amigos. Este consumo se inicia por la existencia de problemas en primer lugar. Aparecen en menor proporción motivos referidos a la curiosidad (probar) y por invitación.

El tratamiento se comienza después de 6,3 años de consumo, como media. Apuntan dos tratamientos significativos, siendo la edad media del primer tratamiento en torno a los 24,9 años y la del segundo a los 27,8 años.

El tratamiento se inicia porque toman conciencia del problema y por problemas relacionados con los hijos. Las personas que apoyan a estas mujeres en la rehabilitación son los padres en primer lugar, seguidas por los hermanos y otros (terapeutas) con el mismo porcentaje.

Dentro de los tratamientos de tipo residencial, la relación con los compañeros varones es calificada como de “demasiado apego”, mientras que es de “rivalidad” con las otras mujeres en tratamiento.

Los cambios personales dentro de los diversos tratamientos son experimentados como cambios positivos por 9 de cada 10 mujeres.

La relación con los terapeutas hombres y mujeres varía en función del género de éstos. En general, las mujeres piensan que los terapeutas hombres “son más blandos con las mujeres” y que existe una “comunicación mejor” con las terapeutas mujeres. La mayoría de las mujeres entrevistadas opina que no se hacen diferencias en el tratamiento dependiendo del género de los usuarios y otra parte de la muestra no tiene una valoración personal sobre esta cuestión.

Las mujeres heroinómanas que mantienen el consumo con metadona dicen encontrarse “bien en general” y “en crisis con ayuda”. No obstante, a medida que aumenta el tiempo de abstinencia del consumo de heroína, disminuye la media de mujeres que la toman.

Las recaídas dentro del proceso terapéutico son habituales. Las razones que explican la vuelta al consumo están referidas a factores individuales (depresión, soledad, dudas, no tenerlo claro, ansiedad). Las mujeres que tienen hijos tienen un menor número de recaídas, al igual que las que disponen de un nivel de estudios mayor. Por el contrario, las portadoras de VIH y VHB, las que han ejercido la prostitución, las que no tienen pareja afectiva, las mujeres en cuya familia de origen hay miembros que consumen drogas y las que han sido objeto de abuso y/o maltrato físico, psicológico y/o sexual tienen un mayor número de recaídas a lo largo de su proceso de rehabilitación.

En las familias de las heroinómanas encuestadas hay abuso de sustancias por parte de otros miembros además de la afectada. Principalmente se trata del abuso de alcohol por parte del padre y los hermanos y de drogas ilegales por parte de estos últimos.

Más de la mitad de las heroinómanas encuestadas ha sufrido abusos y/o maltrato sexual, físico y psicológico por parte de varones del entorno inmediato: padres, hermanos, familiares directos, vecinos, conocidos, etc. En dos casos se menciona el maltrato y/o abusos por parte materna. Tres de cada cuatro de las mujeres que experimentó estas vivencias en edades tempranas, también las ha sufrido posteriormente por parte de sus parejas.

Más de un tercio de las mujeres manifiesta mantener una relación afectiva actualmente. Un tercio de ellas conoció a su pareja antes del consumo o durante el consumo, otro tercio la conoció durante el tratamiento. Finalmente, el tercio restante conoció a su pareja después de finalizar el tratamiento. La pareja actual ha sido consumidora en más de la mitad de la muestra y un pequeño porcentaje de mujeres declara que su pareja está consumiendo en la actualidad. La mayoría define las relaciones con su pareja como satisfactorias. El tiempo medio de relación es de 5 años.

El constructo bidependencia puede relacionarse con las carencias vinculares que las mujeres heroinómanas experimentan en su desarrollo en edades tempranas. Las características del entorno familiar en el que viven son: un elevado número de hermanos, familiares con problemas de drogodependencia (padre y hermanos), experiencias de abusos y/o maltrato físico, psicológico y/o sexual en la infancia y la adolescencia y una madre con problemas de depresión. Estas circunstancias hacen difícil un proceso de individuación. Quizá la relación con la pareja afectiva, varón toxicómano, como en el modelo familiar, funcione como sostén psíquico.

Las mujeres heroinómanas son las que en menor proporción han practicado hobbies, ni antes de las etapas de consumo ni después de los tratamientos.

La prostitución ha sido ejercida por heroínómanas durante los periodos de consumo o en menor proporción antes del consumo. Entre las mujeres que han ejercido la prostitución existe un alto porcentaje que ellas que ha sido víctima de abuso y/o maltrato físico, psicológico y/o sexual.

La mayoría de los delitos se concentra alrededor de las usuarias de heroína, siendo mayoritariamente “robos y tráfico de drogas” y “robos y hurtos sin procesar” la tipología delictiva más común. Un tercio de las heroínómanas ha ingresado en prisión.

La idea de suicidio ha estado presente en una proporción elevada de mujeres y entre éstas, prácticamente la mitad ha llevado a cabo intentos autolíticos

Las ideas de suicidio aparecieron mayoritariamente durante la etapa de consumo y en menor medida antes de comenzar el consumo de drogas.

Tres de cada cuatro de las mujeres que ha estado en prisión ha tenido ideas de suicidio.

Los sentimientos negativos que más se asocian al consumo son la “culpa y vergüenza”, “tristeza, depresión” y “soledad y desolación” entre las heroínómanas, mientras que los sentimientos positivos asociados al consumo de sustancias han sido el “placer y satisfacción”.

Las consecuencias del consumo de drogas que persisten en su vida actual son la “perdida de salud” y los “problemas con los hijos”.

Casi ocho de cada diez de las usuarias de heroína considera que la drogodependencia está socialmente peor considerada en la mujer.

Por el contrario, el perfil de las consumidoras de alcohol se caracterizaría por estos rasgos:

Con respecto al estado civil son en mayor medida mujeres solteras y separadas. Sólo una de cada tres tiene hijos.

Con respecto a la convivencia, la distribución está homogéneamente dividida entre “pareja afectiva”, con “padres” y “sola”.

Las mujeres usuarias de alcohol tienen 5,3 hermanos de media.

En cuanto a la edad de finalización de los estudios, ocurre entre los 21 y los 23 años mayoritariamente. El cese es debido a la finalización de los mismos o por encontrar trabajo.

Con referencia al nivel de estudios alcanzado en las alcohólicas, los porcentajes mayores se concentran en torno a la obtención de “estudios medios” y “estudios superiores”.

En la actualidad, aproximadamente una de cada tres está estudiando. La mayoría está desarrollando “cursillos profesionales”.

Con respecto al nivel de ingresos, la totalidad de las mujeres con abuso de alcohol se sitúa entre los niveles más bajos, aunque seis de cada diez esté trabajando.

Casi nueve de cada diez toma medicación psiquiátrica bajo prescripción facultativa.

Una mujer es portadora de VIH y otra de VHB.

Dos de las ocho mujeres siguen consumiendo alcohol y una hachís.

En cuanto al inicio en el consumo de drogas, éste se produce antes de los 16 años entre la mayoría. Sin embargo para tres de cada cuatro mujeres este consumo es percibido como problema después de los 21 años.

El inicio del consumo de alcohol se desarrolla con amigos y en un porcentaje similar se produce en soledad. Las razones para iniciarse en el consumo, en siete de los ocho casos, son los “por problemas”.

Las mujeres usuarias de alcohol solicitan ayuda en “ambulatorio” y “psiquiatra/psicólogo privado” como elección principal.

El primer tratamiento se inicia con 27,1 años y el tiempo de dependencia medio antes de acudir a tratamiento es de 8,1 años.

Estas mujeres dicen iniciar el tratamiento de deshabituación tras una “toma de conciencia” del problema.

Las personas de apoyo durante su tratamiento son los terapeutas (hombres y mujeres), superando la mención de esta figura de apoyo por encima de las personas de la familia (tanto padres como hermanos).

La totalidad de estas mujeres valora positivamente los cambios experimentados durante el proceso terapéutico.

Las áreas vitales actuales que más les preocupan por orden de importancia son “la pareja”, “el dinero” y “el trabajo”.

Los sentimientos negativos mayoritariamente asociados al consumo han sido la “culpa y vergüenza”, la “tristeza y la depresión”, la “soledad, desolación” y el “vacío”, mientras que los sentimientos positivos asociados al consumo del alcohol han sido “estar sin problemas”.

Tres de cada cuatro usuarias de alcohol consume en la actualidad hachis y alcohol y las ocho mantienen el hábito tabáquico.

Las recaídas dentro del proceso terapéutico son habituales para la mitad de las mujeres con abuso de alcohol, siendo atribuidas a factores individuales (depresión, soledad, dudas, no tenerlo claro, ansiedad).

Hay problemas de abuso y adicción a sustancias psicoactivas en cinco de las ocho familias de origen de las mujeres usuarias de alcohol y la mitad de esta submuestra da testimonio de la existencia de abusos y/o maltratos físico y psicológico.

Después del tratamiento, se observa que las ocho mujeres con problemas de alcohol recuperan y/o afianzan la práctica de hobbies. Antes del periodo de consumo, seis de las ocho practicaba un hobby, sobre todo manualidades.

Con relación a otros comportamientos disfuncionales las alcohólicas son las que en mayor proporción han tenido “problemas con la alimentación”. Siete de las ocho mujeres dice haber sufrido episodios bulímicos y un gusto obsesivo por la delgadez.

El número de cocainómanas es poco representativo y no podríamos hablar de un perfil representativo. De todas formas, y a la espera de que en próximos estudios puedan perfilarse las circunstancias vitales propias del consumo de cocaína y podamos analizar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que acarrea su consumo de forma abusiva, podemos decir a la vista de los datos obtenidos que:

La media de edad es de 37,5 años.

Con respecto al estado civil las dos mujeres están divorciadas.

Las dos tienen un hijo gestado en momentos de consumo y entre las dos suman tres experiencias de aborto.

Con respecto a la convivencia, una vive con “pareja afectiva” y otra “con hijos”.

Una tiene cinco hermanos y la otra seis.

En cuanto a la edad de abandono de los estudios, en los dos casos se produce entre los 15 y los 17 años.

El nivel de estudios alcanzado es en uno de los casos “estudios primarios” y en el otro “estudios medios”.

Las causas de finalización o cese de los estudios se produce por “fracaso escolar”.

Con respecto al nivel de ingresos, éstos se sitúan en niveles medios (entre los 600 y los 1200 euros). Ambas trabajan

Ninguna de las dos toma medicación actualmente.

Las dos declaran la existencia de una enfermedad psiquiátrica previa al consumo de drogas, ansiedad e hiperactividad.

Con respecto al consumo actual de alguna droga al margen de las recetadas, las dos cocainómanas consumen, una hachís y la otra cocaína.

En cuanto al inicio en el consumo de drogas éste se produce antes de los 16 años en ambos casos. Sin embargo, el consumo de cocaína se convierte para ellas en un problema cuando cuentan con una edad media de 27,5 años.

El inicio del consumo de drogas se produce en los dos casos con la pareja.

Las razones que atribuyen a este inicio, las dos, se refiere a los “problemas”

El tratamiento más significativo se realiza, en un caso en Comunidad Terapéutica y con un psiquiatra/psicólogo privado en el otro caso.

El primer tratamiento se inicia a una edad media de 33,5 años

El tiempo de dependencia antes de acudir a tratamiento fue de 5,5 años.

Las mujeres inician tratamiento por un proceso de “toma de conciencia”.

Ambas valoran positivamente los cambios experimentados durante el proceso terapéutico.

Las dos cocainómanas consumen en la actualidad hachis y alcohol principalmente. Ambas fuman.

Ninguna de las dos mujeres ha experimentado episodios de recaída.

En las familias de las dos mujeres hay un problema de dependencia a alcohol y drogas ilegales por parte de uno o varios de sus miembros. Así mismo, las dos han experimentado abusos y/o maltratos físicos y psicológicos.

Antes del periodo de consumo ambas mujeres practican hobbies y después de los tratamientos recuperan y/o afianzan esta actividad.

Ninguna de estas dos mujeres tiene o ha tenido problemas con la alimentación.

Las áreas vitales actuales que más les preocupan son, por orden de importancia “el dinero”, “la salud” y “el trabajo”.

Los sentimientos negativos asociados al consumo han sido el “miedo inquietud”, “soledad, desolación”, “angustia” y “vacío”, mientras que los sentimientos positivos asociados al consumo del alcohol han sido el “placer y satisfacción”.

Finalizada la división de la muestra en función de las sustancias de abuso, creemos poder concluir que con respecto a toda la muestra en general, 56 mujeres, algunos de los factores de riesgo comunes a todas ellas son:

El elevado número de hermanos y hermanas. Esto hace más probable una falta de complementariedad en el vínculo afectivo ya que el tiempo disponible se reparte entre un mayor número de hermanos. También implica un menor reconocimiento de las necesidades psicofísicas individuales de cada descendente, así como una menor calidad en el vínculo. Recordemos que es frecuente la coexistencia de abuso de drogas en el contexto familiar y una situación emocionalmente depresiva por parte de la madre.

En nuestra opinión, el consumo de drogas por parte de figuras relevantes del contexto familiar de nuestras usuarias correlaciona con la prevalencia de los abusos y malos tratos físicos, psicológicos y/o sexuales sobre éstas como un modelo de interacción entre padres e hijos e hijas. Es frecuente hallar la repetición de este esquema de comunicación a través de la violencia y el maltrato cuando se establecen las relaciones de pareja.

Las mujeres de la muestra que han realizado un trabajo en grupo con otras usuarias de sustancias psicoactivas piensan que no es necesario un tratamiento diferencial siempre que exista un “espacio propio para mujeres” dentro del tratamiento mixto.

El aumento del consumo de drogas legales e ilegales en el colectivo femenino se presenta subjetivamente como una “salida emocionalmente válida” a sentimientos de ansiedad y/o depresión frente a las demandas sociales experimentadas como propias

Se establece una adecuación de las mujeres a los tratamientos más que de los tratamientos a las condiciones y circunstancias específicas de las mujeres

No obstante, las mujeres que utilizan los recursos asistenciales satisfacen necesidades (de apoyo, ayuda, orientación y consejo) y expectativas (de autonomía, autoestima, satisfacción personal y autorrealización) en el transcurso del proceso terapéutico.

Pensamos que es importante conocer las características vitales de nuestras usuarias y para ello es imprescindible crear un entorno terapéutico alejado de sentimientos de culpa e interpretaciones censuradas o críticas sobre sus actitudes, comportamientos, sentimientos y pensamientos. Quizá así podamos permitir un “colchón seguro” en el que revivan y vuelquen sus experiencias. Creemos que como profesionales tenemos la obligación de permitir contextos emocionalmente acogedores para disolver y diluir, en la relación terapéutica, sus recuerdos y traumas. Como profesionales, sabemos que los emergentes como la conducta de consumo de drogas son compensadores psíquicos frente a síntomas primarios tales como la inseguridad, el miedo, la no identidad y el sometimiento; síntomas, en cualquier caso, más difíciles y dolorosos de ser experimentados que la propia toxicomanía.

Como ya dijimos, son pocos los factores de protección confirmados por la literatura de las adicciones. En todo caso, ninguno de ellos ha sido rescatado en el análisis de los testimonios de nuestras entrevistadas. Sin embargo, una lectura final del texto nos lleva a pensar que la experiencia de un proceso terapéutico, los recursos adquiridos en el y la fortaleza que se genera tras el afrontamiento de las heridas psíquicas que causa la vida, y el proceso adictivo en particular, constituye el único factor protector frente a otros momentos vitales de conflicto. Se trata de un “impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia”.

7. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES INFORMATIVAS.

- ABEIJÓN, J.A. URBANO, A. (2000) Recaídas en Toxicomanías, Diputación de Cádiz, Jornadas Multidisciplinares sobre Drogodependencias, en Chiclana de la Frontera, Cádiz, 10 y 11 de Noviembre de 2.000.
- ABEIJÓN, J.A. (1989). La Comunidad Terapéutica. En: Memoria Informe Manuene (Documento sin publicar).
- ALBORCH, C. (1999) Solas. Gozos y sombras de una manera de vivir. Ed. Temas de hoy. Barcelona.
- ALBORCH, C. (2002) Malas. Rivalidad y Complicidad entre mujeres. Ed. Santillana, Madrid.
- ALMEDA, E. (1999). Pasta y presentde les presons de dones. Un estudi de cas al centre penitenciari de Briñas. (tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- ALMEDA, E. (2001). Particularidades de las cárceles de mujeres: un enfoque de género. Panóptico, Nº 2, 2º semestre, 135-153.
- ALONSO, L.; (1992) Mujer y drogodependencias. Iniciativas. Número especial, pag. 81-86.
- AMERICAN COLLEGE OG OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. (1997) Smoking and women's health. ACOG Educational Bulletin, número 240, septiembre.
- AMKEE, A., MOLINA, J.A. (2001). Investigación de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). Universidad de Zaragoza.
- AMOROS, C.; (1994) Igualdad e identidad. En Valcárcel, A. El concepto de la igualdad. Ed. Pablo Iglesias. Madrid.
- ANANTH, C., et al. (1999) Incidence of placental abruption in relacion to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis og observational studies. Obstetric and Gynecology, volumen 93, número 4, abril. pag. 622-628.
- APREX Asociación. Agentes de salud en el ámbito de las prostitutas Drogodependientes. Aunando Esfuerzos, nº 69. pag. 20-22.
- ARCO JULIAN, M.I.; DEL, MUÑOZ, R.; RODRIGUEZ DE FONSECA, F.; ESCUDERO, L.; MARTIN CALDERON, J.L.; NAVARRO, m.; VILLANUA, M.A.; (2000) Maternal exposure ti the syntnthetic cannabinoid, H-210: effects onthe endocrine and inmune systems of adult male offspring. Neuroimmunomodulation, nº 7, pag. 16-26.
- BARCIA y otros (1994). Citado por García, N.: Zaguán, nº 18. Alcohol y mujer. Pag. 16-17.
- BARTHOLOMEN, N.G.; ROWAN SZAL, G.A.; CHATHAM, L.R.; SIMPSON, D.D.; (1995) Eficacia en una intervención especializada en un programa de metadona para mujeres. Institute of Behavioral Research. Texas, nº 3, pg. 29-35.
- BECERRO, Mª A. (1999) Alternativas preventivas al uso de psicofármacos en la mujer. Rev. Proyecto Hombres. Nº 30, junio.
- BLANCO, P.; (2002) Evaluación de un programa para mujeres: 10 años de experiencia. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer,

- Madrid, 6 y 7 octubre de 2000. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- BLANCO,P.;PALACIOS, L.;SIRVENT, C.; (2002) Introducción al libro de ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre de 2000. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- BOWLBY, J. (1969) El vínculo afectivo, Buenos Aires. Paidós, 1976.
- BUCKSTEIN, et al (1989)) En: Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.
- CALVETE, E. y CARDEÑOSO, O. (2003) Diferencias de género en formas de pensar y en problemas psicológicos. Ponencia presentada en la I Jornada de Estudios de Género Universidad de Deusto, el día 19 de marzo.
- CARRIÓN, L.M. (2002). ¿Tiene sexo el alcoholismo?. Un abordaje psicológico. Ponencia recogida en la Documentación del I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid. Instituto de la Mujer.
- CASAS, M. (1991). Trastorno por dependencia de opiáceos: la hipótesis de la automedicación y su repercusión en el debate sobre la legalización de la heroína. Jano. 943, 11-12.
- CASTRILLO, M. (1993) En COMAS (1993) La mujer en la Comunidad Terapéutica. Boletín sobre drogodependencias. Crefat. Número 17, abril
- CERDÁ, H. (2001) El País, martes 10 abril.
- COMAS, D. La mujer en la Comunidad Terapéutica. Boletín sobre drogodependencias. Crefat. Número 17, abril
- CONDE, F. (2000). El estrés en las mujeres trabajadoras. Instituto de la mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- CONDE,F. (1996). En: CONDE, F. (2000). El estrés en las mujeres trabajadoras. Instituto de la mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
- CRUZ de la,GODOY, M.J.; FARIÑAS MICHELENA, B.; HERRERA GARCÍA, A.;GONZALEZ GONZÁLEZ, M^a T. (2001) Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos. Colegio oficial de Psicólogos de las Palmas. Comisión de Drogodependencia y Adicciones. Instituto Canario de la Mujer.
- CYRULNIK, B. (2002) Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Ed. Gedisa,Barcelona.
- CHATHAM, L. R. (1990) Understanding the issues: An overview. En ENGS,R.C.: "Women: Alcohol and other Drugs" Iowa: Kendall//Hunt publishing.
- DIXIT, A.; CRUM, R.M. (2000) prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. Am J Psychiatry. V. 57, nº 5, pag. 751-758.
- DREWS, CAROLYN D., et al. (1996) The relationship between idiopathic mental retardation and maternal smoking during pregnancy. Pediatrics, volumen 97, abril. pag. 547-553.
- EDIS (2000) El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino". Estudio realizado para el Instituto de la mujer, dirigido por J. NAVARRO. Instituto de la mujer, Madrid.

- EICHENBAUM, E.L., ORBACH,S. (1989). "¿Qué quieren las mujeres?". Ed. Revolución. Madrid.
- EISENSTADT, B. L. Cocaine. En: Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.
- ELZO y otros (2003). Drogas y Escuela VI: Evolución del consumo de drogas en escolares donostiarras (1981-2002). Donostia. Escuela de Trabajo Social.
- ELZO, J.; ANDRES ORIZO, F.; GONZÁLEZ-ANLEO.J.; GONZALEZ BLASCO, P.; LAESPADA, M.T.; SALAZAR, L.; Jóvenes españoles 99. Fundación Santamaría. Madrid.
- ELZO,J.;AYESTARÁN,S.;GARCÍA,N.;GONZÁLEZ DE AUNDICANA,M.; ITZA,L.; LAESPADA, M.T.;VEGA,A.;ZULUETA,M.; Drogas y Escuela V. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Secretaría de Drogodependencias. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- ELZO,J.;COMAS,d.;LAESPADA, M.T.;SALAZAR,L.; VIELVA, I.:(2000) Las culturas de las drogas en los jóvenes: ritos y fiestas. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Emakume eta Justizia (Salhaketa) (1994). "Informe general sobre las cárceles de mujeres", Documento interno, Vitoria.
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. Annual Report 2001, 2002. <http://www.emcdda.org>
- Emisión Televisiva: Eduardo Punset (dir). Entrevista a: BULBENA, A. "Redes",TV2.
- ENGS, R. C. (1990). Women: alcohol and other drugs. Iowa: Kendall/ Hunt publishin
- EUSKADI Y DROGAS 2000. (2001) Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- FAZZONE,P.A. HOLTON,J.K. REED, B.G. (1997). Rockville: Center for substance abuse treatment, 1997.
- FELIX-ORTIZ, M.; NEWCOMB,M.d. (1992) Múltiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and protective findings. Journal of Pertsonality and Social Psychology (b); 63 (2); 280-96.
- GARCIA N., (2003) Alcohol y mujer. Zaguán, nº 18. pag. 16-17.
- GAVALER, J. S. (1990). Alcohol and hormones: reproductive and postmenopausal years. En ENGS,R.C.:Women: Alcohol and other Drugs Iowa: Kendall//Hunt publishing.
- GAZTEAK 2001, (2000) Secretaría de Drogodependencias. Departamente de trabajo, Justicia y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- GENDERS, E.; PLAYER, E. (1987).Women in Prison: The treatment, the Control and the experience, en P. Carlen, A. Worrall (eds.) (1987): 161-176.
- GERADA, (1995) En ENGS,R.C.:Women: Alcohol and other Drugs Iowa: Kendall//Hunt publishing.
- GLASER,r.;KIECOLT-CLASER,J. (1997) Stress-associated depresión in cellular immunity: implication for acquired deficiency syndrome (AIDS). Brain, Behavior and Inmunity1: 107-112.

- GOMBERG, E.L.S. (1981). En: García, N.: Alcohol y Mujer. Zaguán, nº 18. Pag. 16-17.
- GRUPO CORREO. Recogido el 23 de octubre de 2000.
- GUNTIN GURGUI, M. (1992). Otras lecciones de Psicología. Ed. Maite Canal. Bilbao.
- HSER (1987) En: Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.
- HUGES,P.H.;COLETTI S.D.;NERIR.L.;URMANNC.F.;STAHL,S.;SICILIAN D.M.;ANTHONY J.C. (1995) Retaining cocaína abussing women in a therapeutic community: the effect of a child live in program. University of South Florida. Department of psychiatry and behavioral medicine. Am J Public Health. v.85; pag. 1149-1152.
- HWANG, Shih-Jen, et al. (1995) Association study of transforming growth factor alpha Taq1 polymorphism and oral clefts: indication of gene-environment interaction in a population-based sample of infants with birth defects. American Journal of Epidemiology, volumen 141, número 7. Pag. 629-636.
- INFORME ANUAL SOBRE EL PROBLEMA DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA UNIÓN EUROPEA (2000). Observatorio Europeo de la Droga y la Toxicomanía. Lisboa
- INGOLD (1996) En: Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2002). El consumo de drogas en las mujeres españolas. Ponencia recogida en la Documentación del 1er.Simposium Nacional sobre adicción en la Mujer. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER. (1998) La prostitución de las mujeres. Madrid, Instituto de la mujer.
- INSTITUTO DE LA MUJER. (2002). Mujeres y drogas. Madrid, Instituto de la Mujer.
- INSTITUTO SPIRAL. La mujer drogodependiente. Características, tratamiento y estudio de evaluación. Folleto. Departamento de publicaciones. Instituto Spiral.
- JANE,M.; NEBOT,M.; BADI,M.; BERJANO,B.; MUÑOZ,M.; RODRIGUEZ,M.C. QUEROL,A.;CABERO,L.; (2000) Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo. Med Clin (Barcelona). Nº 114, n 4; p. 132-135.
- JOOSSENS,L. (1999) Las mujeres y el tabaco en la unión Europea”. Centro de Investigación e Información de las Organizaciones de Consumidores. Conferencia organizada por la Red Europea sobre prevención del Tabaquismo. Paris, Noviembre 23-24.
- JULIANO, D. (2002) La prostitución: el espejo oscuro. Icaria. Institut Català d'Antropología. Barcelona. pag. 15.
- KALANT, O. J. (1980). Alcohol und drug problems in women.
- KLEE, (1995). Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.

- KUMPFER, K. L.; PRAZZA, A. H. & WHITESIDE, H. O. (1990) Etiology of alcohol and other drug problems. En ENGS,R.C.: Women: Alcohol and other Drugs. Iowa: Kendall//Hunt publishing.
- LANE, P.A., BURGE, S., GRAHAM, A, (1994) Tratamiento y manejo de los trastornos adictivos en la mujer. Guía clínica de los trastornos adictivos. Madrid.
- LÓPEZ, M. (2002) Clínica de la mujer alcohólica. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre de 2000. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- LOWINSON, J.H.; RUIZ, P.; MILLMAN, R.B.; LANGROD, J.G. (1992) Substance abuse:a comprehensive textbook... 2ª ed. En: WINICK, C.: Sustances of use and abuse and sexual behavior. Baltimore etc.: Williams& Wilkins. Cap 53; 722-732.
- LUENGO, M.A. ROMERO TAMAMES, E. GOMEZ FRAGUELA, J.A. GARCÍA LÓPEZ, A, LENCE PEREIRO, M. (1.999) La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y elavución de un programa. Santiago. Universidad de Santiago de Compostela.
- LLEDÓ, M.M., URBANO, A., AROSTEGUI, E. (1999) Manual de Prevención de Recaídas en el tratamiento de las toxicomanías. Documentos de Bienestar Social, nº 66. Departamento de Justicia, Trabajo y Seguridad Social. Gobierno Vasco.
- LLOPIS, J.J.(1997) Un estudio con mujeres heroinómanas, su personalidad y evolución. Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica. Universidad de Valencia. Tesis doctoral.
- MARAÑON, M. (2001).Euskadi y Drogas: 2000. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz.
- MARINA, J.A. (1996). El laberinto sentimental. Barcelona. Ed. Anagrama. Compactos.
- MARINA, J.A. (2000). Crónicas de la ultramodernidad. Barcelona. Ed. Anagrama. Colección Argumentos.
- MARINA, J.A. (2000). La lucha por la dignidad. Barcelona. Ed. Anagrama. Colección Argumentos.
- MARINA, J.A. (2001). Dictamen sobre Dios. Barcelona. Ed. Anagrama. Colección Argumentos.
- MARLATT, G.A. GORDON,J.R. (1985) Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Nueva York, Guilford Press.
- MARTENS, J. (1999) La mujer en la Comunidad Terapéutica. Revista Proyecto, número 30. pag. 11-14. Junio.
- MARTIN SERRANO, E.; y MARTÍN SERRANO, M. (2001) Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid.
- MARTINEZ, I. (1999) Revista Proyecto. Nº 32. Diciembre. Pag.26-28.
- MELTON, L. Entrevistada en "Redes", TV2. Emisión Televisiva: Eduardo Punset (dir).
- MENESES, C.; (1997) Revista proyecto, nº 23. Septiembre, 1997. pag.10-15.
- MENESES, C.; (2002) De usar heroína a necesitarla: la configuración de la dependencia entre las mujeres. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre

- Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre de 2000. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- MENESES, C.:(2001). Mujer y Heroína: Un estudio antropológico de la heroïnomanía femenina. Universidad de Granada. Facultad de ciencias políticas y sociología. Departamento de Antropología y Trabajo Social. Tesis Doctoral.
- MERINO, P.P.(2002) Mujeres Toxicodependientes en la Unión Europea. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre de 2000. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- MERINO, P.P.(2003) Mujeres toxicodependientes en la Unión Europea. <http://www.institutospiral.com/symposium/resumen/petra.html>. (Consulta 7 mayo de 2003)
- MIGUEL, A. PELECHANO, V.; (1995) Habilidades interpersonales en drogodependencias: evaluación y propuesta de promoción. Tenerife. Universidad de la Laguna. Facultad de Psicología. En: curso de verano (vigo,1994) La prevención y el tratamiento en drogodependencias. Universidad de Vigo. pag. 189-203.
- MILLER, W.R. ROLLNICK, S. (1999) La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós, Buenos Aires.
- MITCHELL, J. L. & BROWN, G.(1990) Physiological effects of cocaine, heroin and methadone. En ENGS,R.C.: Women: Alcohol and other Drugs Iowa: Kendall//Hunt publishing.
- MODIMES. "fumar durante el embarazo" March of Dimes Birth Defects Foundation, 2000.<http://www.modimes.org>. (consulta: 5 abril de 2003)
- MOLLER, A.M. y TONNESEN, H. (1999) Smoking cessation and pregnancy. Ugeskr Laeger, volumen 161, número 36, 6 de septiembre. Pag. 4985-4986.
- NAVARRO, J. (2000) .EDIS. Equipo de Investigación Sociológica. El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Nº 62. Madrid.
- NAVARRO, J. (2000) El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino". Estudio realizado por EDIS para el Instituto de la mujer. Instituto de la mujer, Madrid.
- NESS, ROBERTA B., et al. (1999) Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. The New England Journal of Medicine, volumen 340, número 5, 4 de febrero. pag. 333-339.
- NEUBURGER, R. (1997) La Familia Dolorosa. Herder. Barcelona pag. 104
- OBSERVATORIO EUROPEO SOBRE DROGODEPENDENCIAS. Informe 2000. <http://annualreport.emcdda.eu.int>. (Consulta: 5 febrero de 2003).
- OMEÑACA, (1989) Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.
- ONUSIDA (2000). El género y el VIH/SIDA. Actualización Técnica de ONUSIDA. Ginebra. Colección Prácticas Óptimas de ONUSIDA. <http://www.uniaids.org>
- ORTE, C. (1998) Sexualidad, mujer y drogodependencias. Revista Proyecto, nº 26. Junio.

- ORTE,C. (2002) Sexualidad en la mujer adicta. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
- PARRAS,F.; Secretario del Plan Nacional Sobre Sida.
- PARRAS,F.;Secretario del Plan Nacional Sobre Sida..www.elmundo.es/elmundosalud/2002/07/04/medicina/1025793311.html. (Consulta: 7 abril de2003)
- PEREZ GÓMEZ,A.;MEJÍA MOTA, i.e.; (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. Adicciones 10, (2). 111-119.
- PHIJOT, C.L.: Bridgin Separate Gender Words. American Psychological Association.
- PLAN EUROPEO DE ACTUACIÓN SOBRE EL ALCOHOL (1992)
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Encuesta Domiciliaria sobre el uso de drogas 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Interior.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS. Observatorio Español sobre Drogas. Informes 1 a 5. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Interior.
- PLANT, S. (2001). Escrito con drogas. Ed. Destino, Barcelona.
- PRADALES, I.: Curso de Formación Continua sobre: Interacción en el equipo de trabajo y calidad. Impartido por la Facultad de Sociología de la Universidad de Deusto, los días 19 marzo al 29 mayo de 2003.
- PROCHASKA , J.O., DI CLEMENTE, C.C. (1982). Thanstheoretical therapy: Toward a more integrasive model of change. Psychoterapy: theory, Research and Practice, 20, 161-171.
- PUIGPINÓS y otros (1999) En: La prostitución: el espejo oscuro. Icaria. Institut Català d'Antropología. Barcelona.
- REDES, T.V. (2002). " Claves violentas II" Programa de TV2, dirigido por Eduardo Punset.
- REGISTRO NACIONAL DE SIDA. Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de la Salud Carlos III.
- REVUELTA, C.; SANCHEZ, E.; LETE, M. R. (2000) Dependencia relacional en las mujeres adictas. Educación Social, nº 14, pag. 27-35.
- REYES, R.; (1998) Las huellas de la palabra. Filosofía y Ciencias sociales. <http://www.ucm.es/info/eurotheo/palabra/05.htm>. (Consulta: el 27 de mayo de 2003).
- RICHARSON, D., El manual moderno; la mujer y el sida.
- ROBLES LOZANO, L.; MARTÍNEZ GONZÁLEZ, J.M.; Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. Al Día. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. Pag. 58-70. (no disponemos del año de la publicación).
- ROCHA MARTÍNEZ, A.M.. Unidades para rehabilitación de drogadictos. Centro penitenciario Carabanchel-Mujeres (Madrid) en: Simposio Internacional sobre

- alternativas al sistema penitenciario actual. 1992 (1992. Collado Villalba. Madrid. Madrid: centro de estudios Ramón Areces, 1993. pag. 218-221.
- RODRIGUEZ, F.J.; RODRÍGUEZ,L.; ANTUÑA,M^a A. (2002) Maltrato en la mujer adicta: análisis para la intervención. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- RODRIGUEZ, M.(2002) Mujeres y drogodependencia. Intervención familiar. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
- ROJAS VALERO,M.J. (1998) Adelescencia y Resiliencia. Un comportamiento de riesgo: el consumo de drogas psicoactivas. Psicoactiva (Lima), nº 16. pag. 37-62.
- ROJAS, J. Adictus, nº 4. en: www.addictus.com/report14.html (Consulta 23 mayo de 2003).
- ROSENBAUM, M. & Murphy, S. Opiates.
- SALUDMANIA.Textoelectrónico.<http://www.saludmania.com//noticia///461> (Consulta 29 de mayo de 2003).
- SAN, L.: Antidepresivos y eutimizantes en drogodependencias. Curso de Psicofarmacología de las drogodependencias. 9-10-11 de mayo de 2002. Madrid. Organizado por Fundeficsa.
- SANTOS, K.;URBIETA, G.;MARITZALAR, M. (1994). Mujer y Cárcel. No disponemos de más información acerca de la referencia bibliográfica de este texto.
- SASCO, A,J. (1998) Consumo de tabaco: consecuencias para la salud de las mujeres. Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer. Conferencia organizada por la Red Europea sobre prevención del Tabaquismo. Paris, Noviembre 23.24.
- SAU,V.; Ser mujer: el fin de una imagen tradicional. (1986) Icaria Editores, S.A. Barcelona.
- SIEGEL L. (1995) Penalización de las usuarias embarazadas y de las que cuidan de sus hijos: un ejemplo del programa norteamericano de maximización de daños. En: O´HARE,P.A.;NEWCOMBE, R.;MATTHEWS,A.;BUNNING, E.C.;DRUCKER,E.;Reducción de daños relacionados con las drogas. Barcelona, Grup lgia. pag. 137-150.
- SIRVENT, C. (2.002) Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia. Ponencias del 1er Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Madrid, 6 y 7 octubre de 2000. Publicación del Instituto de la mujer, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
- SNYDER, S. H. (1987). Drugs and women. Philadelphia: Chelsea House
- SPIRAL. (2002) La adicción según el género. Folleto guía. Instituto Spiral. Madrid.
- STACEY, A. W. & Newcomb, M. D. (1999). Adolescent drug use and adult drug problems in women: direct, interactive and mediational effects.
- STEINEM, G.,(1.995) Revolución desde dentro. Un libro sobre la autoestima. Ed. Anagrama, Educación sentimental. Barcelona.

- STOCCO,P.:(2002).Nuevas perspectivas en la prevención e intervención sobre la mujer toxicómana en Europa. Documentación del I Simposium Nacional sobre adicción en la Mujer. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- STOCCO,P.;LLOPIS LLACER,J.J.;DEFAZIO, L.; CALAFAT, A.;MENDES F.J. (2000) En: Women drug abuse in Europe: gender Identity. Palma de Mayorca: IREFREA.
- SUBIJANA, I.J. (2001) Malos tratos en el ámbito familiar. La función judicial. Harlax, nº 38. pag.13-34.
- Texto electrónico:EUSTAT <http://www.eustat.es/spanish.html>(consulta 10 de mayo de 2003)
- Texto electrónico EUSTAT <http://www.eustat.es/spanish/prensa.html> (consulta el 25 de mayo de 2003)
- TOBEÑA, A. (2003) Anatomía de la agresividad humana. Ed. Ensayo y Ciencia. Debolsillo, Barcelona.
- TORRES, M.A. (2002). Consumo de drogas por mujeres jóvenes de la Comunidad Valenciana. Ponencia recogida en la Documentación del I Simposium Nacional sobre adicción en la Mujer. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- VAZQUEZ, M.J. (2002) El genero, factor de riesgo. Artículo en Andra, mayo. pag. 3-5.
- VENNER, FOUREST, (1998) En: Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.
- WALTERS, M y otros.(1991) La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. Ed. Paidós. Terapia Familiar.
- WEINER, B. (1986). An attributional theory of motivatio and emotion. N. York: Springer-Velag.
- WILSNACK, S. C. (1990) Alcohol abuse and alcoholism: extent of the problem Women Drug Abuse In Europe: Gender Identity
- WILSNACK, S.C. (1982). Prevention of alcohol problems in woman. En National Institute on alcohol abuse and alcoholism Special population Issues. Washington. Alcohol and health. Monography
- ZIMER-HÖFLER y DOBLER-MIKOLA (1992) En: Women drug abuse in Europe: gender Identity.(2000). Palma de Mayorca: IREFREA.

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1. Cuestionario a Terapeutas

CUESTIONARIO A TERAPEUTAS

Nos gustaría que en base a tu experiencia profesional diaria (impresiones, ideas, observaciones...) nos contestaras a las siguientes cuestiones.

1. Con respecto al consumo de drogas, ¿crees que hay características diferentes, o que afectan de diferente manera a hombres y mujeres?

Sí
No

Si contestas que Sí, crees que hay diferencias en cuanto al

¿Inicio: edad, forma, pautas de consumo, causas de inicio, en el consumo?

¿La motivación para el tratamiento duración del proceso del tratamiento?

¿Aceptación de los límites y de las normas?

¿Abandonos?, ¿mas que en hombres? causas

¿Otros problemas en el tratamiento?

¿Relación con los terapeutas, según el género?

¿Recaídas causas y características de las recaídas?

¿Consecuencias del consumo en sus vidas? (hijos, familia, pareja, trabajo, amistades...)

2. **¿Notas alguna diferencia en la percepción social, en la representación social ante la adicción femenina y masculina?**

3. **¿Crees que es necesario un tratamiento diferencial?**

4. **¿Qué aspectos serían los que trabajarías de forma específica?**

Otros datos de interés

8.2 Anexo 2. Cuestionario a mujeres que asisten/han asistido a programas educativo-terapéuticos

CUESTIONARIO A MUJERES QUE ASISTEN/HAN ASISTIDO A PROGRAMAS EDUCATIVO-TERAPÉUTICOS.

1. Edad

2. Estado civil

- (1) Soltera
- (2) Casada. En pareja
- (3) Viuda
- (4) Separada. Divorciada
- (5) Otros

3. ¿Tienes hijos?

- (1) Sí
- (2) No

¿Cuántos?

¿Edades?

4. ¿Con quien vives actualmente?

- (1) Con pareja afectiva
- (2) Con los padres
- (3) Sola
- (4) Otros

5. ¿Cuántos hermanos sois, contándote tú también?

¿Qué lugar ocupas?

Orden y sexo

6. ¿Qué nivel de estudios has alcanzado?

- (1) Sin estudios
- (2) Estudios primarios
- (3) Estudios medios (FP, ESO, BACHILLER, etc.)
- (4) Estudios universitarios
- (5) Otros

7. ¿A qué edad terminaste o dejaste los estudios?

8. ¿Por qué? Motivo/s

9. Actualmente ¿estás cursando algún tipo de estudios o actividad de formación?

- (1) Sí
- (2) No

¿cuál?

10. En este momento, ¿Qué tipo de actividad laboral desarrollas?

- (1) Trabajo fijo
- (2) Trabajo eventual
- (3) Trabajos esporádicos
- (4) Paro sin seguridad social
- (5) Paro con ayuda social
- (6) Estudiante
- (7) Invalidez por enfermedad
- (8) Ama de casa
- (9) Empresa familiar
- (10) Otras, especifica cuál

11. ¿Tienes actualmente ingresos mensuales propios?

- (1) Sí
 - (2) No
 - (3) No contesta
- Menos de 300 Euros
 - De 300 Euros a 600 Euros
 - De 600 euros (a 1200 Euros
 - Más de 1200 Euros

12. En el siguiente cuadro señala edad del primer consumo de drogas. Señala con un circulo las sustancia/s con las que has tenido problemas de adicción

| Edad | Sustancia | Sola/pareja/grupo. Por probar, por invitación, la pareja también tomaba... |
|------|-----------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

13. ¿Hace cuánto tiempo que has finalizado el tratamiento?

- (1) Menos de 6 meses
- (2) Entre 6 meses y un año

- (3) Hace más de 1 año

14. ¿Tienes que tomar medicación?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

Especificar

- ¿Psiquiátrica?
- ¿Infección VIH?
- ¿Hepatitis?
- Otros problemas

15. ¿Ha habido alguna enfermedad psiquiátrica antes del consumo de drogas?

- (1) Sí
- (2) No

¿cuáles?

16. ¿Qué consecuencias ha tenido el consumo de drogas en tu vida?

17. ¿Qué tratamientos has conocido en tu proceso de recuperación?

| Edad | Programa. Tipo de tratamiento | Tiempo | Fin: Alta terapeutica. Alta voluntaria. Expulsión |
|------|-------------------------------|--------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

18. ¿Cuándo y porqué tomas conciencia de tu problema de dependencia? (ingreso prisión, perdida de relaciones, perdida de salud física...)

19. ¿Al de cuánto tiempo de dependencia acudes a tratamiento?

20. ¿Cuánto tiempo llevas abstinente?

Años

Meses

21. ¿Qué personas te apoyaron/ayudaron durante el tratamiento?

- (1) Padres
- (2) Hermanos
- (3) Pareja
- (4) Amigos
- (5) Otros

22. Una vez iniciado el tratamiento, ¿recuerdas si tuviste episodios de recaída?

- (1) Sí
- (2) No

Aprox. ¿cuántos?

23. ¿A que los atribuyes? Motivos. ¿Motivos personales, relacionales, sociales?

24. ¿Consumes actualmente algún tipo de droga, aparte de la medicación y/o metadona?

- (1) Sí
- (2) No

¿cuál/les?

25. ¿Ha habido algún problema de toxicomanía en tu familia de origen?

- (1) Sí
- (2) No

¿quién?

- (1) Padres
- (2) Hermanos
- (3) Otros

26. ¿Qué tipo de consumo?

- (1) Drogas ilegales
- (2) Alcohol
- (3) Otros

27. ¿qué relación hay con tu familia actualmente?

- (1) Madre
- (2) Padre
- (3) Hermanos
- (4) Otros

28. ¿Ha habido alguna enfermedad psiquiátrica en tu familia?

- (1) Padres
- (2) Hermanos
- (3) Otros

¿cuál?

29. ¿Has sido víctima de maltrato o abusos físicos, psicológicos o sexuales de algún tipo por parte de alguien?

- (1) Si
- (2) No

¿De quién? ¿A qué edad?

¿Fue un hecho aislado o continuo?

- (1) Padres
- (2) Hermanos
- (3) Otros

¿Tipo de maltrato/abuso?

- (1) Físico
- (2) Psicológico
- (3) Sexual

30. ¿Tienes actualmente pareja afectiva?

- (1) Si
- (2) No

Si contestas SI, esta pareja...

- (1) La conocí durante mi etapa de consumo. Es la misma
- (2) La conocí durante el tiempo de mi tratamiento
- (3) La conocí después de mi tratamiento

31. Esta pareja ¿ha sido consumidora?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Es consumidora?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

32. Si estás ahora con pareja afectiva

- (1) Es una rel. satisfactoria
- (2) Es una rel. Insatisfactoria
- (3) No sabe, no contesta

33. ¿Cuánto tiempo hace que iniciaste esta relación?

34. ¿Durante tu época de consumo tuviste algún embarazo o aborto?

- (1) Sí. ¿Qué?
- (2) No
- (3) No contesta

35. Si fue un embarazo, ¿Fue un embarazo programado?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

36. ¿Seguiste consumiendo?

- (1) Sí. ¿Hasta cuando?
- (2) No

37. ¿Fuiste al ginecólogo?

- (1) Si
- (2) No

Si contestas que NO, ¿Por qué?

- (1) Físico
- (2) Psicológico
- (3) Sexual

Contéstanos en qué medida y en qué te afectó

¿El embarazo al consumo?

¿El embarazo al tratamiento?

¿El embarazo a la relación de pareja?

38. ¿Cómo piensas que es la relación entre hombres consumidores con mujeres consumidoras?

39. ¿Cómo piensas que es la relación entre hombres consumidores?

40. ¿Cómo piensas que es la relación entre mujeres consumidoras?

41. ¿Has tenido alguna dificultad o problema por tu condición de mujer con los hombres que estaban en tu centro de tratamiento durante tu proceso de recuperación?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿cuál?

42. ¿Has sentido dificultades por tu condición de mujer con otras mujeres que estaban en tu centro durante el tratamiento?

43. ¿Tienes amigos?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

44. ¿A qué sexo pertenecen, mayoritariamente?

- (1) Masculino
- (2) Femenino
- (3) En igual medida

45. ¿Has tenido dificultades para conocer amigos o relacionarte antes del tratamiento?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿A qué lo atribuyes?

46. ¿Has tenido dificultades para conocer amigos o relacionarte después del tratamiento?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿A qué lo atribuyes?

47. ¿Tienes actualmente algún hobby? (lectura, deporte, manualidades,...)

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Cuál?

48. ¿Lo practicas sola o acompañada?

- (1) Sola
- (2) Acompañada

- Pareja
- Familia
- Amigos

49. ¿Tenías antes de consumir algún hobby?

- (1) Sí
- (2) No

¿Cuál?

50. ¿Has tenido alguna vez problemas con la alimentación?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Cuál?

51. ¿Has ejercido la prostitución?.

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Antes , durante, después del consumo? ¿Sola, en pareja?

¿A qué edad?

52. ¿Has cometido delito/s?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Antes , durante, después del consumo? ¿Sola, en pareja?

¿A qué edad?

53. ¿Has estado en prisión?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Antes , durante, después del consumo? ¿Sola, en pareja?

¿A qué edad?

54. ¿Has tenido ideas de suicidio?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Antes , durante, después del consumo?
¿A qué edad

55. ¿Has tenido intentos de suicidio?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Antes , durante, después del consumo?
¿A qué edad

56 ¿Qué sentimientos asocias a tu época de consumo? (Una/s palabra/s: alegría, culpa, etc.)

57. ¿Ha cambiado esto después de tu tratamiento?

- (1) Si, a mejor
- (2) Si, a peor
- (3) No, es lo mismo

58. ¿En qué cuestiones se ve afectada tu vida por tu etapa de consumo?

59. ¿Cuál o cuáles son tus preocupaciones principales en este momento de tu vida?

60. ¿Crees que hay alguna diferencia en la relación entre terapeutas mujeres y pacientes en tratamiento, si éstos son hombres o mujeres?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿En qué consiste esta diferencia?

61. ¿Crees que hay alguna diferencia en la relación entre terapeutas hombres y pacientes en tratamiento, si éstos son hombres o mujeres?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿En qué consiste esta diferencia?

62. ¿Notas alguna diferencia en la percepción social (lo que la gente opina, piensa o cómo se comporta) de tu problema por ser mujer?

- (1) Sí
- (2) No

- (3) No contesta

63. ¿Crees necesario un tratamiento diferencial, esto es, un tratamiento diferente para hombres y otro para mujeres?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

¿Por qué?

64. ¿En qué te han ayudado las terapias?

65. Procedencia de tu familia

- CAV
- Mixto
- Emigrantes/inmigrantes

66. ¿Eres usuaria de tabaco?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta

67. ¿Tomas metadona?

- (1) Sí
- (2) No
- (3) No contesta